

Remerciements

La *Ville d'Ottawa – Rapport de 2006 sur l'état de santé : « mesurer la santé à Ottawa pour bâtir une communauté plus forte et plus saine »*, a été rédigé par l'Unité de la surveillance de Santé publique Ottawa, sous la direction du **D^r David Salisbury, médecin chef en santé publique** de la Ville d'Ottawa. Les auteurs du rapport sont :

Amira Ali, épidémiologiste principale

Unité de la surveillance, Santé publique Ottawa

Katherine Haines, épidémiologiste

Unité de la surveillance, Santé publique Ottawa

Janice Potter, analyste de l'information sur la santé

Unité de la surveillance, Santé publique Ottawa

Lindsay Whitmore, épidémiologiste

Unité de la surveillance, Santé publique Ottawa

Nous souhaitons remercier particulièrement Muy Labrecque et Lucie Laurion pour l'appui et l'encadrement qu'elles nous ont fournis dans la rédaction de ce rapport.

De nombreuses personnes ont contribué à la production de ce rapport. Nous aimerions souligner avec gratitude l'enthousiasme, le soutien et l'expertise qu'ont apportés les divisions suivantes de la Ville d'Ottawa : Santé des familles et de la communauté; Protection de la santé et de l'environnement; Prévention et Contrôle des maladies infectieuses; Surveillance, Questions d'actualité, Éducation et Recherche; Bureau du médecin chef en santé publique; Services en français ; et Services à la clientèle et Information au public.

Toute citation du présent document doit être accompagnée de la référence suivante :

Santé publique Ottawa. *Ville d'Ottawa – Rapport de 2006 sur l'état de santé : « mesurer la santé à Ottawa pour bâtir une communauté plus forte et plus saine »*, Ottawa, Ontario, 2006.

Pour en savoir davantage sur ce rapport, veuillez communiquer avec :

Unité de la surveillance
Santé publique Ottawa
100, croissant Constellation
Ottawa (Ontario) K2G 6J8

Téléphone : 613-580-6744
Site Web : ottawa.ca/sante

Table des matières

Table des matières	i
Résumé	v
1. Introduction	1
Sources de données.....	1
2. Démographie de la ville d'Ottawa	3
Démographie.....	4
Services de santé et d'éducation.....	5
Taux de criminalité.....	5
3. Facteurs déterminants en matière de santé	7
Revenu.....	7
Emploi.....	8
Logement.....	8
Sécurité alimentaire.....	9
Aînés.....	9
4. La santé auto-évaluée	11
5. Mortalité et morbidité globales	13
Espérance de vie.....	13
Mortalité globale.....	13
Mortalité infantile et périnatale.....	15
Principales causes de décès.....	16
Ratio standardisé de mortalité.....	20
Mortalité prématurée (années potentielles de vie perdues).....	23
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé.....	24
Morbidité globale.....	24
Taux d'hospitalisation relatifs à toutes les causes.....	25
Principales causes d'hospitalisation.....	26
Ratio d'hospitalisation standardisé.....	33
6. Problèmes de santé chroniques	37
Cancer.....	39
Cancer du poumon.....	41
Cancer colorectal.....	43
Dépistage précoce du cancer colorectal.....	44
Mélanome malin.....	45
Cancer de la prostate.....	46
Dépistage précoce du cancer de la prostate.....	48
Cancer du sein.....	48
Dépistage du cancer du sein.....	50
Cancer du col de l'utérus.....	51
Dépistage précoce du cancer du col de l'utérus.....	51
Autres problèmes de santé chroniques graves.....	53
Toutes les maladies du système circulatoire.....	55
Maladies du cœur.....	56
Accident vasculaire cérébral (AVC).....	57
Maladies pulmonaires.....	58
Diabète.....	60
7. Habitudes de vie et santé	63
Tabagisme.....	63

Maisons et voitures sans fumée	65
L'usage du tabac chez les jeunes.....	67
Indice de masse corporelle.....	67
Poids santé des adolescents	70
Activité physique.....	71
Activité physique dans les temps libres	75
Transport actif	76
Bilan énergétique.....	77
Nutrition.....	77
Consommation de fruits et de légumes.....	78
À votre santé! Programme de restaurants santé et programme pour les cafétérias d'école.....	80
L'Xcellence, ça se nourrit!	80
Consommation d'alcool.....	81
Consommation à faible risque	81
Consommation occasionnelle excessive d'alcool	82
Protection contre le soleil.....	83
8. Blessures et prévention des blessures	85
Blessures.....	85
Chutes.....	87
Collisions de la route.....	88
Collisions de la route impliquant des piétons	90
Acte autodestructeur (suicide).....	91
Empoisonnement accidentel	92
Prévention des blessures	93
Port de la ceinture de sécurité.....	93
Sièges d'auto pour enfant et sièges d'appoint	94
Conduite avec facultés affaiblies	95
Utilisation du téléphone cellulaire en voiture.....	95
Port du casque de vélo	96
Utilisation de l'équipement de protection en patin à roues alignées	97
9. Santé de la reproduction	99
Répercussions sur la santé infantile	99
Taux de natalité	99
Poids à la naissance	99
Naissance prématurée.....	100
Mortinatalité.....	100
Caractéristiques du travail et de l'accouchement.....	100
Caractéristiques propres aux mères	101
Usage du tabac pendant la grossesse.....	101
Grossesse à l'adolescence	101
Avortement.....	103
10. Santé des enfants	105
Enfants d'Ottawa	105
Allaitement maternel.....	105
Interactions parentales positives.....	108
Services de garde d'enfants	109
Difficulté d'accès aux programmes de la petite enfance	109
Aide au développement.....	110
Blessures.....	110
Asthme.....	111

11. Santé bucco-dentaire	113
Autoévaluation de l'état de santé bucco-dentaire.....	113
Brossage des dents.....	113
Visites chez le dentiste	114
Assurance dentaire.....	114
Accès aux services.....	114
12. Immunisation.....	117
Vaccination des enfants.....	117
Vaccination antigrippale.....	117
13. Maladies Transmissibles	119
Maladies transmissibles sexuellement et maladies infectieuses véhiculées par le sang	120
Chlamydia	121
Gonorrhée	121
Hépatite C	122
VIH.....	123
Syphilis.....	123
Maladies entériques d'origine alimentaire et hydrique.....	124
Campylobactérie.....	124
Salmonellose.....	125
Giardiase.....	125
Maladies pouvant être prévenues par une vaccination systématique.....	125
Varicelle	126
Grippe	126
Tuberculose.....	127
Éclosions.....	128
14. Santé de l'environnement.....	131
Qualité de l'air	131
Eau potable traitée par les réseaux d'aqueduc municipaux	132
Eau de puits privés.....	133
Plages	134
Salubrité des aliments	135
Rage.....	136
Immunisation des animaux.....	136
Virus du Nil occidental	136
Conditions météorologiques extrêmes.....	136
Froid.....	136
Chaleur.....	137
Références bibliographiques	139
Appendices.....	147
A. Sigles et acronymes.....	147
B. Glossaire.....	148
C. Sources de données	152
D. Questions touchant aux données.....	155
E. Tableaux de données.....	158

Résumé

La Ville d'Ottawa – Rapport de 2006 sur l'état de santé : « mesurer la santé à Ottawa pour bâtir une communauté plus forte et plus saine » examine un large éventail de renseignements relatifs à la santé, comme la mortalité, la morbidité, les maladies transmissibles, la reproduction, les indicateurs environnementaux et les habitudes de vie constituant des facteurs de risque.

Les conclusions du présent rapport indiquent que les résidents d'Ottawa sont en santé et qu'ils ont fait des progrès encourageants de ce côté au cours des dix dernières années. Ottawa surclasse la province pour la plupart des indicateurs clés en matière de santé. Toutefois, même si les tendances augurent bien dans la plupart des domaines, de nombreux défis continuent à se poser au chapitre de la santé publique, notamment l'obésité, le diabète, les troubles mentaux et du comportement chez les jeunes adultes, le suicide chez les jeunes hommes, certaines maladies chroniques comme les maladies du cœur et le cancer ainsi que les maladies transmissibles telles que le VIH, la chlamydia, la syphilis et la tuberculose.

La Ville d'Ottawa – Rapport de 2006 sur l'état de santé fait notamment ressortir ce qui suit :

Mortalité

- En 2002, l'espérance de vie à la naissance à Ottawa était de 82,3 ans pour les femmes et de 78,6 ans pour les hommes, chiffres semblables à ceux de la population de l'Ontario. À l'âge de 65 ans, l'espérance de vie des femmes était de 20,6 ans et celle des hommes, de 17,7 ans
- À Ottawa, le taux de mortalité standardisé selon l'âge, toutes causes confondues, a considérablement diminué depuis 1986 et est nettement inférieur à celui de l'Ontario
- En 2002, la principale cause de décès à Ottawa chez les hommes et les femmes était la cardiopathie ischémique (CI). Cependant, les taux de mortalité attribuable à la CI ont diminué de façon constante depuis 1986, quoique ceux-ci continuent d'être plus élevés chez les hommes que chez les femmes et augmentent en fonction de l'âge
- Le cancer du poumon est la principale cause de décès parmi tous les types de cancer et la deuxième cause générale de décès. Les taux de mortalité imputable à cette maladie ont toujours été plus élevés chez les hommes que chez les femmes, mais cet écart s'amenuise. En 2002, la mortalité due au cancer du poumon était plus faible à Ottawa qu'en Ontario
- En 2001 et en 2002, la cause de mortalité prématurée la plus importante chez les hommes d'Ottawa était la cardiopathie ischémique, suivie du cancer du poumon, des blessures accidentelles et du suicide. Le cancer du sein, le cancer du poumon, la CI et

les blessures accidentelles constituaient, pour leur part, les principales causes de mortalité prématurée chez les femmes

- Bien qu'ils aient été inférieurs à ceux de l'Ontario en 2002, les taux de mortalité associés au diabète à Ottawa sont en hausse depuis 1986
- Les accidents cardiovasculaires (ACV) représentaient la troisième cause de décès en importance en 2002. La mortalité causée par un ACV était plus faible à Ottawa qu'en Ontario. Les décès associés à l'ACV ont principalement touché les groupes plus âgés
- Toujours en 2002, le taux de mortalité causée par le VIH était considérablement plus élevé à Ottawa qu'en Ontario
- Même si le taux global de mortalité attribuable au suicide, standardisé selon l'âge, a considérablement diminué depuis 1986, le suicide demeure une préoccupation pour la santé publique puisqu'il était la principale cause de décès chez les hommes de 20 à 44 ans

Incidence du cancer

- En 2002, le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes était le cancer de la prostate, tandis que chez les femmes, il s'agissait du cancer du sein. Mis à part ces cancers propres à chaque sexe, le cancer du poumon était le cancer le plus souvent diagnostiqué, suivi du cancer colorectal

Hospitalisations

- De 1996 à 2004, les taux d'hospitalisation, toutes causes confondues, (y compris tous les états graves, les maladies chroniques et infectieuses et les blessures sérieuses) ont diminué constamment et étaient sensiblement moins élevés à Ottawa qu'en Ontario
- Les maladies de l'appareil circulatoire représentaient la première cause d'hospitalisation chez les hommes et les personnes âgées de 65 ans et plus, et la deuxième chez les femmes. À Ottawa, les taux d'hospitalisation liée à la cardiopathie ischémique (CI) ont considérablement diminué depuis 1996. Les taux des hommes continuent à surpasser de beaucoup ceux des femmes
- Les résidents d'Ottawa de 0 à 9 ans ont été surtout hospitalisés pour des troubles de l'appareil respiratoire
- Les taux d'hospitalisation de personnes souffrant d'asthme sont constamment à la baisse depuis 1996 et sont beaucoup moins élevés que ceux de l'Ontario. Les nourrissons et les enfants de moins de six ans présentent les taux les plus élevés d'hospitalisation liée à l'asthme
- Les troubles mentaux et du comportement étaient les principales causes d'hospitalisation chez les hommes et les femmes de 20 à 44 ans (après les hospitalisations dues à la grossesse et à l'accouchement) et constituaient également une cause considérable d'hospitalisation chez les jeunes de 10 à 19 ans

- À Ottawa, les taux d'hospitalisation en raison de chutes, standardisés selon l'âge, sont stables depuis 1996. Ils sont également inférieurs à ceux de l'Ontario, bien que l'écart s'amenuise

Habitudes de vie et santé

- Le taux de fumeurs réguliers chez les adultes a diminué considérablement à Ottawa entre 2001 et 2005, de même que chez les élèves du secondaire. D'autre part, la proportion de maisons et de véhicules sans fumée à Ottawa a connu une hausse notable
- Près de la moitié de la population d'Ottawa souffre actuellement d'embonpoint ou d'obésité. Les hommes obèses ou faisant de l'embonpoint sont proportionnellement plus nombreux que les femmes
- De 2003 à 2005, plus de la moitié des résidents d'Ottawa âgés de 18 à 69 ans ont déclaré avoir un niveau d'activité physique qui ne satisfaisait pas aux exigences des niveaux élevé et modéré. Les hommes et les personnes ayant obtenu à tout le moins un diplôme d'études secondaires étaient proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir un niveau d'activité physique élevé
- En 2003, plus de la moitié des résidents d'Ottawa consommaient moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour

Prévention des blessures

- En 2003, une proportion très élevée de conducteurs d'automobile à Ottawa ont déclaré toujours porter la ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisaient, mais seulement les trois quarts des passagers ont dit la boucler systématiquement lorsqu'ils se déplaçaient en voiture
- En 2005, 71 % des ménages ayant des enfants de 5 à 17 ans ont signalé que leurs enfants portaient toujours leur casque de vélo, mais seule une faible proportion d'adultes ont déclaré toujours le porter lorsqu'ils font du vélo

Santé de la reproduction

- Au cours des dernières années, le nombre de naissances vivantes à Ottawa est demeuré à près de 9 000 par année. Le taux global de fécondité à Ottawa est comparable à celui de l'Ontario
- En 2002, les taux de grossesses et de natalité chez les adolescentes à Ottawa étaient inférieurs aux taux provinciaux

Maladies transmissibles

- On constate une diminution des taux d'incidence de nombreuses maladies entériques depuis 1996, mais une augmentation des taux d'incidence de la plupart des maladies transmises sexuellement
- En 2004, la chlamydia a été la maladie transmissible la plus souvent déclarée. De 1995 à 2004, les taux d'incidence de la chlamydia ont augmenté considérablement tant chez les hommes que chez les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans intervenant pour 62 % des cas de chlamydia déclarés
- Depuis 2001, la syphilis est réapparue chez les hommes d'Ottawa. Le taux d'incidence de la syphilis infectieuse a quintuplé entre 2001 et 2004
- De 2001 à 2003, le fait d'être originaires d'un pays ou d'avoir vécu dans un pays où le VIH est endémique était le facteur de risque d'infection par le VIH le plus souvent signalé chez les femmes
- Les taux bruts d'incidence de tous les types de tuberculose ont diminué substantiellement depuis 1996

Facteurs déterminants en matière de santé

- Selon le recensement de 2001, 15 % de la population vivant dans des ménages privés touchaient un faible revenu
- Plus de la moitié des familles frappées par le chômage à Ottawa ont des enfants vivant à la maison. En outre, les chefs de familles monoparentales représentent près du quart des familles au chômage qui ont des enfants, proportion supérieure à celle relevée chez l'ensemble de la population de l'Ontario

1. Introduction

Le présent rapport fait un survol des indicateurs clés de la santé de la population en matière de santé publique et du profil démographique des résidents d'Ottawa. Les indicateurs comprennent des statistiques d'état civil sur la natalité et la mortalité, des données sur la morbidité, par exemple, la prévalence des maladies, des blessures et des hospitalisations, et de l'information sur certaines habitudes de vie comme le tabagisme, l'activité physique et la nutrition.

Les renseignements sur la santé de la population sont importants parce qu'ils contribuent à brosser un tableau de l'état de santé des résidents et du fardeau que représente la maladie dans une communauté. L'information présentée est importante pour les personnes qui doivent planifier des services qui soutiennent et font la promotion de la santé et de prévention de la maladie afin qu'ils puissent prendre des décisions fondées sur des données probantes. Le rapport vise aussi à faire comprendre aux résidents d'Ottawa les facteurs qui ont une incidence sur leur santé afin qu'ils soient plus en mesure d'adopter des méthodes appropriées pour améliorer leur état de santé.

Les renseignements fournis dans le présent rapport serviront de données comparatives de référence pour d'autres rapports similaires ou portant sur un sujet précis.

Le rapport sur l'état de santé de la population se divise en 13 sections structurées par sujet. Ces dernières sont étroitement liées aux buts et aux objectifs établis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui a donné pour mandat à tous les bureaux de santé publique de la province d'offrir aux résidents des programmes efficaces, économiques et planifiés à partir de données factuelles et qui répondent à leurs besoins en matière de santé. Dans la mesure du possible, un parallèle est établi entre la ville d'Ottawa et l'Ontario. Tout au long du rapport, des comparaisons sont faites entre les hommes et les femmes et différentes tranches d'âge; de même les secteurs dans lesquels la population a de bons résultats ou ceux dans lesquels elle doit s'améliorer sont mis en relief.

Sources de données

Plusieurs sources de données ont servi à la préparation du rapport. Les plus récents fichiers de données disponibles ont été utilisés.

Les renseignements démographiques ont été obtenus de Statistique Canada.

La base de données périnatales Niday du Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario (PPESO) et la Provincial Health Planning Database (PHPDB) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont été utilisées pour les naissances (2000-2005) et les autres indicateurs de la santé périnatale. Le système informatique de planification des services de santé (SIPSS), du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a été utilisé pour les naissances en Ontario (2001-2002).

Les prévisions démographiques (1986-2004) et les données sur les décès (1986-2002) et les hospitalisations (1996-2004) ont été extraites de la Provincial Health Planning Database de l'Ontario.

Les renseignements sur les habitudes de vie ont été tirés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2001, 2003) de Statistique Canada et du Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR, 2001-2005) de la Ville d'Ottawa.

Les données sur l'incidence du cancer et la mortalité par le cancer (1986-2002) proviennent d'Action Cancer Ontario et de la Provincial Health Planning Database de l'Ontario.

L'information sur les maladies transmissibles (1995-2004) a été tirée du Système d'information en santé publique intégré (SISP-i) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Des données ont également été obtenues de divers autres organismes, y compris Santé publique Ottawa et d'autres services de la Ville d'Ottawa, la Fédération canadienne des municipalités et 6 ans et gagnant. De plus amples renseignements sur ces différentes sources de données figurent à l'annexe C.

Pour protéger la confidentialité des données de tous les résidents d'Ottawa, les petits nombres qui permettraient de reconnaître des particuliers ont été supprimés.

2. Démographie de la ville d'Ottawa

Capitale du Canada, Ottawa est la quatrième ville en importance au pays avec une superficie de 2 779 km². Entourant la zone urbaine se trouve une vaste ceinture de verdure d'environ 200 km² composée principalement de forêts, de terres agricoles et de terrains marécageux. De grandes zones suburbaines et rurales s'étendent au-delà de la Ceinture de verdure.

Le canal Rideau serpente à travers la ville. En hiver, le canal devient la plus longue patinoire au monde (7,8 km) et une source de loisirs et de transport pour les patineurs, qui peuvent circuler depuis un point près de l'Université Carleton jusqu'au centre-ville.

Un vaste réseau de sentiers pédestres et de pistes cyclables sillonne une grande partie de la ville, notamment le long de la rivière des Outaouais, de la rivière Rideau et du canal. En outre, l'existence d'un réseau de plus en plus étendu de voies cyclables en bordure des rues permet aux résidents de circuler à vélo entre les principaux sites, secteurs des affaires et quartiers résidentiels de la région.

Les occasions de s'adonner à des activités sportives récréatives ne manquent pas à Ottawa : citons notamment le hockey et le curling l'hiver, le vélo et le jogging le long de la rivière Rideau et du canal Rideau ou encore le golf à l'un des nombreux terrains de golf de la région d'Ottawa, au printemps, à l'été et à l'automne. La Ceinture de verdure et les collines de la Gatineau offrent un terrain propice au ski, à la raquette, au vélo et à la randonnée pédestre, et le kayak et la voile sont pratiqués sur les nombreux lacs et cours d'eau situés à proximité. Durant les périodes les plus froides de l'hiver, on peut également s'adonner à la pêche sous la glace sur la rivière des Outaouais.

La région de la capitale nationale chevauche la région limitrophe de l'Ontario et du Québec et englobe les zones urbaines de la ville d'Ottawa, en Ontario, et de la ville de Gatineau, au Québec. Les collines de la Gatineau et l'accès aux lacs et aux parcs à vocation récréative, qui sont largement fréquentés par les résidents d'Ottawa, sont situés au nord de la ville de Gatineau. Un grand nombre de résidents qui habitent le côté québécois de la région de la capitale nationale se rendent tous les jours à Ottawa pour le travail, ce qui contribue au caractère bilingue de la ville.

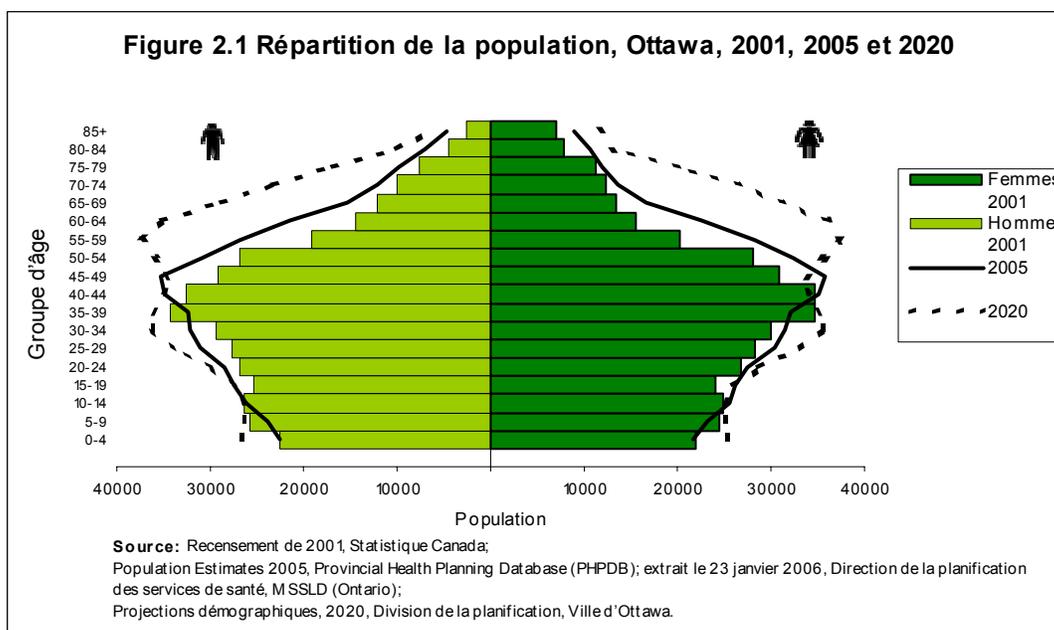
Les principaux employeurs, à Ottawa, sont le gouvernement fédéral du Canada et les entreprises de haute technologie. D'importantes sociétés, comme la banque MBNA Canada,

Nortel, Alcatel, JDS Uniphase, Mitel, Bell Canada, TELUS, IBM, Corel et Cognos, ont des bureaux dans la ville.

Démographie

En 2001, le recensement démographique évaluait à 774 072 habitants la population totale d'Ottawa, et à 278,6 personnes/km² sa densité. En 2005, les estimations indiquent que la population a augmenté, passant à 839 620 résidents.¹ Parmi les grandes zones urbaines du pays, Ottawa est une des plus jeunes, 47 % de sa population ayant moins de 35 ans.² La langue la plus couramment parlée est l'anglais (60 %), suivie du français (20 %) et des langues non officielles (20 %). Entre 1987 et 2002, l'immigration à Ottawa a contribué à une hausse de la population de 131 816 personnes, ce qui constitue 75 % de la croissance démographique pour cette période.²

Les aînés de 65 ans et plus représentent 12 % de la population, et on prévoit que leur nombre s'élèvera à 98 159 en 2006.³ La proportion de personnes âgées est plus élevée dans les quartiers suivants : Westboro-Bayshore, Alta Vista, New Edinburgh, Vanier, Rockcliffe Park et Carlington. D'ici 2010, on s'attend à un vieillissement de la population (figure 2.1).



Selon le recensement effectué au Canada en 2001, 210 875 familles habitaient la ville cette année-là. En 2006, on y évaluait à 64 419 le nombre d'enfants de six ans et moins. Les secteurs suburbains les plus récents – Barrhaven, Kanata, Stittsville, Orléans et Hunt Club –

ainsi que les communautés rurales des anciens cantons de Fitzroy et d'Osgoode abritent la plus forte concentration de familles avec de jeunes enfants. En 2000, le revenu moyen des ménages à Ottawa s'élevait à 75 351 \$, et le revenu médian, à 62 130 \$.⁴

Services de santé et d'éducation

Deux universités (Université d'Ottawa et Université Carleton) et un collège communautaire (Collège Algonquin) offrent un enseignement postsecondaire. L'Hôpital d'Ottawa, l'Hôpital Queensway-Carleton, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, et l'Hôpital Montfort assurent les soins de santé actifs.

Taux de criminalité

En 2004, le taux d'infractions au *Code criminel* à Ottawa s'élevait à 5 663 incidents par 100 000 habitants, ce qui correspond à une baisse par rapport à 2003 (6 326 infractions par 100 000 habitants). Le taux pour l'ensemble du Canada s'établissait à 8 051 par 100 000 habitants.^{5,6}

En 2002, le taux de criminalité était de 2 620 infractions par 100 000 jeunes de 12 à 17 ans, soit une hausse par rapport à 1999 (2 038 incidents par 100 000 jeunes). À l'échelle du pays, ce même taux de criminalité s'élevait à 3 560 infractions par 100 000 jeunes.⁷

3. Facteurs déterminants en matière de santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions socioéconomiques qui ont une incidence sur la santé des particuliers, des collectivités et des pays dans leur ensemble.⁸ On a prouvé qu'il existait un lien entre les déterminants sociaux et l'état de santé.⁹ Les principaux déterminants sociaux de la santé sont l'inégalité des revenus, l'inclusion et l'exclusion sociales, l'emploi et la sécurité d'emploi, les conditions de travail, la contribution à l'économie sociale, les soins à la petite enfance, l'éducation, la sécurité alimentaire et le logement.⁸ Aux fins du présent rapport, les thèmes suivants seront brièvement examinés chez la population de la ville d'Ottawa : l'inégalité des revenus, la sécurité alimentaire et l'emploi.

Revenu

Les Canadiennes et les Canadiens les plus pauvres sont cinq fois plus susceptibles que ceux qui appartiennent aux groupes les plus riches de faire état d'une santé passable ou mauvaise.¹⁰ On fait référence ici aux personnes qui sont sans emploi à celles qui ont un faible salaire. Les particuliers à faible revenu sont ceux qui gagnent moins de la moitié du salaire moyen local.⁹ Le revenu considéré comme faible varie selon la taille de la famille ou selon la communauté (urbaine ou rurale). Les familles qui vivent dans la pauvreté comptent pour une proportion importante des résidents d'Ottawa qui ont du mal à subvenir aux nécessités de la vie. Le recensement de 2001 a révélé que 113 835 personnes dans des ménages privés à Ottawa touchaient un faible revenu, ce qui correspond à 15 % de la population vivant dans des ménages privés. Pour les personnes de 15 ans et plus qui ne vivent pas dans une famille, le taux passe à 32 %, soit 36 330 particuliers.

Il est utile d'examiner les taux de faible revenu chez les familles économiques pour évaluer les conditions dans lesquelles les enfants grandissent. La famille économique peut être décrite comme un groupe de deux personnes ou plus habitant dans le même logement et apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption.¹¹ L'année précédant le recensement effectué en 2001 à Ottawa, plus de 11 % des familles économiques ont déclaré vivre dans une situation de faible revenu. Selon le recensement de 2001, 18,3 % des enfants âgés de 17 ans et moins vivant dans des familles économiques, à Ottawa, étaient considérés vivre dans des familles à faible revenu. Ce pourcentage est comparable à celui de l'Ontario, où ce taux s'établissait à 17 %.¹²

À Ottawa, 16 % des familles sont monoparentales, et 84 % sont biparentales. Dans les familles monoparentales, 83 % des chefs de famille sont des femmes et 17 % sont des hommes.⁴ Les familles monoparentales se heurtent souvent à des difficultés économiques et sociales pour

élever leurs enfants. Parmi les familles monoparentales à faible revenu, 33 % étaient dirigées par une femme et 17 %, par un homme. Par ailleurs, 6,6 % des familles sans enfants peuvent être classées dans la catégorie des familles à faible revenu.

Emploi

En 2005, le taux de chômage chez les 15 ans et plus à Ottawa s'élevait à 6 %.¹³ Ce taux est légèrement inférieur à celui de la province de l'Ontario, établi à 6,6 %. Le chômage est particulièrement pénible pour les familles ayant des enfants. Le recensement de 2001 révèle que de toutes les familles sans emploi qui ont des enfants, à Ottawa, 19,2% sont monoparentales, comparativement à un taux de 19,5 % en Ontario. Les chefs de familles monoparentales doivent souvent affronter des obstacles à l'emploi, dont le manque de garderies abordables et accessibles. Ce problème doit être réglé si l'on veut que les mères seules, plus particulièrement, puissent intégrer le marché du travail et réduire le temps qu'elles passent dans une situation de pauvreté et de dépendance.

Logement

Un logement sécuritaire et abordable est un besoin fondamental. En 2005, Ottawa disposait de 23 870 logements sociaux qui étaient tous occupés.¹⁴ La Ville et les autres paliers de gouvernement continuent de construire un nombre minimal d'unités de logement à prix abordable chaque année. Par conséquent, le nombre total de logements sociaux n'est pas statique, car il augmente à mesure que de nouvelles unités sont construites. Ces logements sont généralement alloués à des personnes inscrites à une liste d'attente.

En décembre 2005, 9 914 ménages étaient en attente d'un logement social. Ce sont des gens qui en ont fait la demande mais n'ont pas encore eu satisfaction. Il faut compter environ cinq à huit ans avant d'en obtenir un, surtout si la famille cherche un logement à loyer indexé sur le revenu.

Pour une foule de raisons, les familles sont parfois obligées de séjourner dans des refuges d'urgence. Une collectivité saine doit fournir un endroit sécuritaire aux familles en situation de crise qui ont des enfants. En 2005, 4 296 ménages avec des enfants ont eu recours au réseau de refuges familiaux. Les familles ayant des enfants de moins de six ans ont passé au total 18 445 jours dans ces refuges en 2003, ce qui est plus élevé que les 17 613 jours enregistrés en 2002.¹⁵

Tableau 3.1 : Données concernant la liste d'attente pour un logement social le 31 décembre 2005

Type de ménage	Nombre de requérants
Ménages ayant des enfants	4 296
Adultes seuls	3 627
Deux adultes ou plus (enfants de plus de 18 ans, colocataires, etc.)	696
Aînés	1 295
Total	9 914

Source : Communication directe avec la Direction du logement, Ville d'Ottawa, le 12 janvier 2006.

Sécurité alimentaire

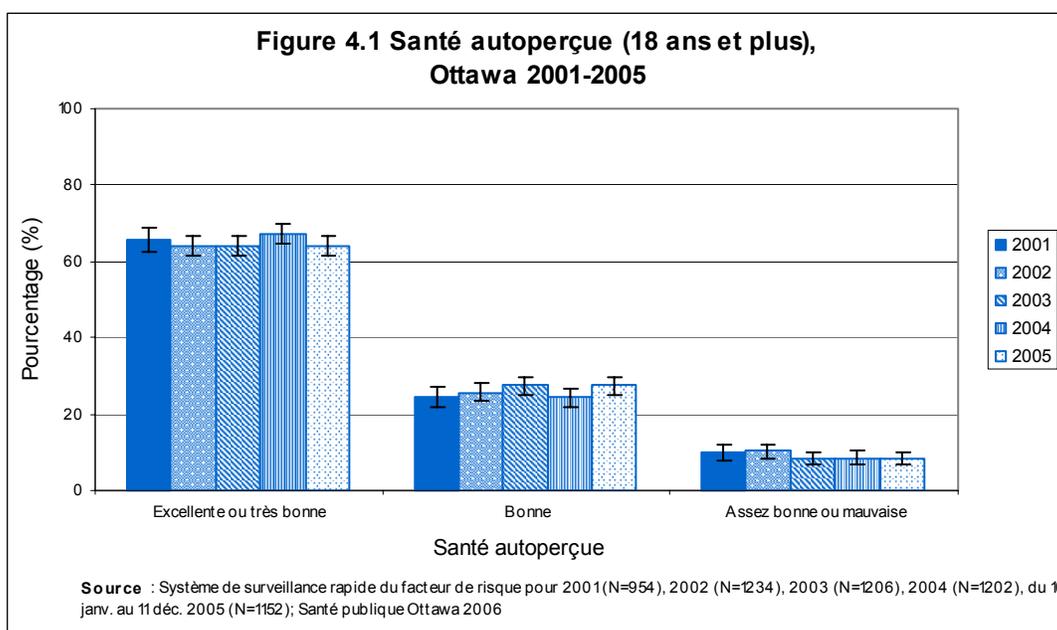
Comme l'a mentionné le Conseil sur la sécurité alimentaire d'Ottawa¹⁶, une bonne alimentation signifie bien plus que l'absence de maladies causées par une carence en vitamines, minéraux ou autres facteurs nutritionnels. Une alimentation saine accroît la qualité et la productivité de la vie quotidienne. Malheureusement, l'accès à un régime alimentaire adéquat pose des problèmes à un certain nombre de personnes. L'insécurité alimentaire se manifeste lorsque l'accès à la nourriture est restreint ou incertain pour plusieurs raisons : nourriture inabordable, revenu faible, transport inexistant, distribution inadéquate des aliments ou choix inappropriés.¹⁷ Le plus souvent, ce sont des mères de familles monoparentales qui font état d'une insécurité alimentaire.¹⁸ Elles doivent se tourner vers les banques d'alimentation parce qu'elles n'ont souvent pas d'autre choix pour se nourrir. La Fiche de rapport de 6 ans et gagnant révèle que « le recours aux banques d'alimentation est un véritable indicateur de la faim. Cependant, seulement un tiers des personnes privées de nourriture font appel à leurs services ». En 2004, plus de 840 000 personnes ont eu recours à une banque d'alimentation à Ottawa. Cette même année, 37,6 % des utilisateurs des banques d'alimentation étaient des enfants, ce qui correspond à une légère baisse par rapport à 2003 (40 %). Environ 20 % des 15 000 enfants qui bénéficient des services d'une banque d'alimentation chaque mois ont moins de trois ans.¹⁹ Il est important de noter également que 11 % des utilisateurs des banques d'alimentation ont plus de 60 ans.²⁰

Aînés

Des services et un soutien communautaires sont actuellement en place pour les quelque 100 000 aînés d'Ottawa. De nombreux résidents âgés d'Ottawa se débrouillent bien en vieillissant. Il est cependant inquiétant de savoir que 28,1 % des aînés de 65 ans et plus vivent seuls. On estime que jusqu'à 10 % des aînés à Ottawa sont socialement isolés et ont très peu de liens avec le monde extérieur.²¹

4. La santé auto-évaluée

Demander aux gens d'évaluer leur propre état de santé général constitue une des méthodes d'évaluation de la santé d'une population. Cette méthode peut révéler une combinaison de problèmes de santé physique (maladies aiguës et chroniques et fonctionnement physique), de comportements liés à la santé ou de troubles mentaux. La santé auto-évaluée s'est avérée un paramètre de prévision de maladies ultérieures, d'utilisation des soins de santé et de longévité.^{22,23} En 2005, 65,3 % ($\pm 2,7$ %) des résidents d'Ottawa âgés de 18 ans et plus ont déclaré qu'ils étaient en excellente ou en très bonne santé (figure 4.1).



En 2005, un nombre légèrement plus élevé de femmes (67,2 % $\pm 3,6$ %) que d'hommes (62,8 % $\pm 4,3$ %) ont auto-évalué leur santé comme excellente ou très bonne. Plus ils sont âgés, moins leur salaire est élevé et plus leur niveau de scolarité est bas, moins les résidents se disent en excellente ou en très bonne santé. Le pourcentage des résidents qui ont déclaré être en excellente ou en très bonne santé était le même, que leur langue maternelle soit le français ou l'anglais, sauf pour 2003, année où un plus grand nombre de résidents dont la langue maternelle est l'anglais ont auto-évalué leur santé comme excellente ou très bonne, comparativement aux résidents dont la langue maternelle est le français.

5. Mortalité et morbidité globales

Les objectifs de santé publique en Ontario visent à accroître la durée et la qualité de vie de la population en prévenant la maladie et les blessures et en diminuant les incapacités, la morbidité et les décès résultant de la maladie ou des blessures.²⁵ La présente section traite des indicateurs décrivant la nature et l'étendue de la mortalité et de la morbidité globales à Ottawa et, lorsque c'est possible, compare les tendances avec celles de l'Ontario.

Espérance de vie

L'espérance de vie est un indicateur traditionnel de la santé des populations qui mesure le nombre moyen d'années de vie restantes pour un groupe d'âge particulier, témoignant des conditions de mortalité de la période durant laquelle le calcul est fait.²⁶ À Ottawa, en 2002, l'espérance de vie à la naissance était de 82,3 ans pour les femmes et de 78,6 ans pour les hommes. À l'âge de 65 ans, l'espérance de vie des femmes était de 20,6 ans et celle des hommes, de 17,7. Ces données étaient très semblables à celles de l'Ontario en 2002.²⁷

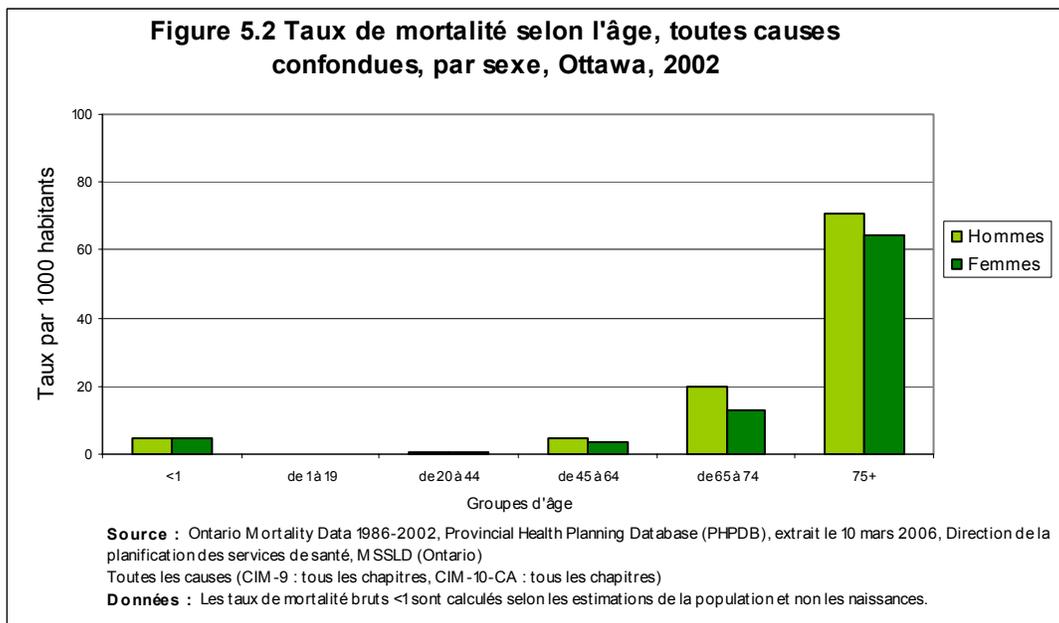
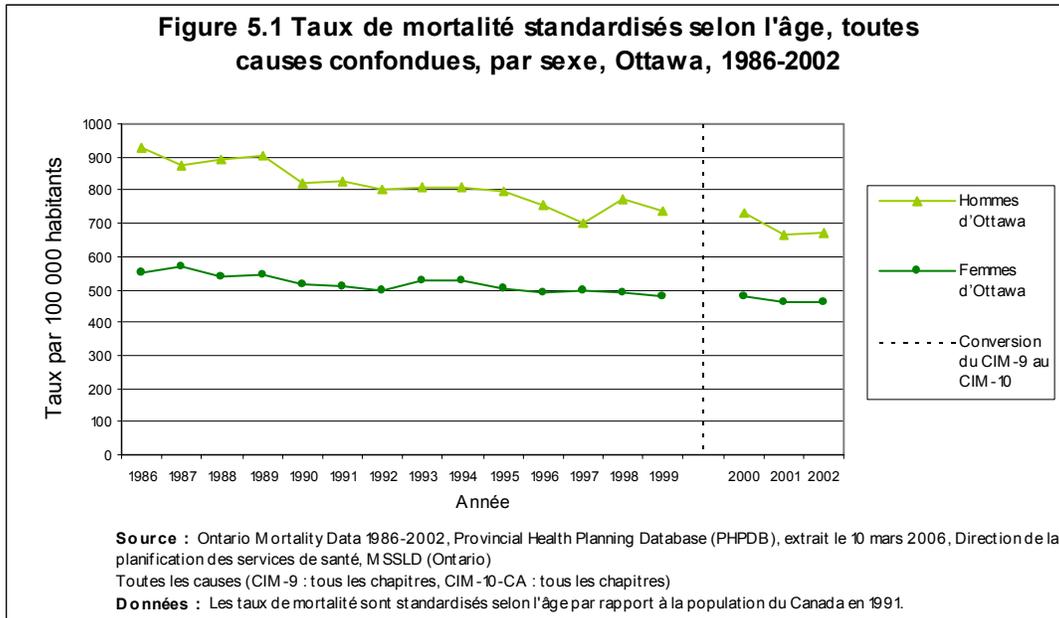
Mortalité globale

La mortalité globale, toutes causes confondues, est un bon indicateur de la charge de mortalité et de la santé globale d'une collectivité. Les tendances de la mortalité globale peuvent indiquer des changements dans l'état de santé, les conditions et les événements dans une collectivité. Une baisse des taux de mortalité peut refléter une amélioration du niveau de vie général, des progrès en matière de diagnostic ou de traitement de la maladie, des changements sur le plan du milieu ou des conditions socioéconomiques, ainsi qu'une prise de conscience des risques que présentent certains comportements pour la santé et, par voie de conséquence, un changement d'attitude.

À Ottawa, les taux de mortalité standardisés globaux selon l'âge, toutes causes confondues, ont considérablement diminué depuis 1986 et étaient nettement inférieurs à ceux de l'Ontario, exception faite de 1989, où il n'y avait pas d'écart significatif entre les deux. En 2002, le taux de mortalité standardisé selon l'âge à Ottawa, toutes causes confondues, était de 546 décès pour 100 000 personnes.

Depuis 1986, les taux de mortalité standardisés selon l'âge sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En 2002, le taux de mortalité standardisé selon l'âge était de 669,3 décès par tranche de 100 000 personnes chez les hommes, et de 461,1 décès par tranche de 100 000 personnes chez les femmes (figure 5.1). Le risque de décès est

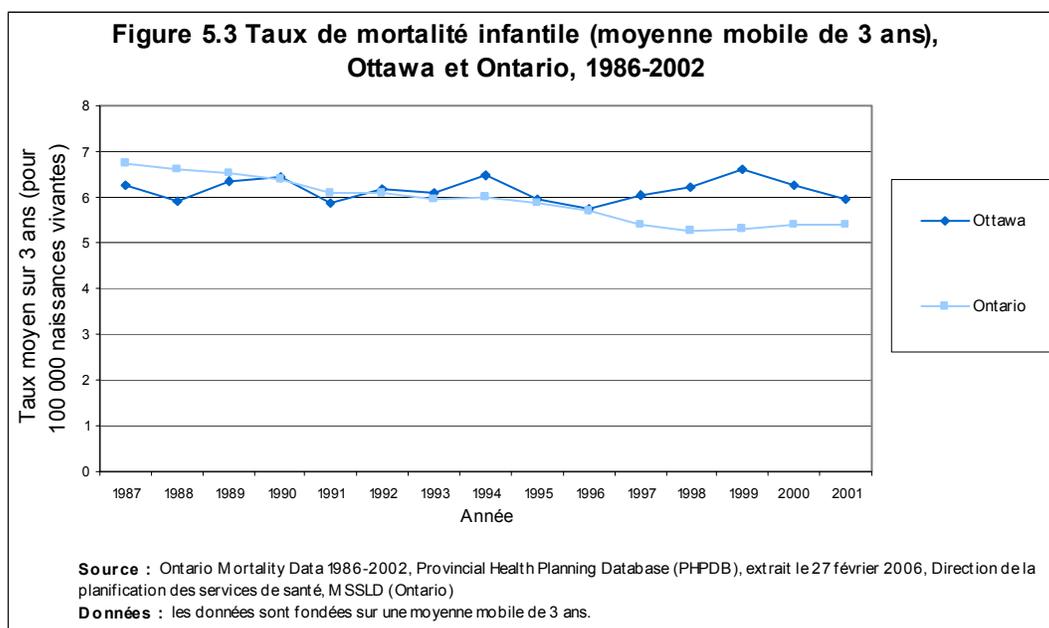
généralement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cependant, l'écart est comblé par une baisse des taux de mortalité chez les hommes.



Les taux de mortalité bruts chez les hommes et les femmes sont plus bas dans les groupes d'âge plus jeunes (de 1 à 44 ans) et augmentent avec l'âge, les plus élevés étant enregistrés chez les personnes âgées (figure 5.2).

Mortalité infantile et périnatale

Les taux de mortalité infantile sont des indicateurs de santé et illustrent le développement économique et social d'une communauté. Des taux de mortalité infantile élevés peuvent révéler des lacunes en matière de nutrition, d'éducation, d'hygiène ou de soins de santé aux mères et aux enfants dans une population donnée.²⁸ La mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an) à Ottawa varie quelque peu depuis 1986. Une moyenne mobile de mortalité infantile sur trois ans indique qu'il n'y a pas de changement significatif dans les tendances de la mortalité infantile entre Ottawa et l'Ontario depuis 1986 (figure 5.3). En 2002, le taux de mortalité infantile brut à Ottawa était de 4,6 décès pour 1 000 naissances vivantes (tableau 5.1).



La mortalité périnatale (mortinaissance et décès chez les enfants de moins de sept jours) a de multiples causes. Le taux de mortalité périnatale rend compte de facteurs comme les normes de soins périnataux, la nutrition de la mère et les soins obstétriques et pédiatriques.²⁹ En 2002, le taux de décès périnatal était de 8,9 pour 1 000 naissances à Ottawa, et de 9,8 pour 1 000 naissances dans l'ensemble de la province (tableau 5.1).

Tableau 5.1 : Mortalité infantile et périnatale, Ottawa et Ontario, 1999-2002

	Ottawa				Ontario			
	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002
Mortalité infantile (pour 1 000 personnes)	5,5	7,0	6,3	4,6	5,3	5,5	5,3	5,3
Mortalité périnatale (pour 1 000 personnes)	9,4	9,9	9,8	8,9	9,5	9,5	9,5	9,8

Source : Ontario Mortality Data 2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 27 février 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

Principales causes de décès

En 2002, la principale cause de décès à Ottawa chez les hommes et les femmes était la cardiopathie ischémique (19,6 %) (tableau 5.2). Le cancer du poumon et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) faisaient partie des trois principales causes de décès autant pour les hommes que pour les femmes (tableau 5.3). Comme la plupart des décès surviennent dans le groupe d'âge le plus élevé, une tendance différente se dessine lorsque les principales causes de décès sont stratifiées par groupe d'âge. Chez les résidents d'Ottawa âgés de 0 à 6 ans, la principale cause de décès dépend de certains facteurs présents durant la période périnatale (foetus et nouveaux-nés touchés par les facteurs maternels et les complications liés à la grossesse, au travail et à l'accouchement). La principale cause de décès ne peut être signalée dans le cas des jeunes résidents de 7 à 19 ans car le nombre de décès se produisant dans ce groupe d'âge est négligeable. Le suicide était la principale cause de décès chez les hommes de 20 à 44 ans, et les cancers du sein et de l'ovaire l'étaient à égalité chez les femmes du même groupe d'âge. Chez les hommes de 45 à 64 ans, la cardiopathie ischémique était la principale cause de décès, et chez les femmes du même groupe d'âge, les cancers du sein et du poumon l'étaient à égalité (tableau 5.4). Les principales causes de décès chez les personnes de 65 ans et plus suivent de près la tendance globale de la mortalité présentée dans le tableau 5.2 – la plupart des principales causes de décès (cardiopathie ischémique, cancer du poumon et AVC) étant observées chez les aînés.

Tableau 5.2 Principales causes de décès, Ottawa, 2002

Rang	Causes de décès	Nombre	Pourcentage (%)
1	Cardiopathie ischémique	956	19,6
2	Cancer du poumon	378	7,7
3	Accident vasculaire cérébral	322	6,6
4	Autres troubles cardiaques	220	4,5
5	Maladies des voies respiratoires inférieures chroniques	188	3,8
6	Cancer colorectal	160	3,3
7	Diabète	157	3,2
8	Cancer du sein	136	2,8

Rang	Causes de décès	Nombre	Pourcentage (%)
9	Leucémies et lymphomes	135	2,8
10	Maladie d'Alzheimer	112	2,3
11	Pneumonie	111	2,3
	Toutes les causes	4887	100,0

Source : Ontario Mortality Data 2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 22 février 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

Tableau 5.3 Principales causes de décès, par sexe, Ottawa, 2002

Hommes				Femmes			
Rang	Causes de décès	Nombre	Pourcentage (%)	Rang	Causes de décès	Nombre	Pourcentage (%)
1	Cardiopathie ischémique	464	19,9	1	Cardiopathie ischémique	492	19,2
2	Cancer du poumon	215	9,2	2	Accident vasculaire cérébral	198	7,7
3	Accident vasculaire cérébral	124	5,3	3	Cancer du poumon	163	6,4
4	Autres troubles cardiaques	97	4,2	4	Cancer du sein	136	5,3
5	Cancer colorectal	86	3,7	5	Autres troubles cardiaques	123	4,8
6	Diabète	82	3,5	6	Maladies des voies respiratoires inférieures chroniques	106	4,1
7	Maladies des voies respiratoires inférieures chroniques	82	3,5	7	Diabète	75	2,9
8	Cancer de la prostate	79	3,4	8	Cancer colorectal	74	2,9
9	Leucémies et lymphomes	70	3,0	9	Pneumonie	73	2,9
10	Néphrite, syndrome néphrotique et néphrose	53	2,3	10	Leucémies et lymphomes	65	2,5
	Toutes les causes	2 330	100,0		Toutes les causes	2 557	100,0

Source : Ontario Mortality Data 2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 22 février 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

Tableau 5.4 Principales causes de décès par sexe et par groupe d'âge, Ottawa, 2002

De 0 à 6 ans					
Garçons (N = 22)			Filles (N = 25)		
Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)	Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)
1	Certaines conditions de la période périnatale	59,1	1	Certaines conditions de la période périnatale	40,0

De 7 à 19 ans					
Garçons (N = 13)			Filles (N = 18)		
Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)	Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)
	Ne peut être signalé			Ne peut être signalé	

De 20 à 44 ans					
Hommes (N = 123)			Femmes (N = 92)		
Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)	Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)
1	Acte autodestructeur (suicide)	13,0	1 ^é	Cancer du sein	7,6
2	Collisions automobiles	8,1	1 ^é	Cancer de l'ovaire	7,6
3 ^é	VIH	5,7	3	Acte autodestructeur (suicide)	5,4
3 ^é	Leucémies et lymphomes	5,7			
3 ^é	Autres troubles cardiaques	5,7			
3 ^é	Empoisonnement accidentel et exposition à des substances nocives	5,7			
7 ^é	Cancer du poumon	4,9			
7 ^é	Cardiopathie ischémique	4,9			

De 45 à 64 ans					
Hommes (N = 494)			Femmes (N = 320)		
Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)	Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)
1	Cardiopathie ischémique	19,6	1 ^é	Cancer du poumon	16,6
2	Cancer du poumon	14,0	1 ^é	Cancer du sein	16,6

De 45 à 64 ans					
Hommes (N = 494)			Femmes (N = 320)		
Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)	Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)
3	Leucémies et lymphomes	4,9	3	Cardiopathie ischémique	7,8
4	Cancer colorectal	4,3	4 ^e	Cancer colorectal	3,8
5	Maladies chroniques du foie et cirrhose	3,6	4 ^e	Leucémies et lymphomes	3,8
6	Acte autodestructeur (suicide)	3,0	6	Cancer de l'ovaire	3,1
7 ^e	Cancer du système nerveux central	2,8	7	Cancer pancréatique	2,8
7 ^e	Accident vasculaire cérébral	2,8	8 ^e	Cancer du système nerveux central	2,2
9	Autres troubles cardiaques	2,6	8 ^e	Autres troubles cardiaques	2,2
10	Diabète	2,0	10	Diabète	1,9

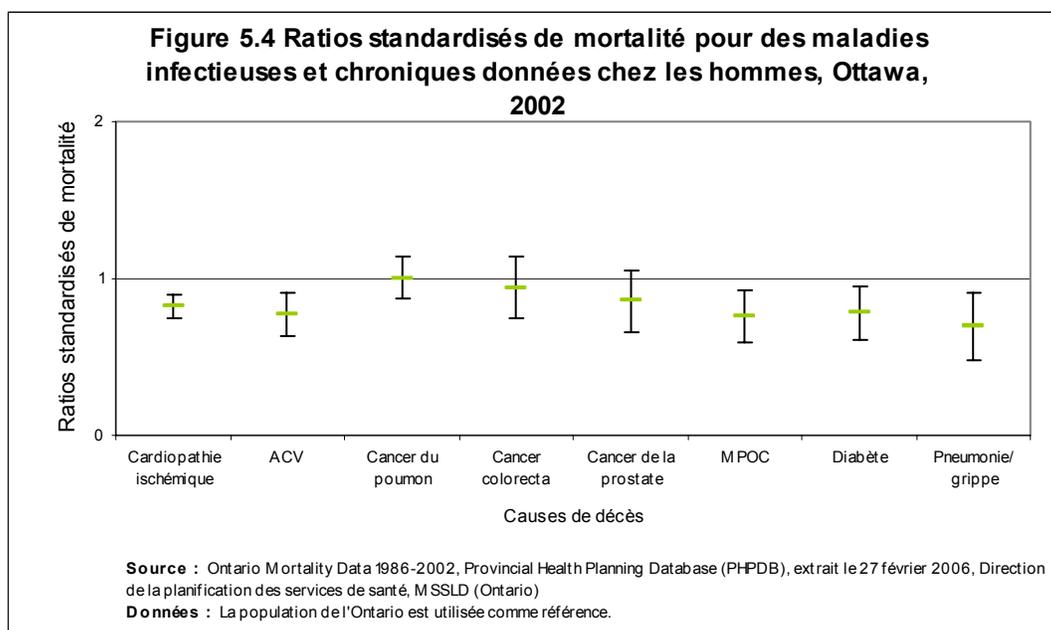
65 ans et plus					
Hommes (N = 1 678)			Femmes (N = 2 102)		
Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)	Rang	Causes de décès	Pourcentage (%)
1	Cardiopathie ischémique	21,5	1	Cardiopathie ischémique	22,0
2	Cancer du poumon	8,3	2	Accident vasculaire cérébral	9,0
3	Accident vasculaire cérébral	6,4	3	Autres troubles cardiaques	5,4
4	Autres troubles cardiaques	4,5	4	Cancer du poumon	5,1
5	Maladie chronique des voies respiratoires inférieures	4,4	5	Maladie chronique des voies respiratoires inférieures	4,8
6	Cancer de la prostate	4,2	6	Cancer du sein	3,6
7	Diabète	4,1	7	Pneumonie	3,4
8	Cancer colorectal	3,7	8	Diabète	3,2
9	Maladie d'Alzheimer	2,9	9	Cancer colorectal	2,9
10	Néphrite, syndrome néphritique et néphrose	2,8	10	Maladie d'Alzheimer	2,9

Source : Ontario Mortality Data 2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 22 février 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)
 é = À égalité

Ratio standardisé de mortalité

Le ratio standardisé de mortalité (RSM) selon l'âge est le rapport entre le nombre de décès observés dans une population donnée et le nombre de décès prévus si cette population avait les mêmes taux selon l'âge que la population de référence. La population étudiée est celle d'Ottawa et la population de référence est celle de l'Ontario. Si l'intervalle de confiance (IC) du RSM est de 1,0, alors le taux de mortalité pour une maladie particulière ne diffère pas entre Ottawa et l'Ontario. Si le RSM et son IC sont tous deux supérieurs à 1,0, alors le taux de mortalité pour la maladie en question est nettement plus élevé à Ottawa qu'en Ontario. Si le RSM et son IC sont tous deux inférieurs à 1,0, alors le taux de mortalité pour la maladie considérée est beaucoup moins élevé à Ottawa qu'en Ontario. La présente section traite des RSM liés à des blessures et à des maladies infectieuses et chroniques données.

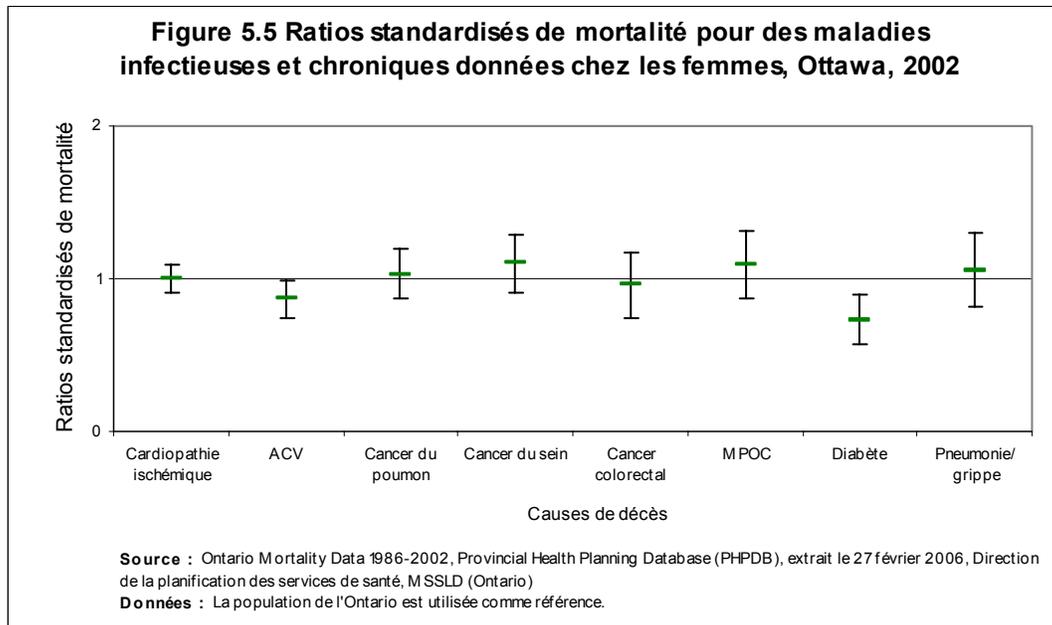
En 2002, le nombre de décès causés par la cardiopathie ischémique, les AVC, les MPOC, le diabète et la pneumonie ou la grippe était moins élevé chez les hommes d'Ottawa que chez ceux de l'Ontario. Le nombre de décès occasionnés par le cancer du poumon, de la prostate ou colorectal ne différait pas tellement entre les hommes d'Ottawa et ceux de l'Ontario (figure 5.4).



En 2002, le nombre de décès causés par un AVC ou le diabète était plus bas chez les femmes d'Ottawa que chez celles de l'Ontario. Le nombre de décès occasionnés par la cardiopathie

ischémique, le cancer du poumon, du sein ou colorectal, la MPOC et la pneumonie ou la grippe ne différait pas tellement entre les femmes d'Ottawa et celles de l'Ontario (figure 5.5).

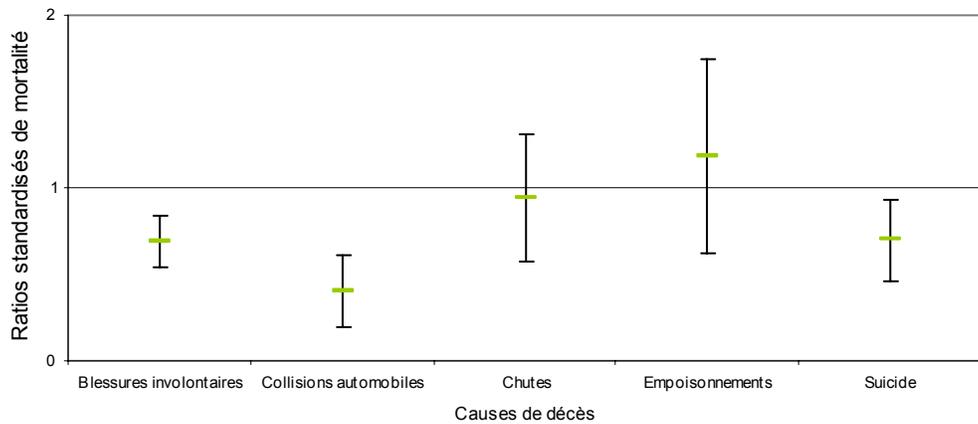
En 2002, les décès dus au cancer du poumon, aux AVC et au diabète étaient moins nombreux dans l'ensemble de la population à Ottawa qu'en Ontario. Toujours en 2002, le taux de mortalité causée par le VIH était considérablement plus élevé à Ottawa qu'en Ontario.



Pour ce qui est des décès attribuables à des blessures, ceux découlant de blessures involontaires, de collisions automobiles et du suicide étaient moins nombreux en 2002 chez les hommes d'Ottawa que chez ceux de l'Ontario. Le taux de mortalité occasionnée par des chutes et des empoisonnements était le même chez les hommes d'Ottawa et chez ceux de l'Ontario (figure 5.6).

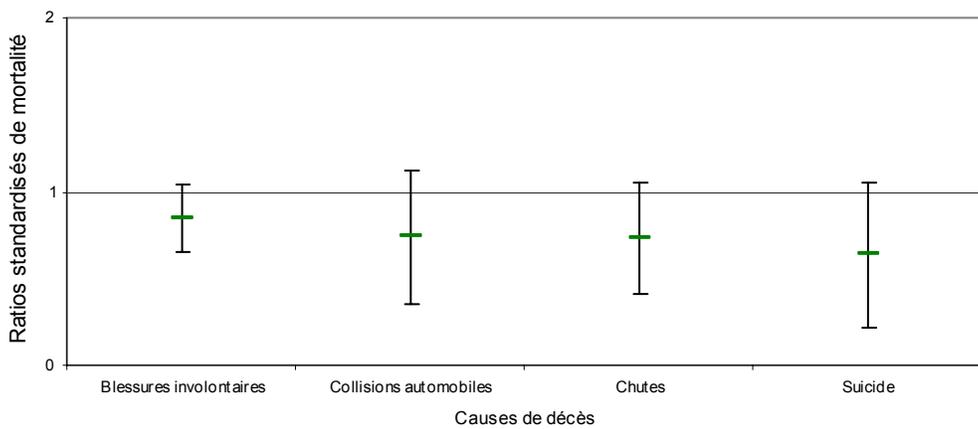
En 2002, le nombre de décès causés par des blessures involontaires, des collisions automobiles, des chutes et le suicide ne différait pas de manière significative entre les femmes d'Ottawa et celles de l'Ontario (figure 5.7).

**Figure 5.6 Ratios standardisés de mortalité pour des blessures
données chez les hommes, Ottawa, 2002**



Source : Ontario Mortality Data 1986-2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 10 mars 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)
Données : La population de l'Ontario est utilisée comme référence.

**Figure 5.7 Ratios standardisés de mortalité pour des blessures
données chez les femmes, Ottawa, 2002**

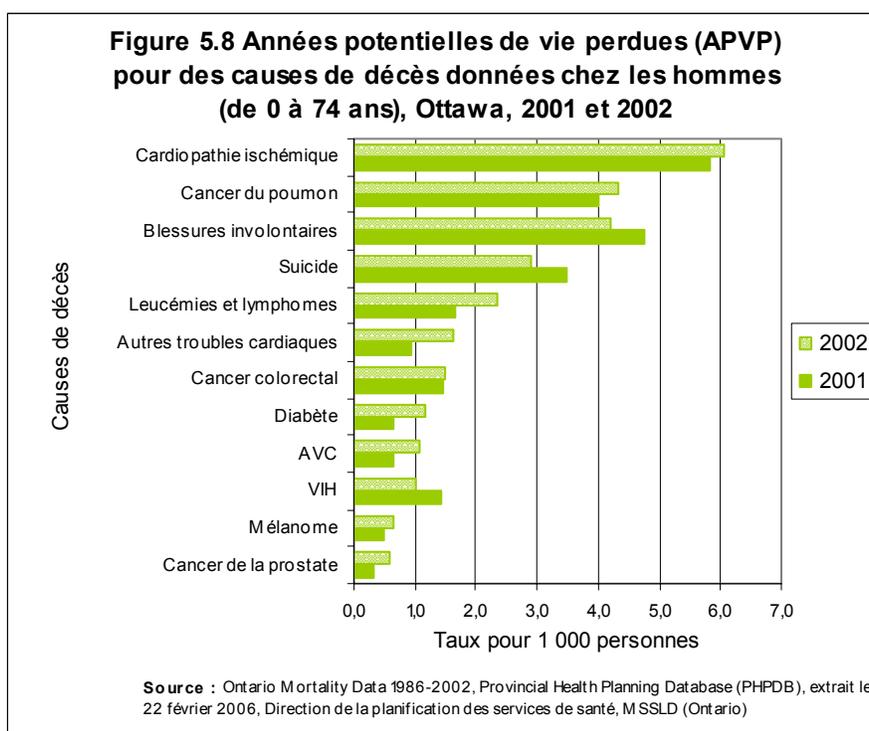


Source : Ontario Mortality Data 1986-2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 10 mars 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)
Données : La population de l'Ontario est utilisée comme référence.

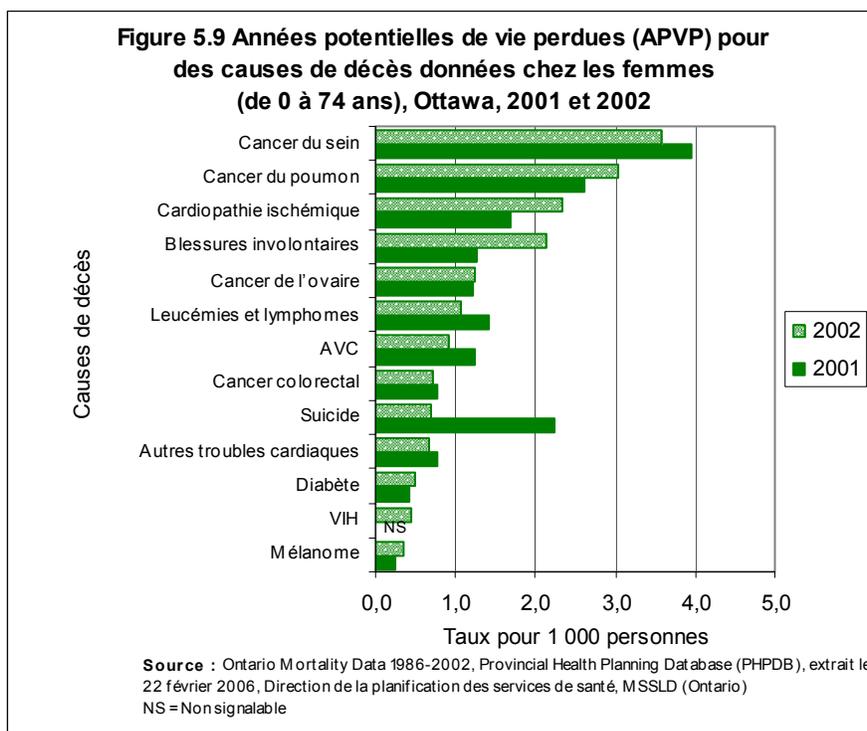
Mortalité prématurée (années potentielles de vie perdues)

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont une mesure du décès prématuré. Cette mesure représente le nombre d'années non vécues, à partir de la naissance, par une personne qui meurt avant l'âge de 75 ans et donne plus d'importance aux causes des décès prématurés qu'à celles des décès survenant à un âge avancé. Les décès de personnes âgées n'ont que très peu d'influence sur les résultats.

En 2001 et en 2002, la cause de mortalité prématurée la plus importante chez les hommes d'Ottawa était la cardiopathie ischémique, suivie du cancer du poumon, des blessures involontaires et du suicide (figure 5.8). Les hommes ont d'ordinaire des taux de mortalité prématurée plus élevés que les femmes parce qu'ils sont plus susceptibles de décéder avant l'âge de 75 ans.



En 2001 et en 2002, la cause de décès prématuré la plus importante chez les femmes d'Ottawa était le cancer du sein, suivi du cancer du poumon, de la cardiopathie ischémique et des blessures involontaires (figure 5.9).



Espérance de vie ajustée en fonction de la santé

L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est une mesure de l'espérance de vie en santé et peut être utilisée comme un indicateur de la qualité de vie liée à la santé, qui montre le fardeau de morbidité pour une communauté. L'EVAS représente le nombre d'années prévues de vie en parfaite santé, déterminé en fonction de l'état de santé actuel d'une population donnée. L'état de santé de la population est quantifié au moyen de l'indice de l'état de santé (un indicateur de la santé fondé sur six attributs distincts : les réactions sensorielles, la mobilité, les émotions, la cognition, la dextérité et la douleur), établi à partir des données recueillies dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2000 et en 2001. L'écart entre les estimations de l'espérance de vie et l'EVAS représente le fardeau de la mauvaise santé pour la population en question.

En 2001, l'EVAS des résidents d'Ottawa de 15 ans était de 57,2 ans chez les femmes et de 54,7 ans chez les hommes. À l'âge de 65 ans, les femmes avaient une espérance de vie en bonne santé de 15,3 ans et les hommes, de 13,4 ans.

Morbidité globale

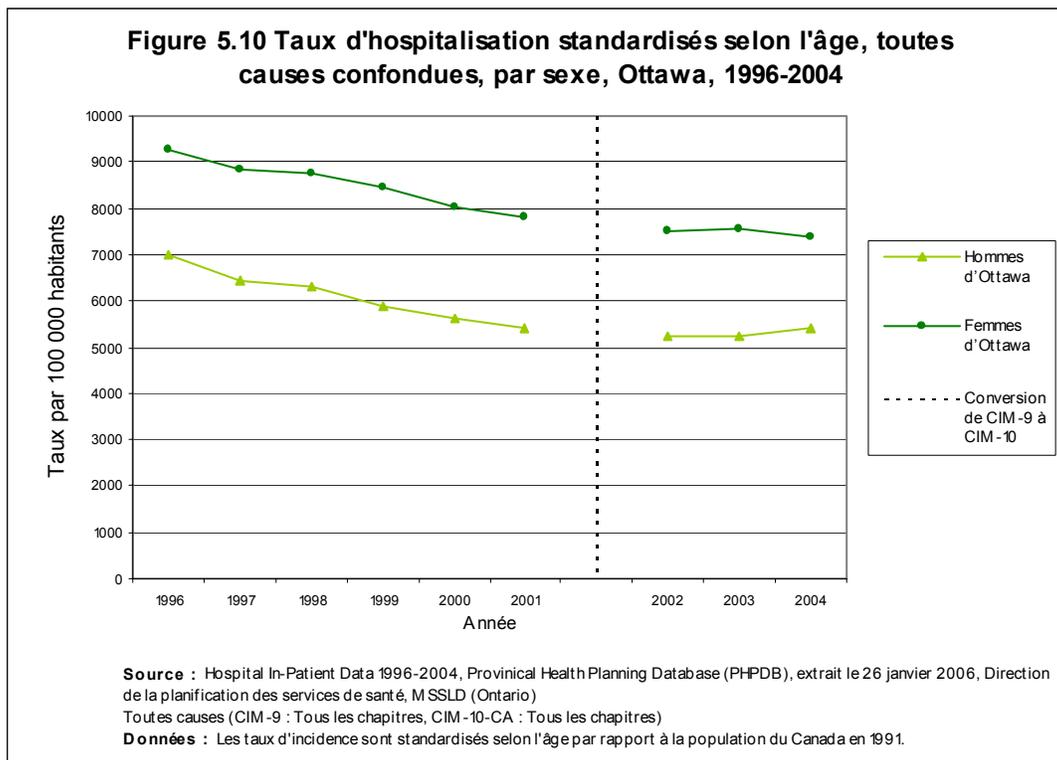
La morbidité désigne toute perte de la santé ou du bien-être, mais elle se rapporte souvent à l'état de maladie ou aux blessures dans une population.²⁶ La morbidité globale est difficile à

quantifier, car il n'existe aucune source rendant compte de tous les cas de morbidité. Plusieurs sources d'information peuvent cependant mettre en évidence l'étendue de la morbidité au sein d'une communauté.²⁹ Dans la présente section, l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, les taux d'hospitalisation, toutes causes confondues, et les taux de morbidité standardisés (parmi les hospitalisations) sont déclarés et utilisés comme mesure du fardeau de la morbidité à Ottawa. Il importe de signaler que les hospitalisations comprennent les données sur les malades hospitalisés mais non sur les patients d'un jour. Les données sur l'hospitalisation peuvent comprendre des admissions multiples, et les données peuvent être influencées par l'accessibilité des services dans une région et par les pratiques des fournisseurs de services. Cette mesure se limite à refléter principalement les cas de morbidité variant de moyennement sérieux à très grave. D'autres indicateurs de la morbidité, comme l'incidence et la prévalence de certaines maladies, figurent dans les sections sur les maladies chroniques et les blessures.

Taux d'hospitalisation relatifs à toutes les causes

De 1996 à 2004, les taux d'hospitalisation relatifs à toutes les causes (y compris tous les états graves, les maladies chroniques et infectieuses et les blessures sérieuses) ont diminué constamment et étaient sensiblement moins élevés à Ottawa qu'en Ontario. En 2004, le taux d'hospitalisation standardisé selon l'âge, relatif à toutes les causes, était de 6 319,1 pour 100 000 personnes à Ottawa.

Tout comme en Ontario, on a enregistré à Ottawa des taux d'hospitalisation standardisés selon l'âge considérablement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. En 2004, le taux d'hospitalisation standardisé selon l'âge relatif à toutes les causes était de 7 393,0 pour 100 000 personnes chez les femmes, et de 5 426,5 pour 100 000 personnes chez les hommes (figure 5.10). Les hospitalisations sont généralement plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes parce qu'une grande partie d'entre elles sont causées par la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.



Principales causes d'hospitalisation

En 2004, la principale cause d'hospitalisation à Ottawa était la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (18,4 %) (tableau 5.5). Les maladies de l'appareil circulatoire représentaient la première cause d'hospitalisation chez les hommes et la deuxième chez les femmes (tableau 5.6). Les résidents d'Ottawa de 0 à 9 ans ont été surtout hospitalisés pour des troubles de l'appareil respiratoire. À l'exception de l'accouchement, de la grossesse et de la puerpéralité, les troubles mentaux et du comportement ainsi que les blessures ont été les principales causes d'hospitalisation chez les jeunes résidentes de 10 à 19 ans. Chez les jeunes hommes du même groupe d'âge, ce sont avant tout les empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes qui ont entraîné l'hospitalisation. Les troubles mentaux et du comportement étaient les principales causes d'hospitalisation chez les hommes et chez les femmes de 20 à 44 ans (à l'exception de l'accouchement, de la grossesse et de la puerpéralité chez les femmes). Les hommes de 45 à 64 ans ont été surtout hospitalisés pour des maladies de l'appareil circulatoire, alors que les femmes du même groupe d'âge l'ont été pour des néoplasmes. Ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui ont provoqué le plus d'hospitalisations chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus (tableau 5.7). Les trois principales causes d'hospitalisation chez les aînés suivent le profil de mortalité de ce groupe d'âge, chez les hommes comme chez les femmes.

Tableau 5.5 Principales causes d'hospitalisation par chapitre de la CIM, Ottawa, 2004

Rang	Causes d'hospitalisation	Nombre	Pourcentage (%)
1	Grossesse, accouchement et puerpéralité	9 846	18,4
2	Maladies de l'appareil circulatoire	6 669	12,5
3	Maladies de l'appareil digestif	4 994	9,3
4	Néoplasmes	4 848	9,1
5	Blessures, empoisonnements, et certaines autres conséquences de causes externes	4 421	8,3
6	Troubles mentaux et du comportement	4 101	7,7
7	Maladies de l'appareil respiratoire	4 015	7,5
8	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3 089	5,8
9	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	2 748	5,1
10	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	2 530	4,7
Toutes les causes		53 545	100,0

Source : In-patient Hospitalizations, Provincial Health Planning Database (PHPDB). Extrait le 22 mars 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

Tableau 5.6 Principales causes d'hospitalisation par sexe, Ottawa, 2004

Hommes				Femmes			
Rang	Causes d'hospitalisation	Nombre	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Nombre	Pourcentage (%)
1	Maladies de l'appareil circulatoire	3 943	18,5	1	Grossesse, accouchement et puerpéralité	9 846	30,6
2	Maladies de l'appareil digestif	2 528	11,8	2	Maladies de l'appareil circulatoire	2 726	8,5
3	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	2 203	10,3	3	Néoplasmes	2 710	8,4
4	Néoplasmes	2 138	10,0	4	Maladies de l'appareil digestif	2 466	7,7
5	Troubles mentaux et du comportement	2 058	9,6	5	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	2 218	6,9
6	Maladies de l'appareil respiratoire	2 003	9,4	6	Troubles mentaux et du comportement	2 043	6,3
7	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	1 248	5,8	7	Maladies de l'appareil respiratoire	2 012	6,2
8	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 238	5,8	8	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 851	5,7

Hommes				Femmes			
Rang	Causes d'hospitalisation	Nombre	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Nombre	Pourcentage (%)
9	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	967	4,5	9	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	1 563	4,9
10	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	897	4,2	10	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	1 500	4,7
	Toutes les causes	21 340	100,0		Toutes les causes	32 205	100,0

Source : In-patient Hospitalizations, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 22 mars 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

Tableau 5.7 Principales causes d'hospitalisation par sexe et par groupe d'âge, Ottawa, 2004

De 0 à 9 ans					
Garçons (N = 1 328)			Filles (N = 962)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
1	Maladies de l'appareil respiratoire	24,5	1	Maladies de l'appareil respiratoire	21,5
2	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	9,6	2	Certains troubles résultant de la période périnatale	10,8
3 ^e	Certains troubles résultant de la période périnatale	9,3	3	Malformations, déformations et anomalies chromosomiques	10,1
3 ^e	Malformations, déformations et anomalies chromosomiques	9,3	4	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	9,3
5	Maladies de l'appareil digestif	8,3	5	Facteurs qui influencent l'état de santé et les contacts avec les services de santé	7,9
6	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	6,4	6	Maladies de l'appareil digestif	7,1
7	Certaines maladies infectieuses et	5,2	7	Certaines maladies infectieuses et	5,7

De 0 à 9 ans					
Garçons (N = 1 328)			Filles (N = 962)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
	parasitaires			parasitaires	
8	Maladies de l'appareil génito-urinaire	5,1	8	Maladies de l'appareil génito-urinaire	5,2
9	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4,1	9	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	5,1
10	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	3,7	10	Maladies du système nerveux	3,0

De 10 à 19 ans					
Garçons (N = 1 009)			Filles (N = 1 228)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
1	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	21,1	1	Grossesse, accouchement et puerpéralité	21,6
2	Maladies de l'appareil digestif	18,2	2	Troubles mentaux et du comportement	19,7
3	Troubles mentaux et du comportement	16,3	3	Maladies de l'appareil digestif	12,1
4	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	9,5	4	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	9,9
5	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	6,4	5	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	5,5
6	Maladies de l'appareil respiratoire	6,0	6	Maladies de l'appareil respiratoire	5,0
7 ^e	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,0	7 ^e	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	3,7
7 ^e	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	3,0	7 ^e	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	3,7

De 10 à 19 ans					
Garçons (N = 1 009)			Filles (N = 1 228)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
9	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	2,9	9	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,6
10	Néoplasmes	2,7	10	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	2,7

De 20 à 44 ans					
Hommes (N = 3 950)			Femmes (N = 14 236)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
1	Troubles mentaux et du comportement	28,6	1	Grossesse, accouchement et puerpéralité	67,2
2	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	16,7	2	Troubles mentaux et du comportement	6,3
3	Maladies de l'appareil digestif	15,3	3	Maladies de l'appareil génito-urinaire	4,5
4	Maladies de l'appareil circulatoire	6,4	4	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	4,4
5	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	5,2	5	Maladies de l'appareil digestif	4,1
6	Maladies de l'appareil respiratoire	4,9	6	Néoplasmes	3,5
7	Néoplasmes	4,5	7	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3,0
8	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3,4	8	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	1,3

De 20 à 44 ans					
Hommes (N = 3 950)			Femmes (N = 14 236)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
9	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	3,0	9	Maladies de l'appareil respiratoire	1,2
10	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	2,7	10	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	1,1

De 45 à 64 ans					
Hommes (N = 6 260)			Femmes (N = 5 842)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
1	Maladies de l'appareil circulatoire	23,1	1	Néoplasmes	18,1
2	Néoplasmes	12,6	2	Maladies de l'appareil digestif	11,2
3	Maladies de l'appareil digestif	12,5	3	Maladies de l'appareil génito-urinaire	10,4
4	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	9,4	4	Troubles mentaux et du comportement	10,3
5	Troubles mentaux et du comportement	8,4	5	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	9,8
6	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	7,0	6	Maladies de l'appareil circulatoire	9,3
7	Maladies de l'appareil respiratoire	5,4	7	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	8,3
8	Maladies de l'appareil génito-urinaire	5,1	8	Maladies de l'appareil respiratoire	6,1
9	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	4,2	9	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	4,3

De 45 à 64 ans					
Hommes (N = 6 260)			Femmes (N = 5 842)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
10	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	4,1	10	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	3,4

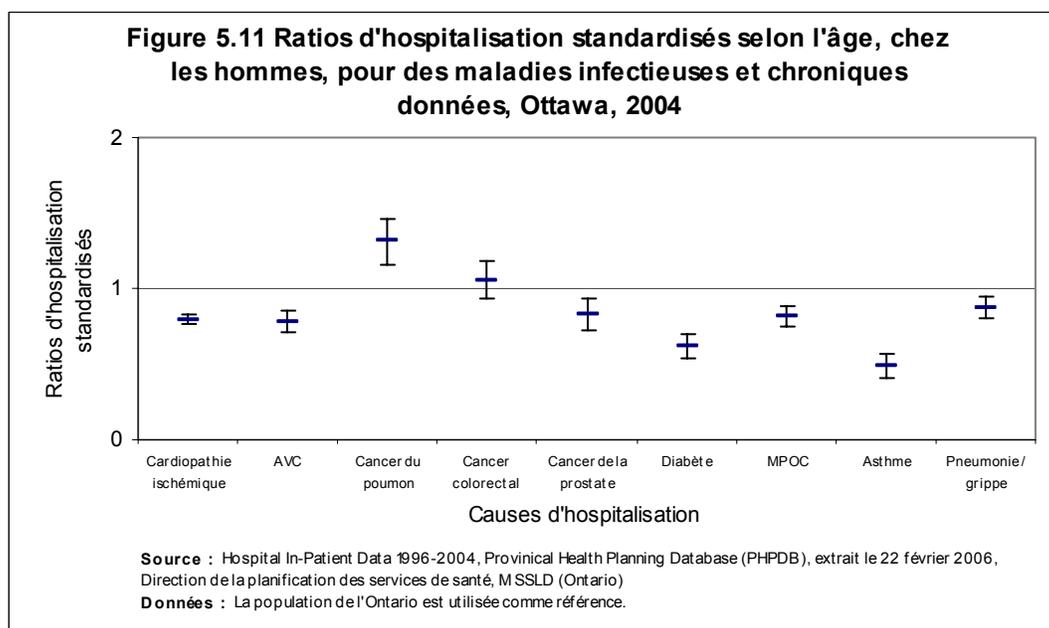
65 ans et plus					
Hommes (N = 8 793)			Femmes (N = 9 937)		
Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)	Rang	Causes d'hospitalisation	Pourcentage (%)
1	Maladies de l'appareil circulatoire	25,2	1	Maladies de l'appareil circulatoire	20,7
2	Néoplasmes	12,8	2	Maladies de l'appareil respiratoire	12,3
3	Maladies de l'appareil respiratoire	12,3	3	Néoplasmes	11,2
4	Maladies de l'appareil digestif	9,7	4	Maladies de l'appareil digestif	10,2
5	Maladies de l'appareil génito-urinaire	7,8	5	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	10,2
6	Blessures, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	7,0	6	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	8,0
7	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	5,7	7	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	5,9
8	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	5,0	8	Symptômes, signes et résultats cliniques et de laboratoire anormaux	5,2
9	Facteurs influant sur l'état de santé et les contacts avec les services de santé	4,8	9	Maladies de l'appareil génito-urinaire	5,1
10	Troubles mentaux et du comportement	2,4	10	Troubles mentaux et du comportement	2,9

Source : In-patient Hospitalizations, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 22 mars 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)
 é = À égalité

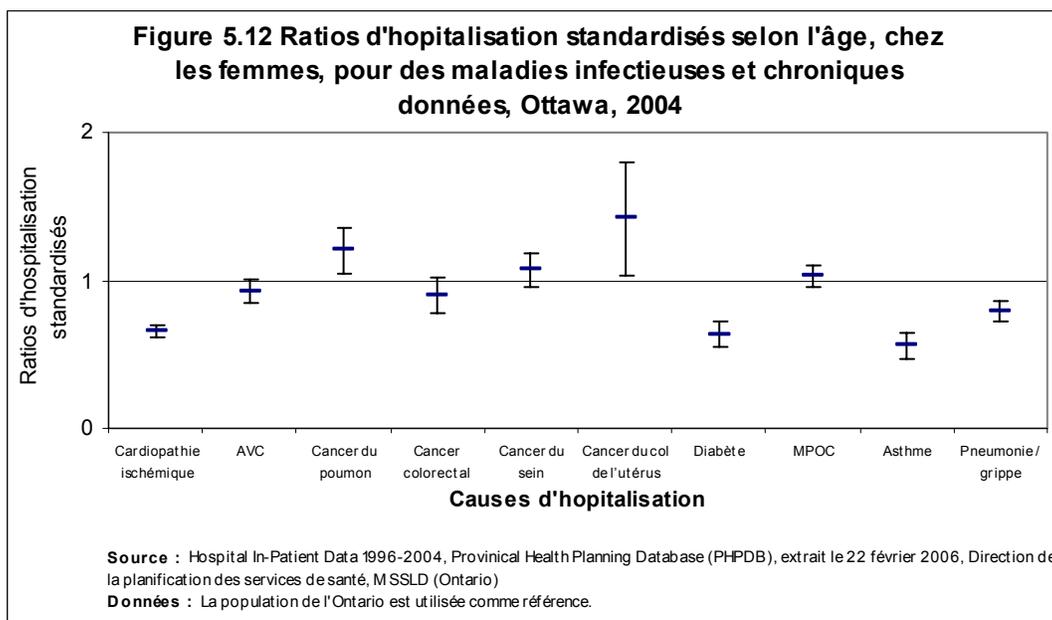
Ratio d'hospitalisation standardisé

Le ratio d'hospitalisation standardisé (RHS) selon l'âge est le rapport entre le nombre d'hospitalisations enregistrées dans une population donnée et le nombre prévu si cette population avait le même taux selon l'âge que la population de référence. La population étudiée ici est celle d'Ottawa et la population de référence est celle de l'Ontario. Si le RHS ou son intervalle de confiance (IC) est de 1,0, alors le taux d'hospitalisation pour une maladie particulière ne diffère pas entre Ottawa et l'Ontario. Si le RHS et son IC sont tous deux supérieurs à 1,0, alors le taux d'hospitalisation pour la maladie en question est nettement plus élevé à Ottawa qu'en Ontario. Si le RHS et son IC sont tous deux inférieurs à 1,0, alors le taux d'hospitalisation pour la maladie considérée est beaucoup moins élevé à Ottawa qu'en Ontario. La présente section traite des RHS liés à des blessures et à des maladies chroniques et infectieuses données.

En 2004, les hospitalisations dues à la cardiopathie ischémique, aux AVC, au cancer de la prostate, au diabète, à la MPOC, à l'asthme et à la pneumonie ou à la grippe ont davantage contribué au taux de morbidité chez les hommes de l'Ontario que chez ceux d'Ottawa. Les hospitalisations pour le cancer du poumon y ont davantage contribué chez les hommes d'Ottawa que chez ceux de l'Ontario (figure 5.11).



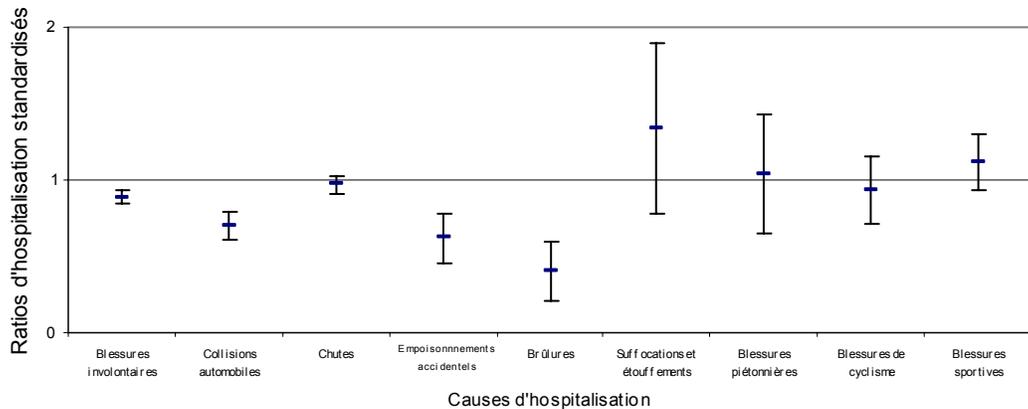
En 2004, les hospitalisations pour cardiopathie ischémique, diabète, asthme et pneumonie ou grippe ont davantage contribué au taux de morbidité chez les femmes de l'Ontario que chez celles d'Ottawa. Les hospitalisations pour le cancer du poumon ou du col de l'utérus y ont davantage contribué chez les femmes d'Ottawa que chez celles de l'Ontario (figure 5.12).



Dans l'ensemble, les hospitalisations causées par des blessures involontaires ont davantage contribué au taux de morbidité chez les hommes de l'Ontario que chez ceux d'Ottawa. Plus précisément, les hospitalisations dues à des collisions automobiles, à des empoisonnements et à des brûlures ont été beaucoup moins importantes chez les hommes d'Ottawa, mais il n'y a eu aucune différence pour ce qui est des chutes, des suffocations (y compris les étouffements), des blessures piétonnières (accidents de la route), des blessures de cyclisme et des blessures sportives (figure 5.13).

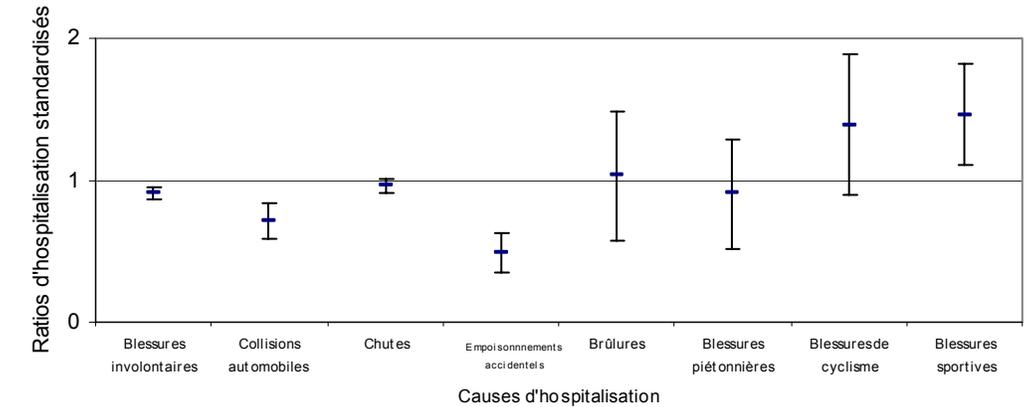
Les hospitalisations pour des blessures involontaires ont davantage contribué au taux de morbidité chez les femmes de l'Ontario que chez celles d'Ottawa. Plus précisément, les hospitalisations causées par des collisions automobiles et des empoisonnements accidentels ont été beaucoup moins importantes chez les femmes d'Ottawa, et il n'y a eu aucune différence pour ce qui est des chutes, des brûlures, des blessures piétonnières (accidents de la route) et des blessures de cyclisme. Les hospitalisations provoquées par des blessures sportives ont contribué davantage à un fardeau de la morbidité plus élevé chez les femmes d'Ottawa que chez celles de l'Ontario (figure 5.14).

Figure 5.13 Ratios d'hospitalisation standardisés selon l'âge, chez les hommes, pour des blessures données, Ottawa, 2004



Source : Hospital Inpatient Data 2004, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 17 mars 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)
Données : La population de l'Ontario est utilisée comme référence.

Figure 5.14 Ratios d'hospitalisation standardisés selon l'âge, chez les femmes, pour des blessures données, Ottawa, 2004



Source : Hospital Inpatient Data 2004, Provincial Health Planning Database (PHPDB), extrait le 17 mars 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)
Données : La population de l'Ontario est utilisée comme référence.

6. Problèmes de santé chroniques

À Ottawa, les problèmes de santé chroniques sont la première cause de maladies, d'incapacités et de décès. Ils nuisent à la qualité de vie et représentent un fardeau considérable pour les personnes touchées, leur famille et leur communauté, la population active et le système de soins de santé. Les composantes d'une stratégie de lutte contre les problèmes de santé chroniques comprennent la prévention, le dépistage précoce et le traitement.²⁵ Tandis que certains facteurs de risque tels que l'âge, le sexe, l'ethnie et la composition génétique sont impossibles à changer, les facteurs de risque liés au comportement peuvent être modifiés. Un mode de vie sain, ce qui comprend une alimentation équilibrée, une vie active et sans fumée et le maintien d'un poids santé, peut réduire de façon significative l'incidence des maladies chroniques. La détection précoce au moyen de tests de dépistage systématiques et de visites régulières chez un fournisseur de soins de santé primaires contribue beaucoup à réduire les maladies, les hospitalisations et les décès. Parmi les principaux facteurs de risque des problèmes de santé chroniques on compte le tabagisme et la consommation d'alcool, l'hypertension artérielle, l'inactivité physique, l'hypercholestérolémie, l'embonpoint, une mauvaise alimentation, l'âge avancé, le sexe et l'ethnie.³⁰ Pour lutter contre les problèmes de santé chroniques, le secteur de la santé publique de l'Ontario s'est fixé comme objectif d'accroître la durée et la qualité de vie de la population en réduisant la maladie, les hospitalisations et les décès associés aux affections chroniques.²⁵

Prévalence de certains problèmes de santé chroniques

En 2003, environ 478 100 résidents ou 68,9 % ($\pm 2,6$ %) de la population d'Ottawa de 12 ans et plus ont déclaré être aux prises avec au moins un problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé. Les femmes (73,1 % $\pm 3,2$ %) étaient beaucoup plus portées que les hommes (64,6 % $\pm 4,2$ %) à signaler qu'elles avaient au moins une affection chronique. Chez les résidents de 65 ans et plus, 94,3 % ($\pm 2,7$ %) ont signalé avoir au moins une maladie chronique. À mesure que la population d'Ottawa vieillit, le nombre de personnes aux prises avec un problème de santé chronique risque d'augmenter.

Parmi les résidents de 12 ans et plus, les cinq maladies chroniques les plus souvent déclarées sont les allergies non alimentaires, les maux de dos, l'arthrite, l'hypertension et les migraines (tableau 6.1).

Tableau 6.1 : Prévalence de certains problèmes de santé chroniques (12 ans et plus), Ottawa et Ontario, 2003

Problème de santé chronique	Ottawa (%, IC de \pm 95 %)	Ontario (%, IC de \pm 95 %)
Allergie non alimentaire	31,4 \pm 2,6	29,4 \pm 0,7
Maux de dos	20,3 \pm 2,2	20,2 \pm 0,6
Arthrite ou rhumatisme	15,2 \pm 1,8	17,5 \pm 0,4
Hypertension artérielle	12,4 \pm 1,7	14,7 \pm 0,5
Migraines	10,1 \pm 1,6	11 \pm 0,5
Asthme	8,6 \pm 1,5	8,3 \pm 0,4
Allergie alimentaire	7,9 \pm 1,6	7,5 \pm 0,4
Diabète	4,3 \pm 1	4,6 \pm 0,3
Cardiopathie	3,8 \pm 1	5,3 \pm 0,3
Cancer	1,9 \pm 0,6*	1,8 \pm 0,2
Crise cardiaque	1,6 \pm 0,7*	2,2 \pm 0,2
Effets d'un accident vasculaire cérébral	1,2 \pm 0,5*	1 \pm 0,1
Angine	0,8 \pm 0,4*	1,7 \pm 0,2
Emphysème/MPOC	0,7 \pm 0,7*	1 \pm 0,4

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, données partagées, Gestion des connaissances et communication de l'information, MSSLD (Ontario)

* Interpréter avec prudence – forte variabilité de l'échantillon

La situation est différente pour la majorité des problèmes de santé chroniques les plus fréquemment déclarés chez les 65 ans et plus. Les troubles de santé touchant les appareils cardiovasculaire et locomoteur sont les plus répandus. En 2003, la moitié des aînés à Ottawa ont signalé avoir déjà été victimes d'une crise cardiaque, et près de la moitié ont affirmé souffrir d'hypertension artérielle. Près de 50 % des aînés souffraient d'arthrite, et le quart d'entre eux avaient des maux de dos (tableau 6.2).

Tableau 6.2 : Prévalence de certains problèmes de santé chroniques (65 ans et plus), Ottawa et Ontario, 2003

Problème de santé chronique	Ottawa (%, IC de \pm 95 %)	Ontario (%, IC de \pm 95 %)
Crise cardiaque	50,5 \pm 15,3	44,7 \pm 3,2
Arthrite ou rhumatisme	46,1 \pm 5,8	50,3 \pm 3,2
Hypertension artérielle	42,3 \pm 6	43,2 \pm 1,6
Allergie non alimentaire	29,4 \pm 5,8	25,3 \pm 1,3
Maux de dos	25,1 \pm 5,3	27,3 \pm 1,3
Cardiopathie	15,6 \pm 4,2	20,9 \pm 1,2
Diabète	13,7 \pm 4,6*	13,8 \pm 1,2
Cancer	8,7 \pm 3,3*	6 \pm 0,7
Allergie alimentaire	7,7 \pm 3,5*	6,6 \pm 0,7

Problème de santé chronique	Ottawa (%, IC de \pm 95 %)	Ontario (%, IC de \pm 95 %)
Asthme	7,2 \pm 2,9*	7,3 \pm 0,8
Migraines	4,7 \pm 2,7*	5,3 \pm 0,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, données partagées, Gestion des connaissances et communication de l'information, MSSLD (Ontario)

* Interpréter avec prudence – forte variabilité de l'échantillon

Cancer

Il existe de nombreux types de cancers touchant différentes parties du corps, et les caractéristiques, les causes et les facteurs de risque potentiels diffèrent pour chacun d'eux. Les cancers se caractérisent par la croissance et la propagation effrénées de cellules anormales dans l'organisme.³¹ Les tableaux 6.3 et 6.4 présentent les taux d'incidence et de mortalité des cancers les plus fréquents, standardisés selon l'âge, pour tous les groupes d'âge à Ottawa en 2002.

Tableau 6.3 : Sommaire des taux d'incidence, standardisés selon l'âge*, de certains cancers, Ottawa et Ontario, 2002

Taux d'incidence (cas par 100 000 habitants)						
Type de cancer	Total d'Ottawa	Total d'Ontario	Hommes d'Ottawa	Hommes d'Ontario	Femmes d'Ottawa	Femmes d'Ontario
Sein	---	---	---	---	107,8	103,5
Prostate	---	---	105,8	136,0	---	---
Poumon	52,1	52,1	66,0	66,7	41,9	41,8
Colorectal	51,0	51,9	61,4	63,9	43,0	42,8
Ovaire	---	---	---	---	18,6	21,2
Lymphome non hodgkinien	---	---	---	---	16,6	13,4
Mélanome	15,8	15,9	17,2	18,6	14,7	13,8
Vessie	12,9	12,8	14,8	14,8	12,3	11,6
Rein	10,7	12,0	17,3	20,7	5,6	5,7
Pancréas	8,8	9,7	10,9	12,9	6,7	7,2
Leucémie	8,4	8,2	10,3	8,6	7,0	7,9
Cavité buccale et pharynx	8,6	11,5	9,8	15,3	7,7	8,7
Estomac	7,8	9,1	9,8	12,9	5,9	6,0
Cerveau	5,8	7,5	8,7	11,2	3,4	4,8
Utérus	5,2	6	6,7	7,2	3,8	4,9
Col de l'utérus	---	---	---	---	4,2	7,9
OEsophage	4,0	3,9	6,2	6,3	2,0	1,9

Source : Incidence du cancer en 2002, Action Cancer Ontario

*Taux standardisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 1991

Tableau 6.4 : Sommaire des taux de mortalité, standardisés selon l'âge*, de certains cancers, Ottawa et Ontario, 2002

Taux de mortalité (décès par 100 000 habitants)						
Type de cancer	Total d'Ottawa	Total d'Ontario	Hommes d'Ottawa	Hommes d'Ontario	Femmes d'Ottawa	Femmes d'Ontario
Poumon	44,1	43,5	58,5	59,2	33,1	32,6
Sein	---	---	---	---	28,0	24,6
Colorectal	18,4	19,1	23,4	25,1	14,2	14,9
Prostate	---	---	22,8	27,3	---	---
Ovaire	---	---	---	---	8,4	8,4
Pancréas	7,8	8,4	9,1	9,6	7,0	7,7
Lymphome non hodgkinien	6,3	7,0	8,3	9,1	4,6	5,6
Leucémie	5,6	5,9	6,0	8,4	5,0	4,3
Cerveau	3,9	4,2	4,7	5,3	3,2	3,3
Œsophage	3,9	4,4	5,8	7,3	2,4	2,1
Vessie	3,4	4,4	6,6	8,3	1,5	2,0
Estomac	3,5	4,7	4,4	7,1	2,4	3,1
Rein	3,3	3,3	4,5	4,9	2,3	2,0
Cavité buccale et pharynx	3,0	3,1	4,5	4,7	1,7	1,8
Mélanome	2,7	2,6	3,9	3,8	1,7	1,8
Utérus	---	---	---	---	1,9	3,5
Col de l'utérus	---	---	---	---	0,8	1,8

Source : Mortalité attribuable au cancer en 2002, Action Cancer Ontario

* Taux standardisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 1991

Puisque certains cancers peuvent prendre de nombreuses années à se développer, la maladie se manifeste généralement chez les personnes plus âgées. Consultez les tableaux 6.5 et 6.6 pour obtenir une liste des taux d'incidence et de mortalité bruts pour certains cancers chez les résidents d'Ottawa de 65 ans et plus. Le présent rapport traite également des tendances observables pour certains cancers parmi les résidents d'Ottawa de 1986 à 2002. Dans la mesure du possible, des comparaisons entre les taux à Ottawa et en Ontario sont établies.

Tableau 6.5 : Sommaire des taux d'incidence bruts de certains cancers (65 ans et plus), Ottawa, 2002

Taux d'incidence brut (cas par 100 000 habitants)			
Type de cancer	Total	Hommes	Femmes
Prostate	---	569,4	---

Taux d'incidence brut (cas par 100 000 habitants)			
Type de cancer	Total	Hommes	Femmes
Sein	---	---	381
Poumon	302,7	403,8	229,7
Colorectal	301,6	341,6	272,7
Lymphome non hodgkinien	66,2	69,9	63,5
Vessie	65,1	106,1	35,5
Ovaire	---	---	63,5
Pancréas	56,4	62,1	52,3
Mélanome	49,9	77,6	29,9
Rein	38	41,4	35,5
Leucémie	38	44	33,6

Source : Incidence du cancer en 2002, Action Cancer Ontario

Tableau 6.6 : Sommaire des taux de mortalité bruts de certains cancers (65 ans et plus), Ottawa, 2002

Taux de mortalité brut (décès par 100 000 habitants)			
Type de cancer	Total	Hommes	Femmes
Poumon	269	362,3	201,7
Prostate	---	178,6	---
Sein	---	---	141,9
Colorectal	131,3	155,3	113,9
Pancréas	51	59,5	44,8
Ovaire	---	---	46,7
Lymphome non hodgkinien	41,2	44	39,2
Leucémie	31,5	28,5	33,6
Vessie	30,4	49,2	16,8
Œsophage	27,1	38,8	18,7
Rein	27,1	33,6	22,4
Estomac	21,7	20,7	22,4

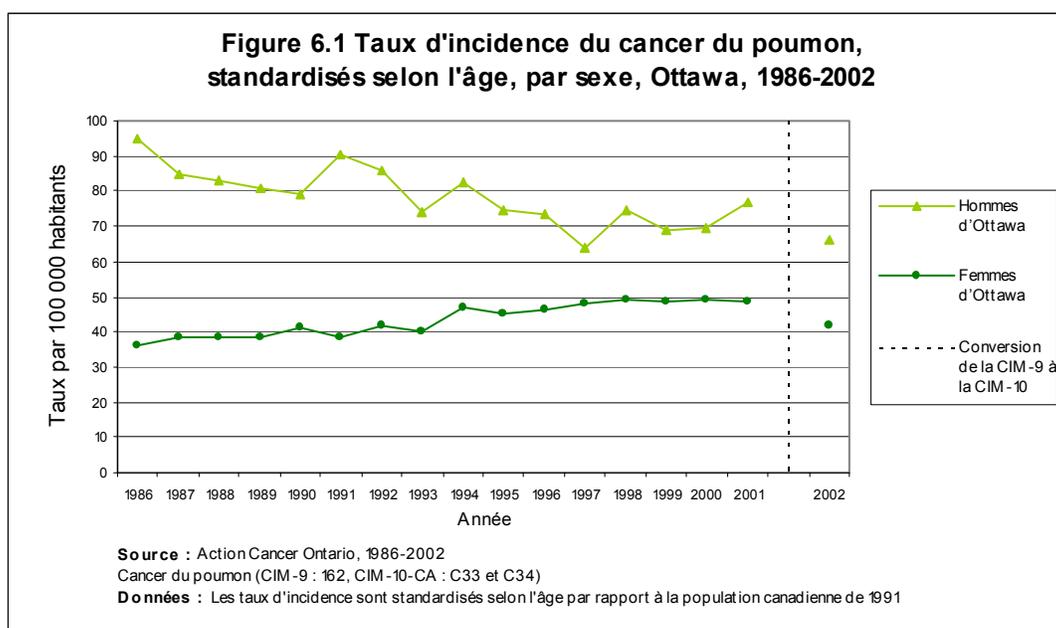
Source : Mortalité attribuable au cancer en 2002, Action Cancer Ontario

Cancer du poumon

En 2002, le cancer du poumon se classait au troisième rang des cancers les plus fréquemment diagnostiqués à Ottawa. C'est un fait bien connu que le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire sont les principales causes évitables de cancer du poumon.³² (*Consulter la section sur les facteurs de risque liés au comportement pour connaître la prévalence du tabagisme*).

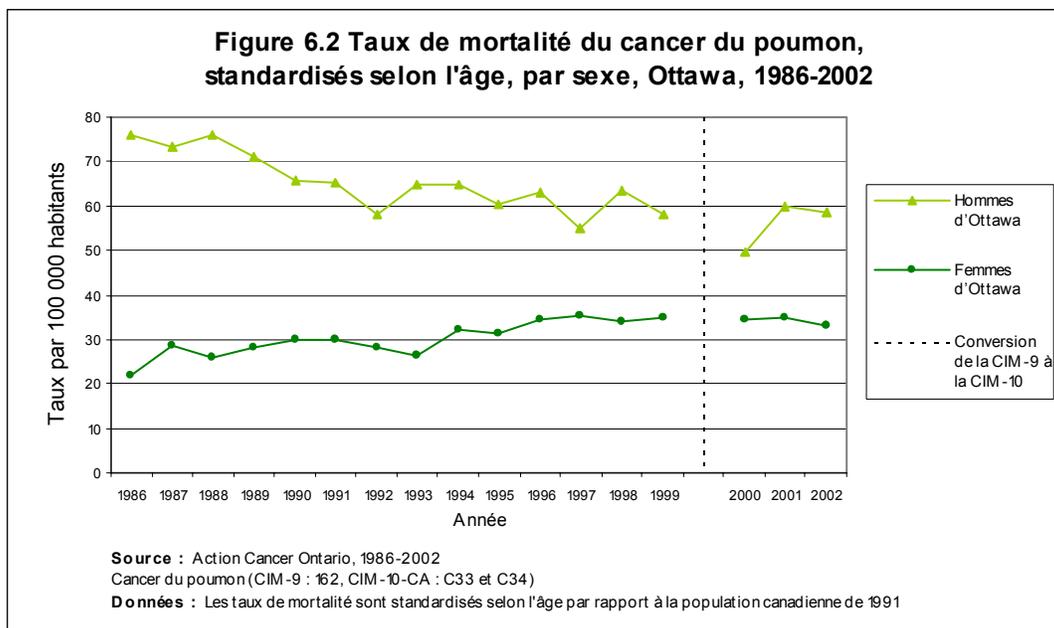
De 1986 à 2002, les taux d'incidence du cancer du poumon à Ottawa sont demeurés relativement stables et étaient similaires aux taux de l'Ontario. En 2002, le taux d'incidence du cancer du poumon, standardisé selon l'âge, s'élevait à 52,1 cas par 100 000 habitants.

Par le passé, les taux d'incidence étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Cependant, l'écart s'est resserré car les taux chez les hommes ont décliné tandis que ceux des femmes ont grimpé. Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes, standardisé selon l'âge, a beaucoup baissé, passant de 94,7 cas par 100 000 habitants en 1986 à 66 en 2002. Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes, standardisé selon l'âge, est passé de 36,1 cas par 100 000 habitants en 1986 à 48,3 en 2001 (figure 6.1). Un des objectifs en matière de santé publique en Ontario consiste à ralentir l'ascension des taux d'incidence du cancer du poumon.²⁵ Du côté de sa population masculine, Ottawa a déjà atteint l'objectif provincial.



À Ottawa, le cancer du poumon est la principale cause de décès parmi tous les types de cancer et la deuxième cause de décès de façon globale (*consulter la section portant sur la mortalité et la morbidité globales*). Depuis 1986, les taux de mortalité du cancer du poumon à Ottawa sont demeurés relativement stables et sont sensiblement les mêmes que ceux de l'Ontario. En 2002, le taux de mortalité associé au cancer du poumon, standardisé selon l'âge, se chiffrait à 44 par 100 000 habitants.

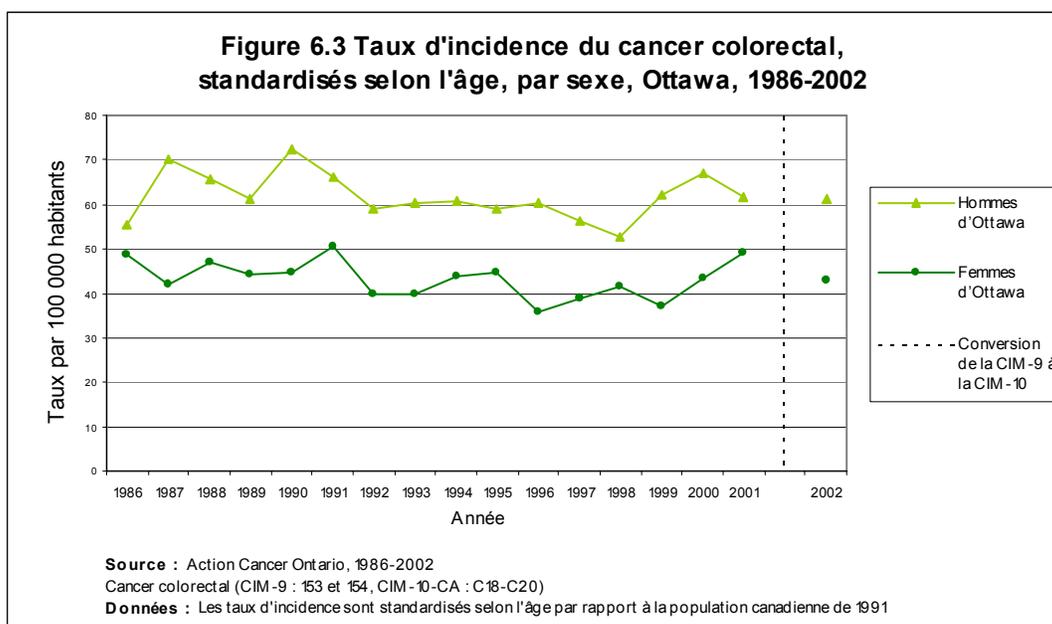
Tout comme pour les taux d'incidence, les taux de mortalité du cancer du poumon chez les hommes ont toujours été plus élevés que chez les femmes, mais cet écart s'atténue. Les taux de mortalité du cancer du poumon chez les hommes, standardisés selon l'âge, ont diminué, passant de 76,1 cas par 100 000 habitants en 1986 à 58,5 en 2002. Chez les femmes, ces taux ont considérablement augmenté, passant de 21,9 cas par 100 000 habitants en 1986 à 33,1 en 2002 (figure 6.2).



Cancer colorectal

Selon le nombre de diagnostics établis annuellement, le cancer colorectal occupait le deuxième rang des cancers les plus fréquents à Ottawa en 2002. Les particuliers les plus enclins à développer un cancer colorectal sont ceux présentant les facteurs de risque de ce type de cancer, c'est-à-dire les hommes et les femmes qui ont 50 ans et plus, ont des antécédents personnels ou familiaux de polypes colorectaux bénins, de cancers de l'ovaire, de l'endomètre ou du sein, ont des antécédents de maladies intestinales inflammatoires, souffrent d'obésité, font peu d'activité physique, consomment de l'alcool, font usage du tabac ou ont une alimentation riche en gras saturés et faible en fibres, en fruits et en légumes (*consulter la section sur les facteurs de risque liés au comportement pour connaître la prévalence de certains facteurs de risque*). Des examens de dépistage réguliers permettent de diagnostiquer la maladie dès son apparition, lorsqu'elle est facile à traiter, ce qui réduit les risques de décès.^{33,34}

Les taux d'incidence du cancer colorectal à Ottawa demeurent stables et sont comparables aux taux provinciaux. En 2002, le taux d'incidence du cancer colorectal à Ottawa, standardisé selon l'âge, s'élevait à 51 cas par 100 000 habitants. Les taux d'incidence standardisés selon l'âge sont nettement supérieurs chez la population masculine à Ottawa (figure 6.3), ce qui s'explique par le taux d'incidence plus élevé chez les hommes âgés.



Bien que les taux d'incidence du cancer colorectal à Ottawa soient demeurés relativement stables depuis 1986, ses taux de mortalité, standardisés selon l'âge, ont oscillé entre 27,9 cas par 100 000 habitants en 1989 et 15 cas en 1997. En 2002, ce taux s'élevait à 18,4 décès par 100 000 habitants. Au cours des deux dernières années, on a enregistré des taux de mortalité beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes pour ce type de cancer.

Dépistage précoce du cancer colorectal

Plusieurs types de cancer peuvent être décelés tôt au moyen de tests de dépistage fiables, ce qui peut contribuer à une baisse de la morbidité et de la mortalité. Les objectifs de santé publique en Ontario visent à réduire la mortalité attribuable à certains cancers en augmentant la détection précoce au moyen de tests de dépistage.²⁵

La Société canadienne du cancer recommande aux hommes et aux femmes de 50 ans et plus de subir tous les deux ans un examen des selles afin de vérifier si elles contiennent du sang et

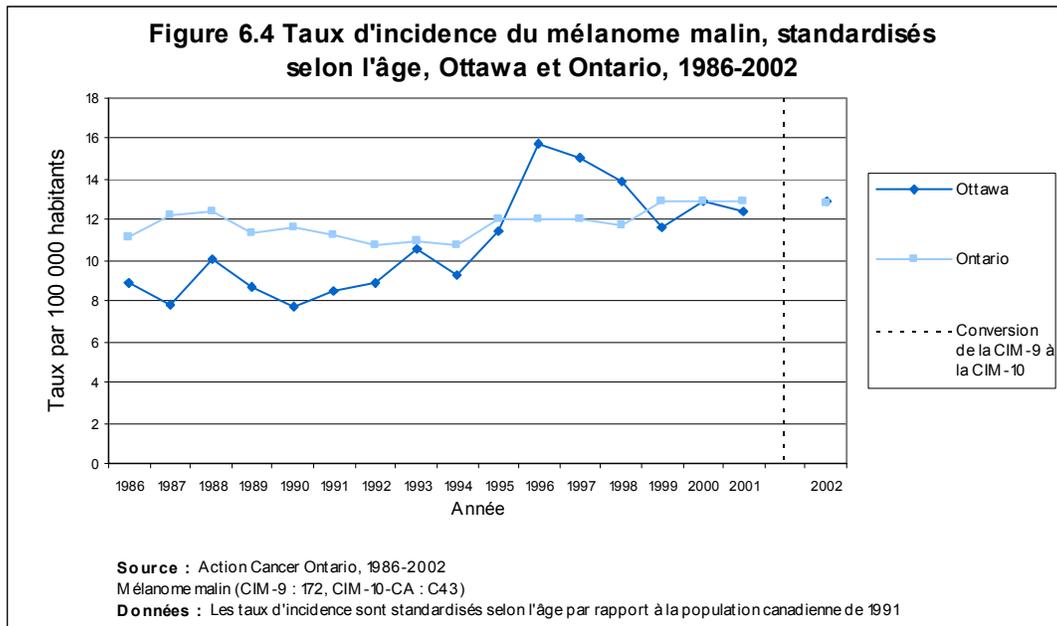
déceler ainsi un éventuel cancer colorectal.³⁵ Si le résultat du test est positif, des examens plus poussés sont effectués pour repérer les croissances cancéreuses.

En 2005, près de la moitié des résidents d'Ottawa de 50 ans et plus (48,7 % ± 4,6 %) ont déclaré avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal; moins du tiers (29,3 % ± 4,2 %) l'avaient fait au cours des deux dernières années.³⁶

Mélanome malin

Le mélanome malin est le type de cancer de la peau le plus grave. Les facteurs de risque du cancer de la peau sont l'exposition aux rayons ultraviolets (surexposition au soleil), les antécédents de brûlures graves et fréquentes causées par le soleil, le teint clair ou la présence d'une grande quantité de taches de rousseur ou de grains de beauté, l'exposition au soleil durant l'enfance et l'adolescence et les antécédents génétiques de cancer de la peau.^{37,38} *(Consulter la section sur les facteurs de risque liés au comportement pour connaître la prévalence de l'utilisation de l'écran solaire et de la protection contre le soleil).*

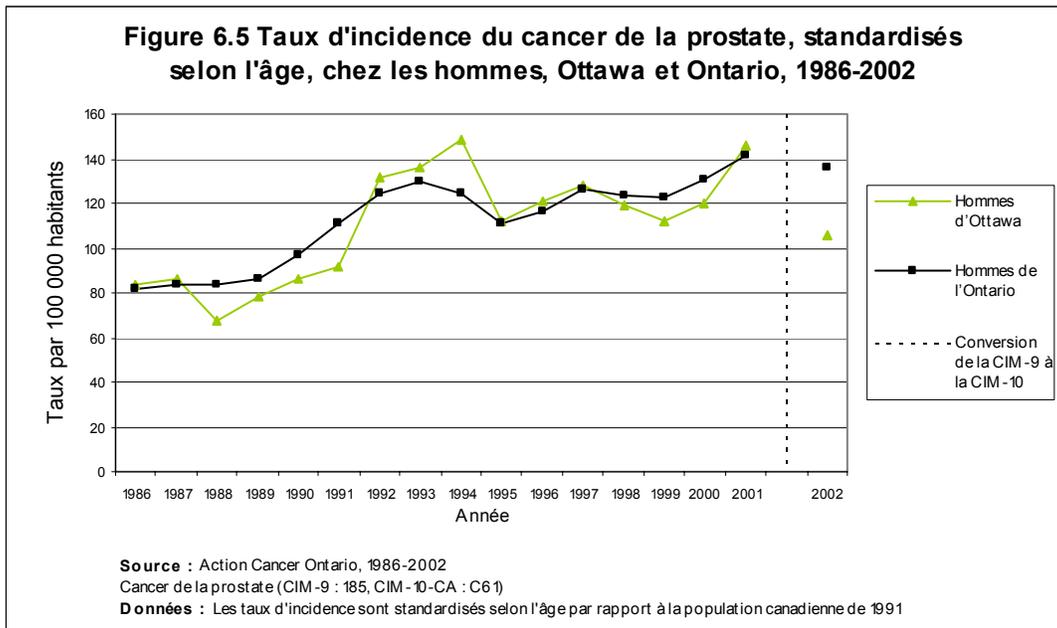
À Ottawa, le taux d'incidence des mélanomes malins, standardisé selon l'âge, a considérablement augmenté, passant de 8,9 cas par 100 000 habitants en 1986 à 15,8 en 1996. Après avoir atteint un sommet en 1996, ils demeurent relativement stables mais dépassent tout de même ceux enregistrés au cours de la décennie précédente (L'Association canadienne de dermatologie et la Société canadienne du cancer ont lancé une campagne à la fin des années 1990 pour promouvoir l'utilisation de l'écran solaire et l'exposition minimale au soleil). En 2002, le taux d'incidence standardisé selon l'âge était de 12,9 cas par 100 000 habitants (figure 6.4). Un des objectifs en matière de santé publique en Ontario consiste à ralentir l'ascension de l'incidence des cancers de la peau.²⁵



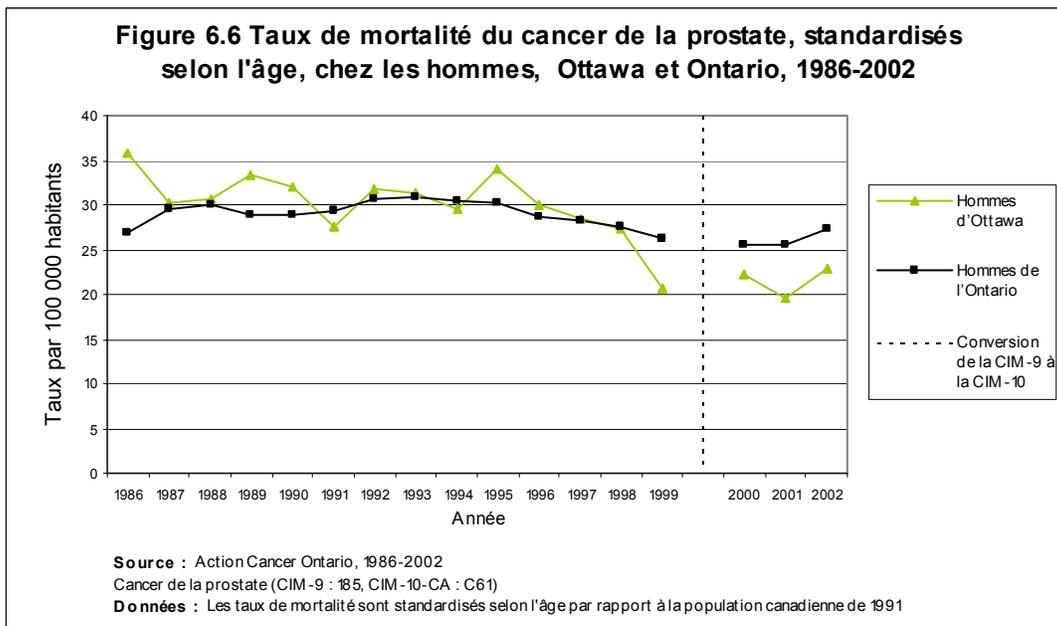
De 1986 à 2002, les taux de mortalité chez les personnes ayant des mélanomes malins à Ottawa sont demeurés stables et s'apparentaient à ceux de l'Ontario. En 2002, le taux de mortalité attribuable aux mélanomes malins à Ottawa, standardisé selon l'âge, était de 2,7 décès par 100 000 habitants.

Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes à Ottawa. De 1988 à 1994, son taux d'incidence standardisé selon l'âge est monté en flèche, passant de 67,7 à 148,6 cas par 100 000 habitants. Le recours au test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), qui sert à déceler le cancer de la prostate, a commencé à la fin des années 1980 et est courant au Canada depuis 1990.³⁹ L'ascension rapide des cas détectés peut être attribuable à la disponibilité de ce test de dépistage. En 2001, le taux d'incidence standardisé selon l'âge a atteint un autre sommet, soit 145,7 cas par 100 000 habitants (figure 6.5).



Même si les taux d'incidence du cancer de la prostate ont augmenté au début des années 1990, la mortalité attribuable à ce type de cancer a baissé graduellement, ce qui est comparable au scénario provincial. En 2002, le taux de mortalité du cancer de la prostate, standardisé selon l'âge, était de 22,8 décès par 100 000 habitants à Ottawa (figure 6.6).



Dépistage précoce du cancer de la prostate

Action Cancer Ontario et la Société canadienne du cancer conseillent aux hommes de plus de 50 ans de discuter avec leur médecin des avantages et des risques possibles de la détection précoce du cancer de la prostate à l'aide du test de l'antigène prostatique spécifique (APS) et du toucher rectal. Les hommes qui présentent des risques élevés, notamment parce qu'ils ont des antécédents familiaux ou sont d'origine africaine, devraient discuter avec leur médecin de la possibilité de passer un test à un plus jeune âge.⁴⁰

En 2003, les trois quarts (74,7 % ± 6,1 %) des hommes de plus de 50 ans à Ottawa avaient subi un test de dépistage du cancer de la prostate à l'aide du test de l'APS.⁴¹

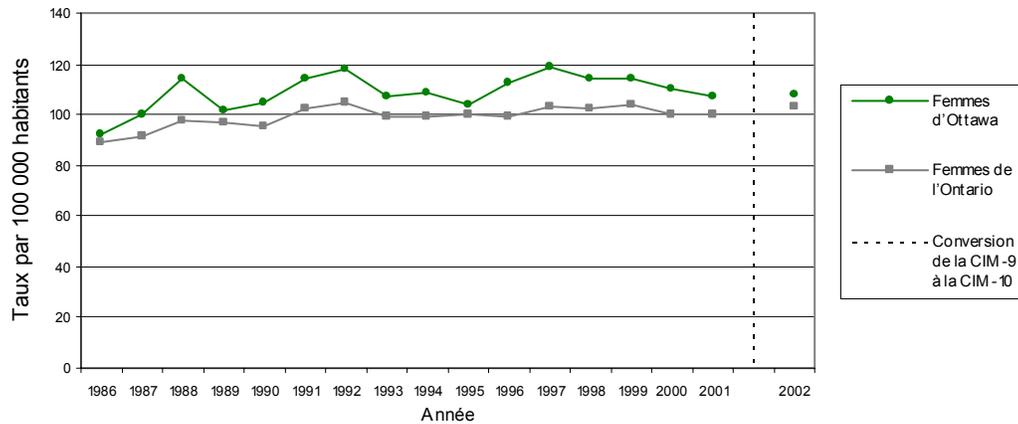
Cancer du sein

À Ottawa, le cancer du sein est le type de cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes. Les facteurs de risque connus comprennent les suivants : âge avancé, embonpoint après la ménopause, inactivité physique, aucune maternité ou maternité après 30 ans, absence d'allaitement maternel, hormonothérapie substitutive, cancer du sein chez une proche parente (mère ou sœur), début précoce des règles (avant 12 ans) et ménopause tardive (après 55 ans). Les facteurs de risque possibles du cancer du sein chez les femmes incluent notamment : alimentation pauvre en fruits et en légumes, consommation d'alcool, tabagisme ou exposition à la fumée secondaire et prise de contraceptifs oraux.^{42,43} (*Consulter la section sur les facteurs de risque liés au comportement pour connaître la prévalence de certains facteurs de risque*). Le dépistage du cancer du sein comprend une mammographie régulière pour les femmes à risque.

De 1996 à 1998, les taux d'incidence du cancer du sein à Ottawa dépassaient grandement ceux de l'Ontario. En 2002, le taux d'incidence standardisé selon l'âge était de 107,8 par 100 000 habitants (figure 6.7).

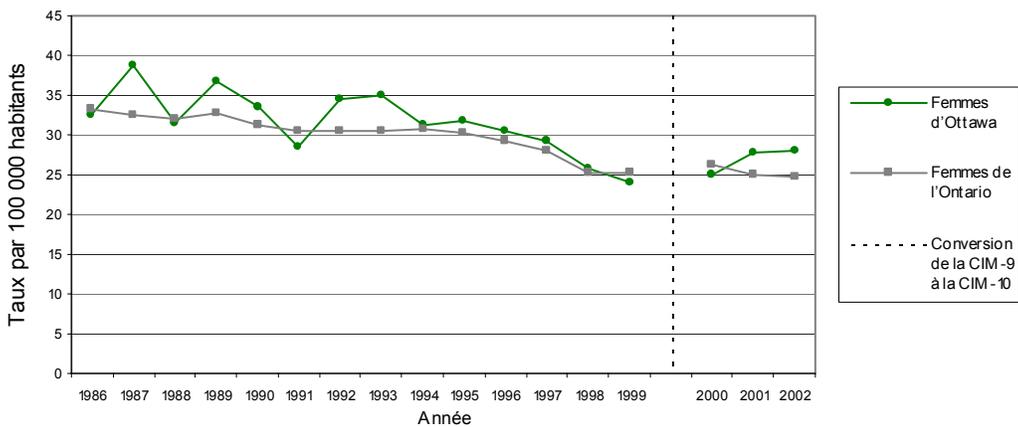
Les taux de mortalité associée au cancer du sein ont diminué entre 1993 et 1999, à Ottawa comme dans le reste de l'Ontario. Cette baisse respecte l'objectif de santé publique de l'Ontario visant à réduire la mortalité attribuable au cancer du sein de 10 % d'ici 2010.²⁵ En 2002, le taux de mortalité du cancer du sein à Ottawa, standardisé selon l'âge, était de 28 décès par 100 000 habitants (figure 6.8).

Figure 6.7 Taux d'incidence du cancer du sein, standardisés selon l'âge, chez les femmes, Ottawa et Ontario, 1986-2002



Source : Action Cancer Ontario, 1986-2002
 Cancer du sein (CIM-9 : 174-175, CIM-10-CA : C50)
Données : Les taux d'incidence sont standardisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 1991

Figure 6.8 Taux de mortalité du cancer du sein, standardisés selon l'âge, chez les femmes, Ottawa et Ontario, 1986-2002



Source : Action Cancer Ontario, 1986-2002
 Cancer du sein (CIM-9 : 174-175, CIM-10-CA : C50)
Données : Les taux de mortalité sont standardisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 1991

Dépistage du cancer du sein

Il a été démontré que le dépistage du cancer du sein réduit le taux de mortalité causée par la maladie.⁴³ Les méthodes de dépistage du cancer du sein incluent la mammographie et l'examen clinique des seins par un professionnel de la santé.

La mammographie a pour but de déceler le cancer du sein le plus tôt possible pour assurer l'efficacité du traitement. La mammographie est une technique d'imagerie qui utilise les rayons X pour produire une image de la structure interne du sein. Elle permet de déceler des tumeurs ou des changements anormaux dans les tissus mammaires avant qu'on puisse les détecter par d'autres méthodes, dont l'auto-examen des seins. La Société canadienne du cancer recommande aux femmes de 50 à 69 ans de subir une mammographie tous les deux ans.⁴⁴

En 2003, 93,7 % des femmes de 50 à 74 ans à Ottawa ont déclaré avoir déjà subi une mammographie, et 76,9 % ($\pm 11,2\%$) d'entre elles ont affirmé l'avoir fait au cours des deux dernières années.⁴¹ La proportion de femmes âgées de 50 à 74 ans à Ottawa qui ont été soumises à un dépistage par mammographie a augmenté entre 2001 et 2003, mais pas de manière significative (tableau 6.7).

Tableau 6.7 : Proportion de femmes (50-74 ans) qui ont déjà passé un test de dépistage du cancer du sein par la mammographie et qui l'on fait au cours des deux dernières années, Ottawa et Ontario, 2001 et 2003

	Ottawa (%, IC de ± 95 %)		Ontario (%, IC de ± 95 %)	
	2001	2003	2001	2003
Ont déjà passé une mammographie	81,8 \pm 13,7	93,7 \pm 6,5	82,1 \pm 3,7	90 \pm 2
Ont passé une mammographie au cours des deux dernières années	71,4 \pm 16,1	76,9 \pm 11,2	62,3 \pm 4,5	64,7 \pm 3,9

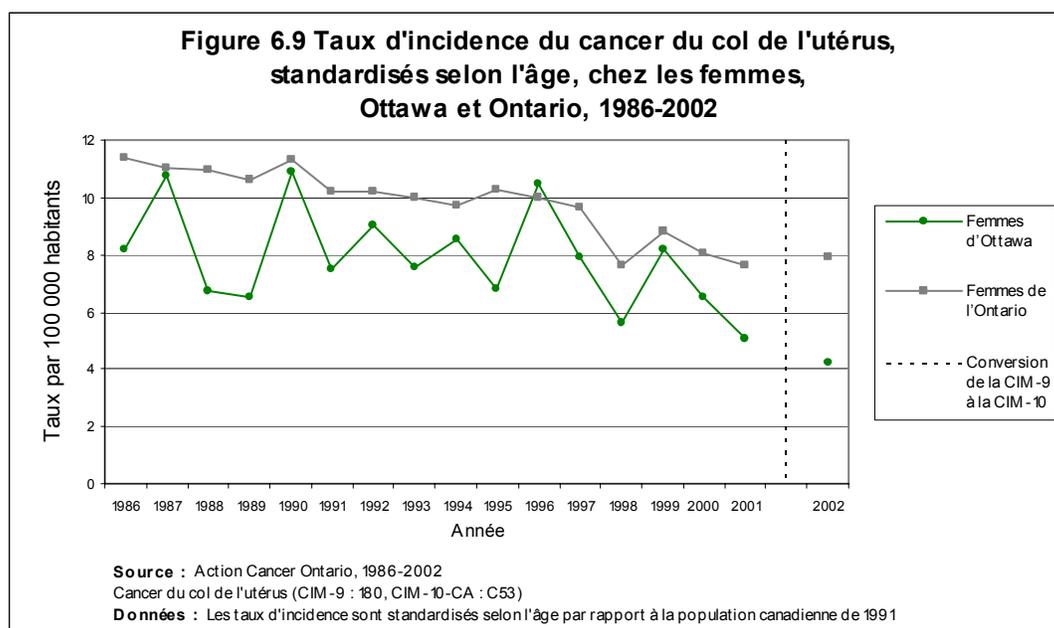
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2003, données partagées, Gestion des connaissances et communication de l'information, MSSLD (Ontario)

Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) encourage les femmes de plus de 50 ans à se soumettre à une mammographie systématiquement tous les deux ans et offre des tests de dépistage du cancer du sein à quatre endroits différents à Ottawa. L'objectif de la Province en matière de santé publique est d'augmenter de 70 % la proportion des femmes de 50 à 69 ans qui passent une mammographie de dépistage par l'entremise du PODCS d'ici 2010.²⁵ En 2003, 71,6 % ($\pm 7,1$ %) de femmes appartenant à ce groupe d'âge à Ottawa ont affirmé avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années.⁴¹

Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers les plus évitables en raison du dépistage précoce rendu possible par le test de Papanicolaou (test de Pap).⁴⁵ Les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus comprennent les suivants : infection par le papillomavirus, infection par le virus du VIH, âge plus avancé (de 40 à 59 ans), partenaires sexuels multiples, jeune âge à la première relation sexuelle et tabagisme.^{45,46}

Les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes à Ottawa, standardisés selon l'âge, ont considérablement diminué, passant de 10,5 par 100 000 habitants en 1996 à 4,2 en 2002 (figure 6.9).



Depuis 1986, les taux de mortalité associée au cancer du col de l'utérus chez les femmes d'Ottawa ont fluctué. En 2002, le taux standardisé selon l'âge à Ottawa était de 0,8 par 100 000 habitants. L'Ontario visait à réduire de moitié la mortalité due au cancer du col de l'utérus d'ici 2005.²⁵

Dépistage précoce du cancer du col de l'utérus

Les Lignes directrices sur la pratique pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en Ontario recommandent que toutes les femmes qui sont ou ont déjà été actives sexuellement passent un

examen de dépistage du cancer du col de l'utérus, et ce, dans les trois années suivant la première activité sexuelle vaginale. Le dépistage du cancer du col de l'utérus doit être effectué chaque année jusqu'à ce qu'il y ait trois tests de Pap négatifs consécutifs, après quoi le dépistage devrait se poursuivre tous les deux ou trois ans.⁴⁷

En 2003, le pourcentage de femmes âgées de 18 à 29 ans qui ont déclaré avoir déjà passé un test de Pap s'élevait à 72,6 % ($\pm 8,6$ %), ce qui était comparable à la situation en Ontario. Or, ce résultat est inférieur à l'objectif de l'Ontario, qui est de porter le pourcentage de femmes ayant subi un test de Pap à 95 % d'ici 2010. La proportion de femmes de 30 à 70 ans à Ottawa qui ont signalé avoir déjà subi un test de Pap (96,5 % $\pm 1,8$ %) répondait à l'objectif de l'Ontario en 2003 (tableau 6.8).⁴¹

En 2003, la proportion de femmes de 18 à 29 ans qui ont déclaré avoir passé un test de Pap au cours des trois dernières années s'élevait à 69,7 % ($\pm 8,8$ %), taux similaire à celui de la province. Cette proportion est inférieure à l'objectif de l'Ontario, qui vise à porter à 85 % le pourcentage de femmes ayant subi un examen de dépistage selon les directives de l'Ontario Cervical Screening Collaborative Group. La proportion de femmes de 30 à 70 ans à Ottawa qui ont déclaré s'être soumises à un test de Pap au cours des trois dernières années (88,6 % $\pm 2,9$ %) répondait à l'objectif de l'Ontario en 2003 (tableau 6.8).⁴¹

Tableau 6.8 : Proportion de femmes qui ont déjà passé un test de Pap et qui en ont subi un au cours des trois dernières années pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (par groupe d'âge), Ottawa et Ontario, 2001 et 2003

Femmes de 18 à 29 ans :				
	Ottawa (%, IC de ± 95 %)		Ontario (%, IC de ± 95 %)	
	2001	2003	2001	2003
	Ont déjà passé un test de Pap	70,5 \pm 7,3	72,6 \pm 8,6	75,2 \pm 2,3
Ont passé un test de Pap au cours des trois dernières années	67,4 \pm 7,7	69,7 \pm 8,8	71,9 \pm 2,4	66,9 \pm 2,8
Femmes de 30 à 70 ans :				
	Ottawa (%, IC de ± 95 %)		Ontario (%, IC de ± 95 %)	
	2001	2003	2001	2003
	Ont déjà passé un test de Pap	96,9 \pm 1,6	96,5 \pm 1,8	92,7 \pm 1
Ont passé un test de Pap au cours des trois dernières années	90,3 \pm 2,7	88,6 \pm 2,9	83,5 \pm 1,2	83,2 \pm 1,2

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001 et 2003

Remarque : Les femmes qui ont reçu une hystérectomie quelconque sont exclues.

Autres problèmes de santé chroniques graves

La présente section du rapport porte essentiellement sur les taux d'hospitalisation entre 1996 et 2004 et les taux de mortalité de 1986 à 2002 attribuables à d'autres problèmes de santé chroniques graves à Ottawa, par rapport à l'Ontario. Veuillez consulter les tableaux 6.9 et 6.10 pour obtenir une liste des taux d'hospitalisation et de mortalité standardisés selon l'âge pour les principales affections chroniques touchant les résidents d'Ottawa.

Tableau 6.9 : Sommaire des taux d'hospitalisation, standardisés selon l'âge*, attribuable à certains problèmes de santé chroniques, Ottawa et Ontario, 2004

Taux d'hospitalisation (cas par 100 000 habitants)						
	Total d'Ottawa	Total d'Ontario	Hommes d'Ottawa	Hommes d'Ontario	Femmes d'Ottawa	Femmes d'Ontario
Toutes les maladies du système circulatoire	725,8	984,6	998,7	1284,3	502,4	725,3
Cardiopathie ischémique	326,1	441,4	501,8	630,7	178,9	273,6
Maladie pulmonaire obstructive chronique	147,3	161,2	156,2	191,7	146,1	142,9
Accident vasculaire cérébral	101,7	121,3	111,2	143,1	93,4	103,4
Diabète	52,9	86,9	60,5	100,4	46,3	75,2
Asthme	38,5	73,5	38,0	77,5	38,4	68,4

Source : Hospital In-patient Data 2004, Provincial Health Planning Database (PHPDB); extrait le 29 décembre 2005, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

*Les taux d'incidence sont standardisés selon l'âge par rapport à la population de 1991.

Tableau 6.10 : Sommaire des taux de mortalité, standardisés selon l'âge*, de certains problèmes de santé chroniques, Ottawa et Ontario, 2002

Taux de mortalité (décès par 100 000 habitants)						
	Total d'Ottawa	Total d'Ontario	Hommes d'Ottawa	Hommes d'Ontario	Femmes d'Ottawa	Femmes d'Ontario
Toutes les maladies du système circulatoire	182,1	200,3	224,7	266,8	150,8	157,9
Cardiopathie ischémique	104,2	114,6	132,7	163,7	82,2	82,4
Maladie pulmonaire obstructive chronique	34,7	41,9	36,9	48,5	33,0	37,9

Taux de mortalité (décès par 100 000 habitants)						
	Total d'Ottawa	Total d'Ontario	Hommes d'Ottawa	Hommes d'Ontario	Femmes d'Ottawa	Femmes d'Ontario
Accident vasculaire cérébral	19,5	21,5	23,6	32,0	16,4	16,5
Diabète	17,7	23,1	23,6	30,2	13,3	18,6

Source : Ontario Mortality Data 2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB); extrait le 2 février 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

* Les taux d'incidence sont standardisés selon l'âge par rapport à la population de 1991

Bien que ces problèmes de santé chroniques puissent se manifester à tout âge, le fardeau de la maladie se fait plus lourd pour les personnes âgées. Veuillez consulter les tableaux 6.11 et 6.12, où se trouve une liste des taux bruts d'hospitalisation et de mortalité pour certains problèmes de santé chroniques chez les résidents d'Ottawa de 65 ans et plus.

Tableau 6.11 : Sommaire des taux d'hospitalisation bruts pour certains problèmes de santé chroniques (65 ans et plus), Ottawa, 2004

Taux d'hospitalisation (cas par 100 000 habitants)			
	Total	Hommes	Femmes
Toutes les maladies du système circulatoire	4 488,4	5 570,9	3 711,4
Cardiopathie ischémique	1 766,1	2 502,3	1 237,7
Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 085,6	1 110,2	1 067,9
Accident vasculaire cérébral	712,1	704,9	717,3
Diabète	215,6	234,1	202,4
Asthme	18,9	S.O.	32,5

Source : Hospital In-patient Data 2004, Provincial Health Planning Database (PHPDB); extrait le 29 décembre 2005, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

S.O. = Aucune donnée n'est signalée

Tableau 6.12 : Sommaire des taux de mortalité bruts de certains problèmes de santé chroniques (65 ans et plus), Ottawa, 2002

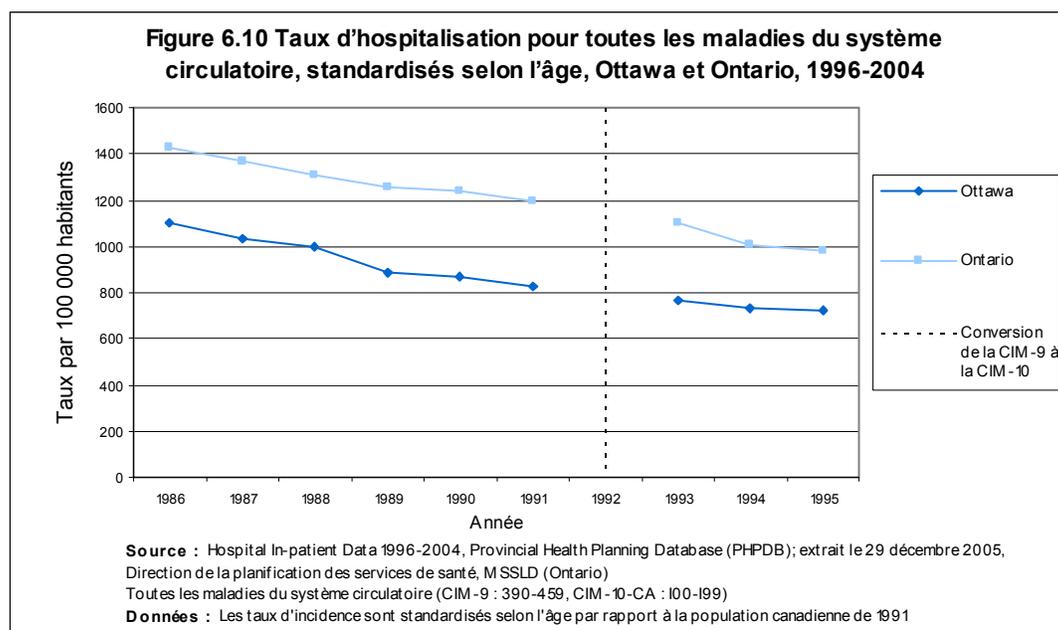
Taux de mortalité (décès par 100 000 habitants)			
	Total	Hommes	Femmes
Toutes les maladies du système circulatoire	1 586	1 594,3	1 580
Cardiopathie ischémique	893,9	934,3	864,7
Maladie pulmonaire obstructive chronique	183,3	186,3	181,2
Accident vasculaire cérébral	322,2	279,5	353
Diabète	147,5	176	127

Source : Ontario Mortality Data 2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB); extrait le 2 février 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

Toutes les maladies du système circulatoire

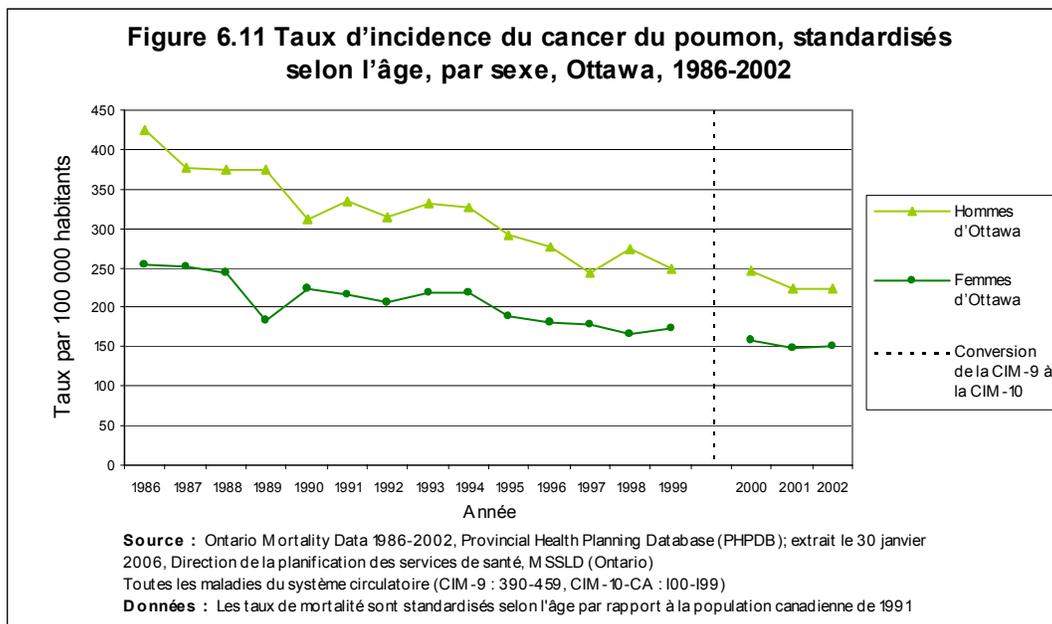
Il existe de nombreux types de maladies touchant le système circulatoire, y compris l'infarctus du myocarde, la cardiopathie ischémique, la cardiopathie valvulaire, la maladie vasculaire périphérique, l'arythmie, l'hypertension artérielle et l'accident vasculaire cérébral. Chaque type présente des caractéristiques, des causes et des facteurs de risque différents. Toutes ces maladies constituent une cause importante de problèmes de santé, d'incapacités et de décès à Ottawa. Les plus grands facteurs de risque des maladies du système circulatoire comprennent le tabagisme, l'hypertension artérielle, la cholestérolémie, l'inactivité physique, l'obésité et le diabète.⁴⁸

Depuis 1996, les taux d'hospitalisation pour toutes les maladies du système circulatoire à Ottawa et en Ontario sont à la baisse. En fait, Ottawa enregistre des taux d'hospitalisation nettement inférieurs à ceux de l'Ontario. En 2004, le taux standardisé selon l'âge à Ottawa était de 725,8 par 100 000 habitants (figure 6.10). Les taux pour toutes les maladies circulatoires ont été beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes.



À Ottawa, les taux de mortalité de toutes les maladies du système circulatoire ont considérablement diminué depuis 1986 et sont comparables à ceux recensés en Ontario. En 2002, leur taux de mortalité standardisé selon l'âge s'élevait à 182,1 décès par 100 000 habitants. Depuis 1986, les taux de mortalité standardisés selon l'âge se sont révélés

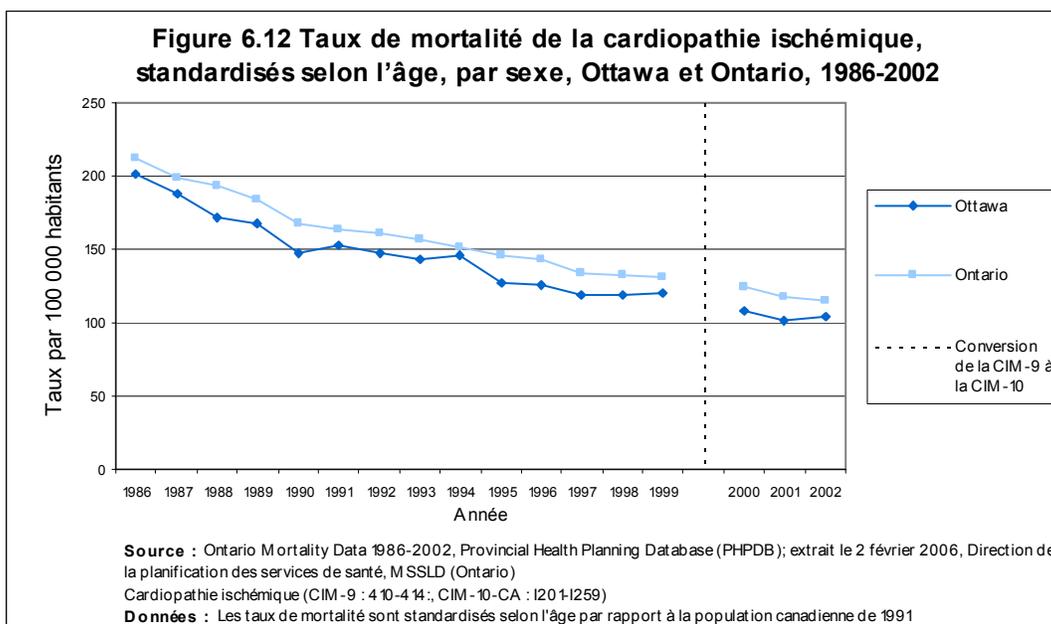
beaucoup plus élevés chez les hommes (figure 6.11), ce qui s'explique par le taux d'incidence supérieur chez les hommes plus âgés.



Maladies du cœur

À Ottawa, les taux d'hospitalisation liée à la cardiopathie ischémique (CI) ont considérablement diminué depuis 1996. En 2004, les taux standardisés selon l'âge à Ottawa (326,1 admissions hospitalières par 100 000 habitants) étaient nettement inférieurs à ceux de l'Ontario (441,4 par 100 000 habitants). Les taux des hommes continuent à surpasser de beaucoup ceux des femmes.

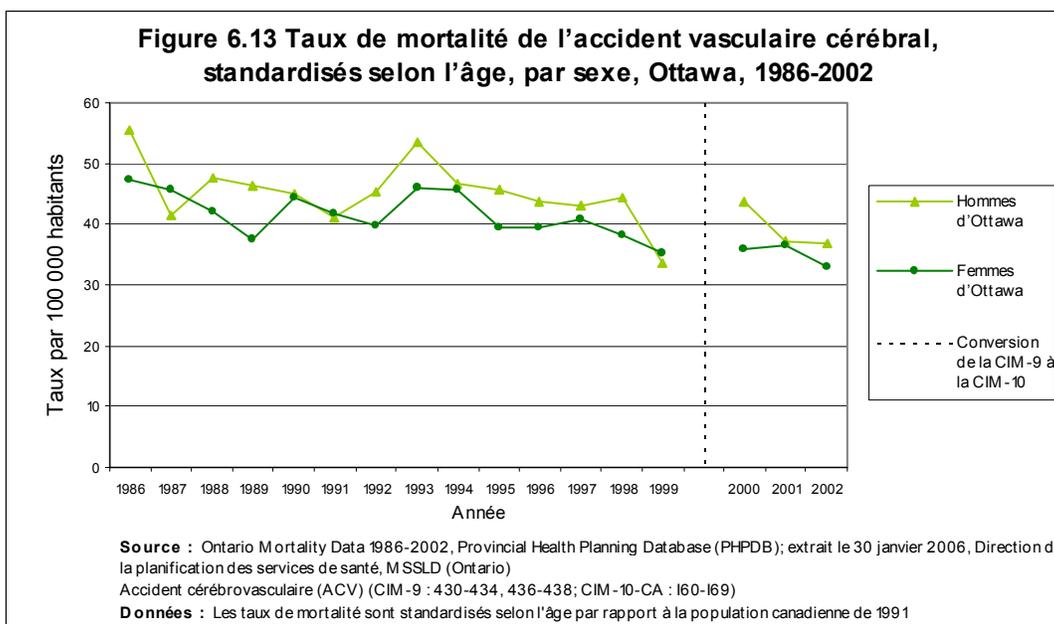
En 2002, la CI constituait la première cause de décès à Ottawa (*consulter la section sur la mortalité et la morbidité globales*). Cependant, les taux de mortalité de la CI ont diminué de façon constante depuis 1986. En 2002, le taux standardisé selon l'âge s'élevait à 104,2 décès par 100 000 habitants, ce qui était comparable à la situation en Ontario (figure 6.12). Ottawa est en voie d'atteindre les objectifs de santé publique de l'Ontario, qui visent à réduire la mortalité due à la cardiopathie ischémique de 25 % d'ici 2010.²⁵ Les taux de mortalité attribuables à la cardiopathie ischémique continuent d'être plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et ils augmentent avec l'âge.



Accident vasculaire cérébral (AVC)

Les taux d'hospitalisation liée à l'accident vasculaire cérébral (AVC) ont fortement décliné depuis 1996. En 2004, le taux standardisé selon l'âge était beaucoup moindre à Ottawa (101,7 admissions hospitalières par 100 000 habitants) qu'en Ontario (121,3 par 100 000 habitants). Depuis 1996, on a enregistré des taux d'hospitalisation standardisés selon l'âge considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

En 2002, l'AVC était la troisième cause sous-jacente de décès chez les résidents d'Ottawa (*consulter la section sur la mortalité et la morbidité globales*). Les décès associés à l'AVC ont principalement touché les groupes plus âgés. Un des objectifs en matière de santé publique en Ontario consiste à réduire la mortalité liée à l'accident vasculaire cérébral de 10 % d'ici 2010.²⁵ Les taux de mortalité de l'AVC standardisés selon l'âge étaient nettement plus bas en 2002 (34,7 décès par 100 000 habitants) qu'en 1986 (50,7 décès par 100 000 habitants). Bien que les taux de mortalité bruts aient été plus élevés chez les femmes à Ottawa, on n'a relevé aucune différence marquée entre les taux de mortalité de l'accident vasculaire cérébral standardisés selon l'âge chez les hommes et chez les femmes à Ottawa depuis 1986 (figure 6.13). La majorité des femmes qui décèdent d'un accident vasculaire cérébral ont 85 ans ou plus.



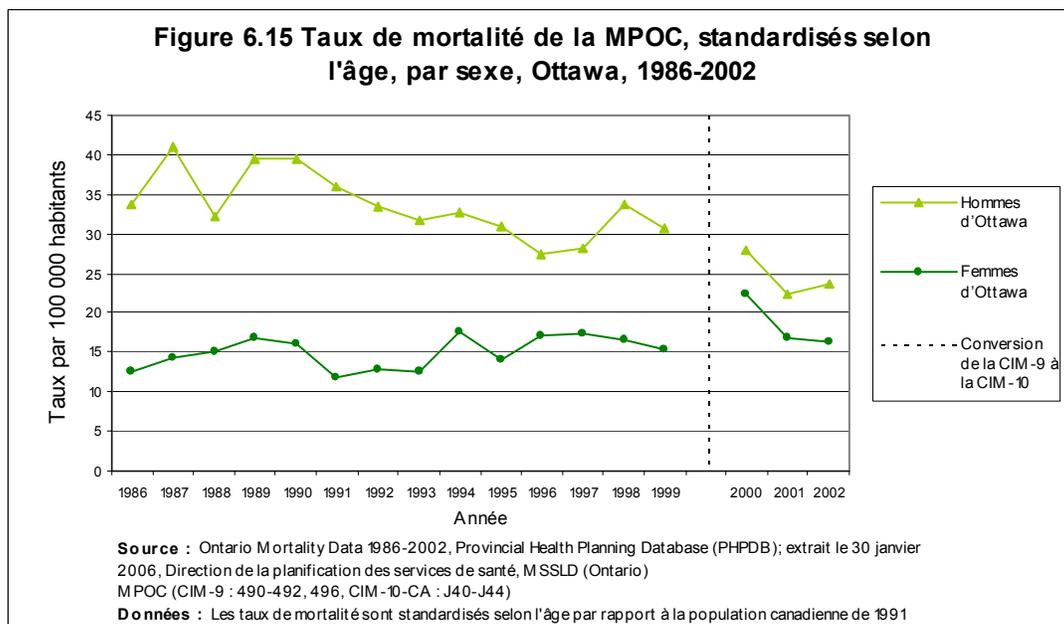
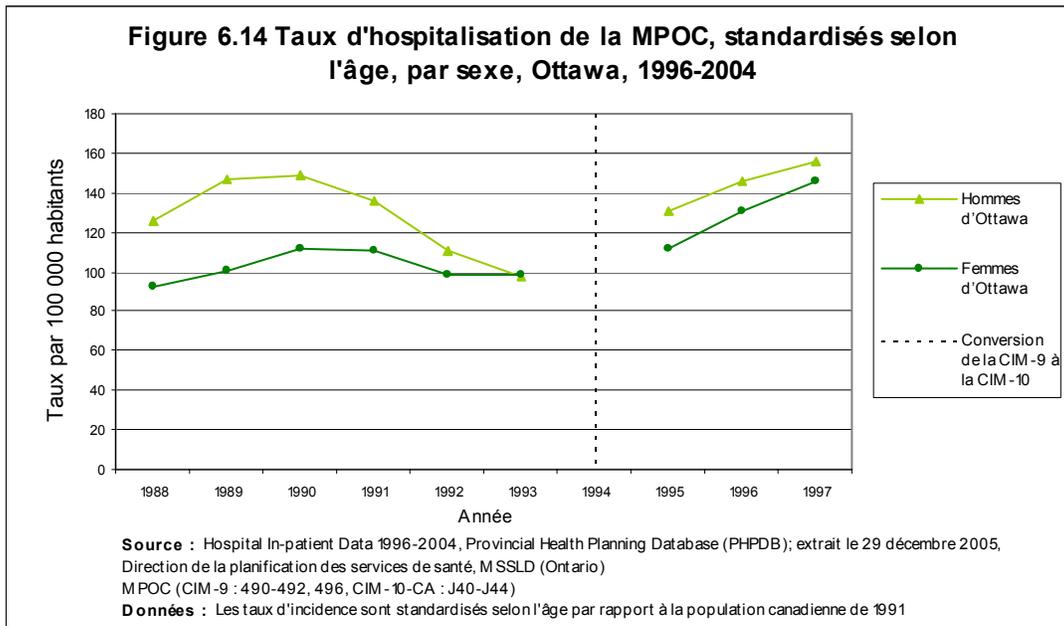
Maladies pulmonaires

Les maladies pulmonaires sont une cause importante de morbidité et de mortalité à Ottawa. En 2002, la maladie pulmonaire obstructive chronique (bronchite, emphysème, asthme et autre bronchopneumopathie chronique obstructive) occupait le cinquième rang des principales causes de décès chez les résidents d'Ottawa (*consulter la section sur la mortalité et la morbidité globales*). Le secteur de la santé publique en Ontario vise à ralentir l'ascension de la mortalité liée à ces maladies respiratoires chroniques.²⁵

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), qui comprend la bronchite et l'emphysème, est une affection respiratoire chronique qui touche surtout les groupes de personnes plus âgées à Ottawa. Au cours des trois dernières années, les taux d'hospitalisation de la MPOC ont commencé à augmenter et, en 2004, le taux standardisé selon l'âge était de 147,3 par 100 000 habitants, à Ottawa, lequel était sensiblement le même qu'en Ontario. Bien que les taux d'hospitalisation standardisés selon l'âge soient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, l'écart n'est pas statistiquement significatif (figure 6.14).

Même si les taux de mortalité bruts de la MPOC chez les hommes n'ont pas diminué, les taux standardisés selon l'âge ont baissé. La réduction de l'écart entre les taux de mortalité chez les hommes et chez les femmes fait écho aux tendances de mortalité pour le cancer du poumon. Ces tendances reflètent les différents comportements adoptés par les hommes et les femmes,

plus particulièrement la diminution de l'usage du tabac chez les hommes et la hausse du tabagisme chez les femmes depuis le milieu des années 1960 jusqu'au début de 1980.⁴⁹ À Ottawa et en Ontario, les taux de mortalité standardisés selon l'âge diffèrent très peu et ont suivi une tendance similaire.



L'asthme est l'un des problèmes de santé chroniques les plus courants chez les enfants. En 2003, environ 10 500* résidents d'Ottawa âgés de 12 à 19 ans ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé (*consulter la section sur la santé des enfants pour connaître les taux d'hospitalisation chez les enfants*). L'asthme est également un problème touchant les adultes. En 2003, environ 49 200 résidents âgés de 20 ans ou plus, à Ottawa, ont signalé avoir reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé.⁴¹

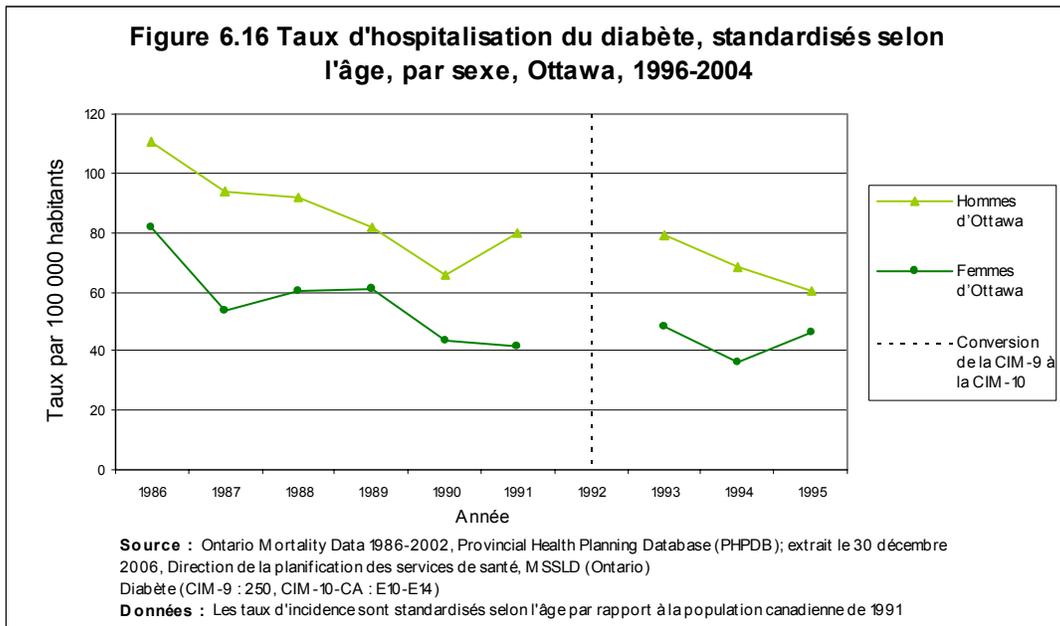
À Ottawa, les taux d'hospitalisation de personnes souffrant d'asthme sont à la baisse depuis 1996 et sont beaucoup moins élevés que ceux de l'Ontario. En 2004, le taux d'hospitalisation pour asthme, standardisé selon l'âge, était de 38,5 par 100 000 habitants à Ottawa et de 73,5 par 100 000 habitants en Ontario. En 2004, les taux d'hospitalisation des femmes et des hommes à Ottawa ne différaient pas.

Diabète

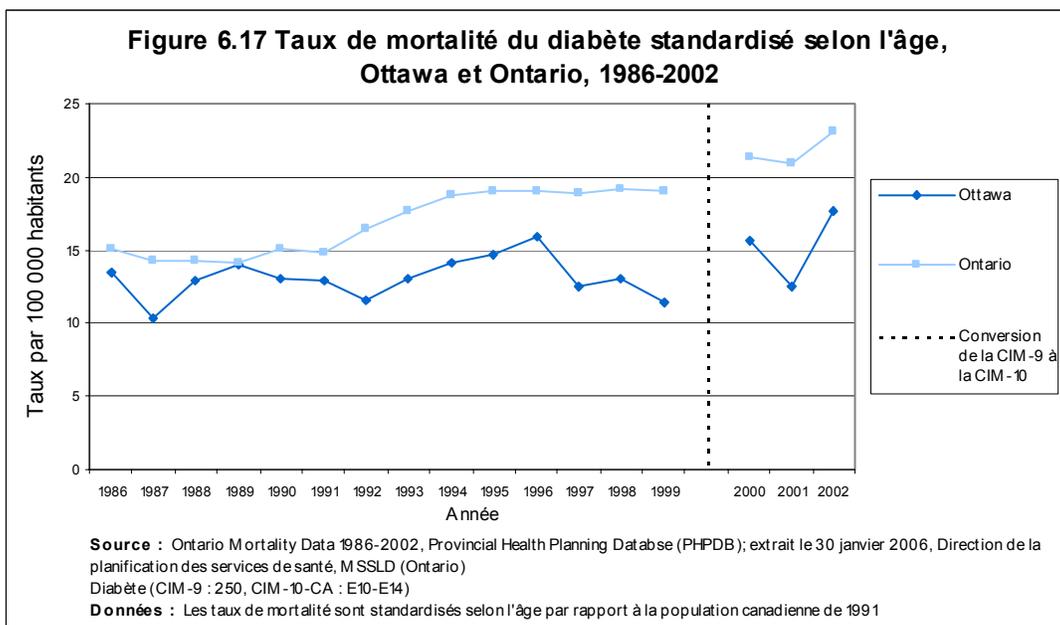
En 2003, environ 29 500 résidents d'Ottawa âgés de 12 ans ou plus ont signalé avoir reçu un diagnostic de diabète d'un professionnel de la santé.⁴¹ Un des objectifs de la santé publique en Ontario consiste à réduire la morbidité associée au diabète. Depuis 1996, les taux d'hospitalisation pour cette maladie (diabète de type 1 et de type 2) ont décliné à Ottawa. Cependant, ces taux ne sont pas représentatifs de la véritable tendance de la morbidité, car on gère la plupart des cas de diabète à domicile ou dans des établissements de santé communautaire. En 2004, le taux d'hospitalisation du diabète, standardisé selon l'âge, était de 52,9 admissions par 100 000 habitants à Ottawa (figure 6.16), ce qui est nettement inférieur au taux de l'Ontario. Les taux d'hospitalisation du diabète, standardisés selon l'âge, sont beaucoup plus importants chez les hommes que chez les femmes à Ottawa.

Le diabète de type 2, qui inquiète beaucoup les professionnels de la santé publique, peut être retardé ou évité au moyen d'exercice régulier et d'une alimentation saine. Entre 2002 et 2004, les taux d'hospitalisation pour le diabète de type 2 à Ottawa, standardisés selon l'âge, étaient beaucoup plus bas que ceux de la province. En 2004, le taux était de 36,9 hospitalisations par 100 000 habitants à Ottawa et de 48 par 100 000 habitants en Ontario. Par ailleurs, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être hospitalisés pour le diabète de type 2.

* Interpréter avec prudence – forte variabilité de l'échantillon



Les taux de mortalité du diabète à Ottawa, bruts et standardisés selon l'âge, sont en hausse depuis 1986. En 2002, le taux de mortalité du diabète standardisé selon l'âge était de 17,7 décès par 100 000 habitants. Le diabète est un problème grandissant qui touche tous les groupes d'âge et, en 2002, il s'est hissé au septième rang des principales causes de décès à Ottawa (consulter la section sur la mortalité et la morbidité globales).



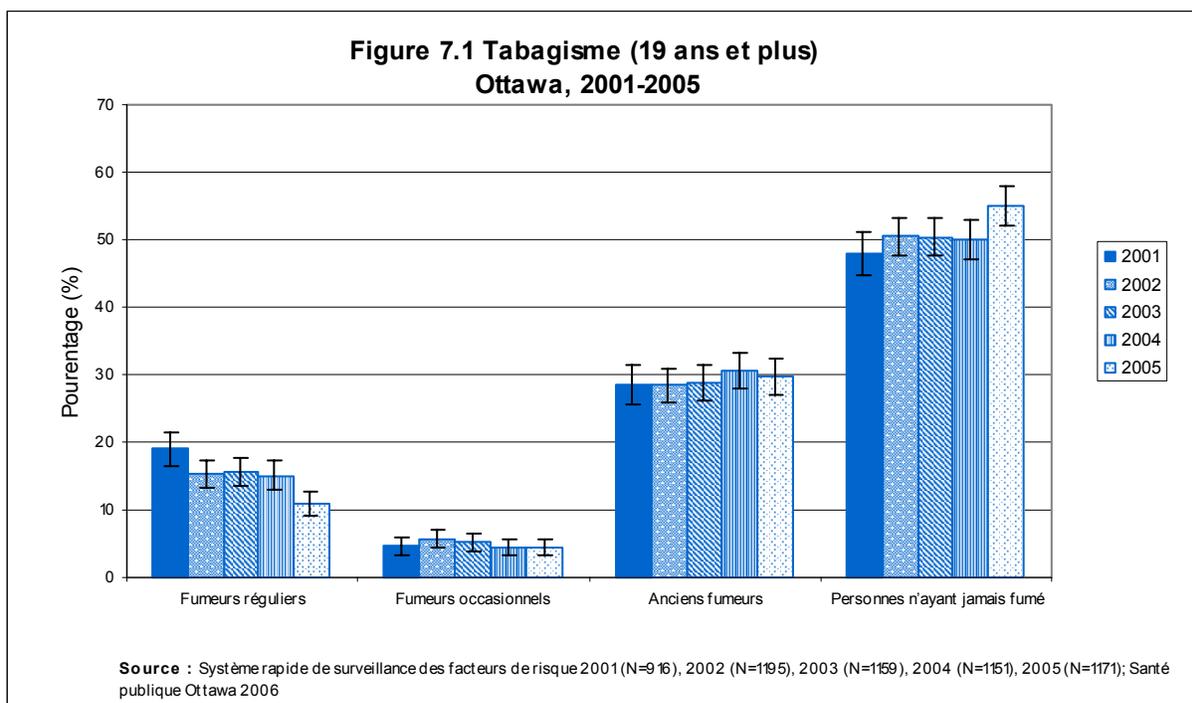
7. Habitudes de vie et santé

Des habitudes comme le tabagisme, l'inactivité physique, la mauvaise alimentation, la consommation d'alcool abusive et l'exposition excessive au soleil sans protection peuvent avoir des effets néfastes sur la santé, et ces habitudes sont associées à des maladies du cœur, au cancer du poumon et à d'autres maladies chroniques. La plupart des facteurs de risque liés à ces comportements et à ces habitudes de vie sont modifiables et évitables. L'Ontario a établi un ensemble d'objectifs en matière d'habitudes de vie et de politiques dans le but ultime de réduire les taux de morbidité et de mortalité prématurées associées à des maladies chroniques évitables. La présente section expose certains des facteurs de risque liés à des habitudes de vie chez la population d'Ottawa et, lorsque c'est possible, établit une comparaison avec l'ensemble de la population de l'Ontario.

Tabagisme

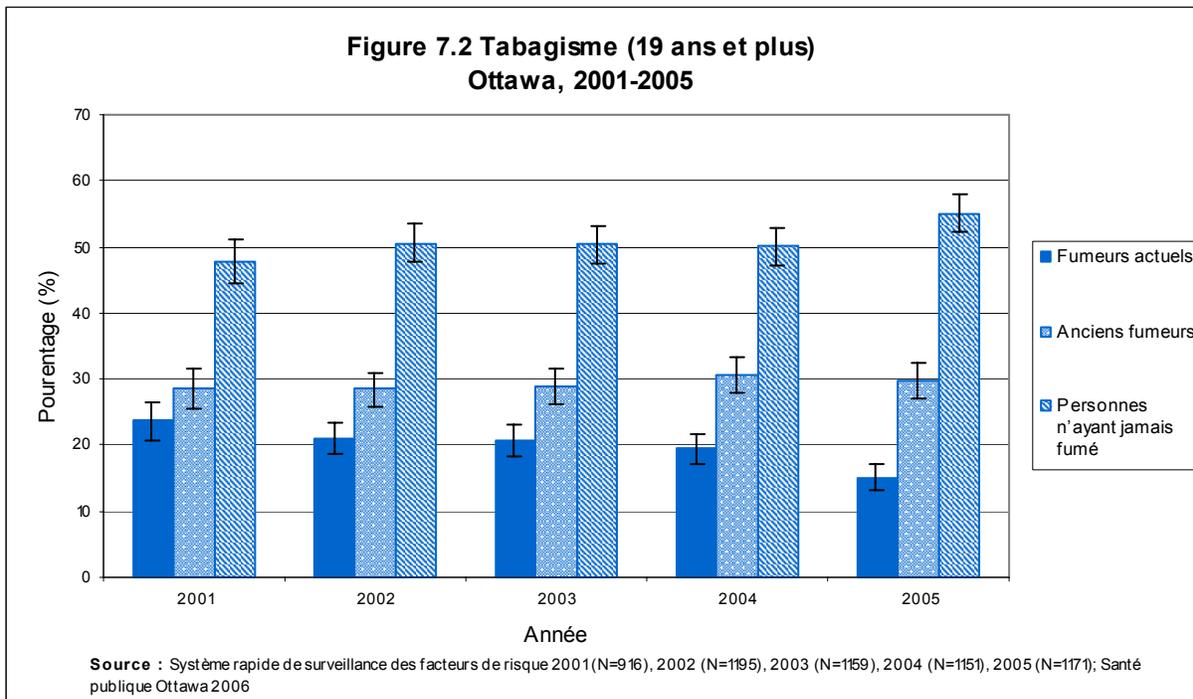
L'usage du tabac demeure la première cause en importance de décès évitables et ses effets néfastes touchent les personnes de tous les âges. Le tabagisme diminue l'état de santé général et nuit à presque tous les organes du corps. Il représente la plus importante cause évitable de cancer du poumon, 85 % de tous les nouveaux cas diagnostiqués au Canada lui étant attribuables. Outre le cancer du poumon, le tabagisme peut causer le cancer des voies respiratoires et du transit œso-gastro-duodéal, notamment le cancer de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage. Les recherches révèlent également que le tabagisme peut contribuer au développement de la leucémie et du cancer de la vessie, de l'estomac, des reins et du pancréas. L'incidence du cancer du col de l'utérus est par ailleurs plus importante chez les fumeuses que chez les non-fumeuses.⁵⁰

Le taux de fumeurs réguliers chez les adultes a diminué considérablement à Ottawa entre 2001 et 2005, passant de 19 % (\pm 2,5 %) à 10,8 % (\pm 1,8 %) (figure 7.1). Un des objectifs de l'Ontario en matière d'habitudes de vie et de politiques visant la réduction des taux de morbidité et de mortalité prématurées dues aux maladies chroniques consistait à ramener à 15 %, en 2005, la proportion de femmes et d'hommes adultes qui fument régulièrement.²⁵ Ottawa a atteint cet objectif en 2004 et l'a surpassé en 2005.



La proportion de fumeurs réguliers est plus forte chez les hommes que chez les femmes, l'écart étant particulièrement marqué en 2005 avec 14,3 % ($\pm 3,1$ %) chez les hommes contre 8,3 % ($\pm 2,1$ %) chez les femmes. Le taux de fumeurs réguliers est également considérablement plus élevé chez les personnes peu scolarisées (diplôme d'études secondaires et niveaux inférieurs) que chez celles ayant reçu une éducation postsecondaire. Au cours des cinq dernières années, les résidents dont la langue maternelle est le français présentaient un taux de fumeurs réguliers plus élevé (16,5 %; $\pm 4,4$ % en 2005) que ceux dont la langue maternelle est l'anglais (10,4 %; $\pm 2,3$ % en 2005), mais cet écart n'est pas statistiquement significatif. Par contre, la proportion d'anciens fumeurs chez les résidents dont la langue maternelle est le français connaît une croissance soutenue depuis 2003 et est considérablement plus élevée que chez ceux dont la langue maternelle est l'anglais.

Depuis 2002, la proportion d'anciens fumeurs est beaucoup plus élevée que la proportion de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) et l'écart continue de se creuser avec le temps (figure 7.2). Cette observation prouve l'efficacité des efforts de lutte contre le tabagisme et, notamment, des mesures suivantes : règlements interdisant l'usage du tabac dans les endroits publics, campagnes médiatiques ciblées visant à sensibiliser le public aux risques que le tabagisme pose à la santé, accès aux services de désaccoutumance au tabac, initiatives de dénormalisation de l'industrie du tabac, programmes jeune-à-jeune et restriction de l'accès des jeunes aux produits du tabac.

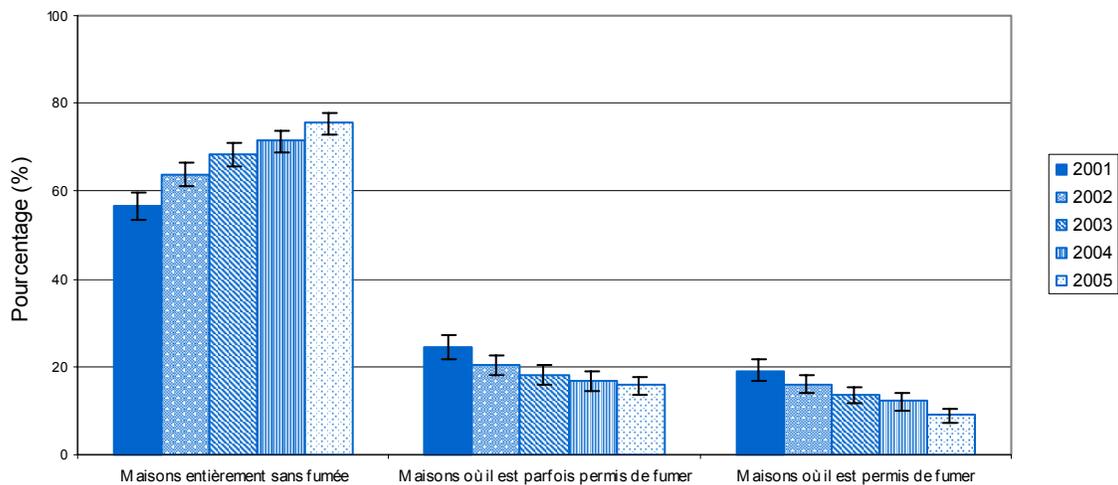


Maisons et voitures sans fumée

De plus en plus, les résidents d'Ottawa se protègent et protègent leur famille des dangers associés à la fumée secondaire en faisant de leur habitation et de leur véhicule des endroits sans fumée. La proportion de maisons sans fumée (à l'intérieur desquelles ni les membres du ménage ni les visiteurs ne fument) à Ottawa a crû considérablement, passant de 56,6 % ($\pm 3,2$ %) en 2001 à 75,4 % ($\pm 2,4$ %) en 2005 (figure 7.3). De même, depuis 2001, la proportion des ménages permettant à l'occasion aux occupants ou aux visiteurs de fumer à l'intérieur de la maison a sensiblement diminué. Un des objectifs de l'Ontario en matière d'habitudes et de politiques visant la réduction des taux de morbidité et de mortalité prématurées dues aux maladies chroniques consiste à augmenter la proportion de maisons sans fumée d'ici 2010.²⁵ Ottawa est sur la bonne voie pour atteindre cet objectif.

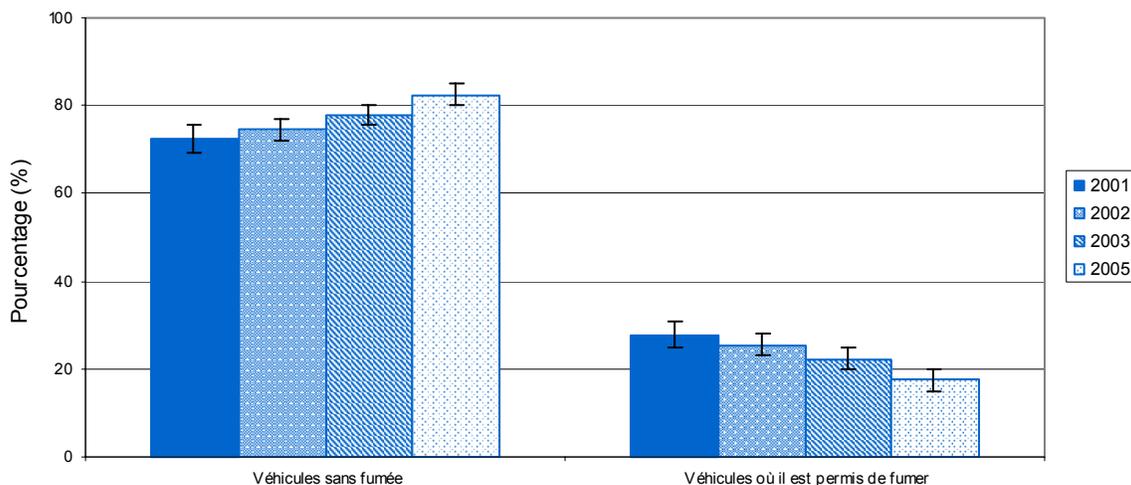
On constate le même seuil de tolérance à l'égard de la consommation de tabac dans les véhicules. La proportion de conducteurs ne permettant pas que l'on fume à l'intérieur de leur véhicule a crû considérablement, passant de 72,4 % ($\pm 3,1$ %) en 2001 à 82,6 % ($\pm 2,3$ %) en 2005 (figure 7.4).²⁴

**Figure 7.3 Maisons sans fumée
Ottawa, 2001-2005**



Source : Système rapide de surveillance des facteurs de risque 2001 (N=929), 2002 (N=1227), 2003 (N=1191), 2004 (N=1192), 2005 (N=1198); Santé publique Ottawa 2006

**Figure 7.4 Tolérance du tabagisme à l'intérieur des véhicules,
Ottawa, 2001-2003, 2005**



Source : Système rapide de surveillance des facteurs de risque 2001 (N=790), 2002 (N=1021), 2003 (N=1137), 2005 (N=1018); Santé publique Ottawa 2006

L'usage du tabac chez les jeunes

Santé publique Ottawa s'est donné pour objectif de réduire le taux de fumeurs actuels chez les jeunes, en le faisant passer à 15 % d'ici 2007 et à 10 % d'ici 2012. La définition de « fumeurs actuels » englobe les fumeurs réguliers et occasionnels.

En 2001, la proportion de fumeurs actuels chez les jeunes était plus faible à Ottawa qu'en Ontario, mais l'écart n'était pas statistiquement significatif. De 2001 à 2003, le taux de tabagisme chez les jeunes à Ottawa est demeuré sensiblement le même et concordait avec celui de l'ensemble de l'Ontario (tableau 7.1).

Tableau 7.1 : Pourcentage de fumeurs actuels chez les jeunes (15-19 ans), Ottawa et Ontario, 2001 et 2003

	2001 (%, IC de \pm 95 %)	2003 (%, IC de \pm 95 %)
Ottawa	17,9 \pm 5,7	20,5* \pm 7,3
Ontario	23,6 \pm 1,9	20,6 \pm 1,9

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, données partagées, Gestion des connaissances et communication de l'information, MSSLD (Ontario)

* Le taux estimé doit être interprété avec prudence en raison de la forte variabilité de l'échantillon.

Fumeurs actuels = fumeurs réguliers et occasionnels

En 2003 et 2005, Santé publique Ottawa, en collaboration avec l'Université de Waterloo, a réalisé un sondage sur le tabagisme auprès d'un échantillon d'élèves du secondaire à Ottawa. Les résultats du sondage révèlent que la proportion de fumeurs actuels dans les écoles secondaires d'Ottawa a diminué considérablement, passant de 20,9 % (\pm 0,6 %) en 2003 à 15,9 % (\pm 0,7 %) en 2005, décroissance observée tant chez les garçons (21,2 %; \pm 0,9 % en 2003 contre 15,9 %; \pm 1,0 % en 2005) que chez les filles (20,6 %; \pm 0,9 % en 2003 contre 15,9 %; \pm 0,9 % en 2005). En outre, cette diminution touche à la fois les fumeurs réguliers (10,2 %; \pm 0,5 % en 2003 contre 7,0 %; \pm 0,5 % en 2005) et les fumeurs occasionnels (10,7 %; \pm 0,5 % en 2003 contre 9,0 %; \pm 0,5 % en 2005).⁵¹ Ottawa devrait être en mesure d'atteindre l'objectif qu'elle s'est fixé pour l'année 2007 en matière de tabagisme chez les jeunes.

Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est un rapport poids-taille pouvant indiquer le risque de problèmes de santé que court une personne. L'IMC est divisé en intervalles associés au risque pour la santé. Le système canadien de classification du poids comporte quatre catégories correspondant aux divers intervalles de l'IMC (tableau 7.2).

Tableau 7.2 : Classification du risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)

Classification	IMC	Risque de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	Inférieur à 18,5	Accru
Poids normal	De 18,5 à 24,9	Moindre
Excès de poids	De 25 à 29,9	Accru
Obésité	30 et plus	D'élévée à très élevée

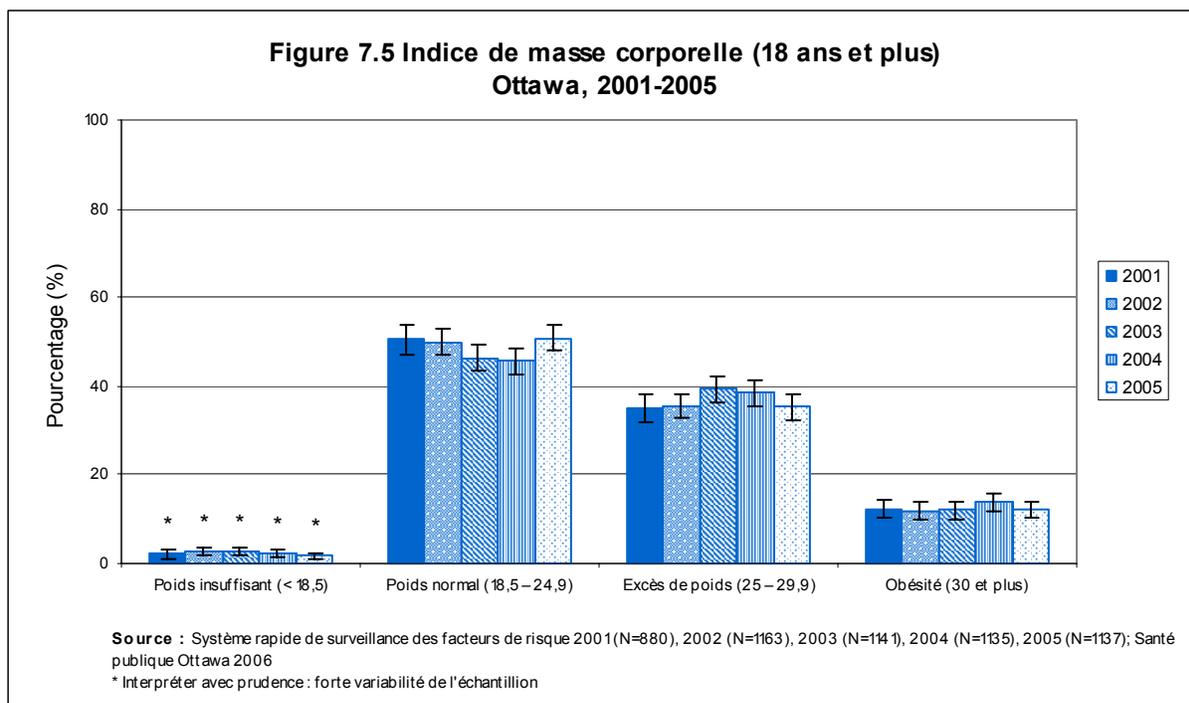
Source : Santé Canada. Nonogramme de l'indice de masse corporelle.

Nota : Ce système de classification ne doit pas être utilisé chez les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent.

La plupart des personnes dont l'IMC correspond aux catégories « excès de poids » ou « obésité » ont un pourcentage élevé de graisse corporelle. Un surplus de masse adipeuse est associé à un risque accru de problèmes de santé, tels que les maladies du cœur, le diabète de type II, l'hypertension, l'arthrose, les maladies de la vésicule biliaire et certains types de cancer.⁵² Un IMC correspondant à la catégorie « poids insuffisant » est associé à un risque accru de problèmes de santé tels que l'ostéoporose, la malnutrition et certains troubles de l'alimentation. Les personnes qui se classent dans la catégorie « poids normal » sont celles qui risquent le moins de développer des problèmes de santé liés au poids. Toutefois, d'autres facteurs tels que les habitudes de vie, la condition physique et la présence ou l'absence de maladies doivent aussi être pris en considération dans l'évaluation du risque individuel.⁵³

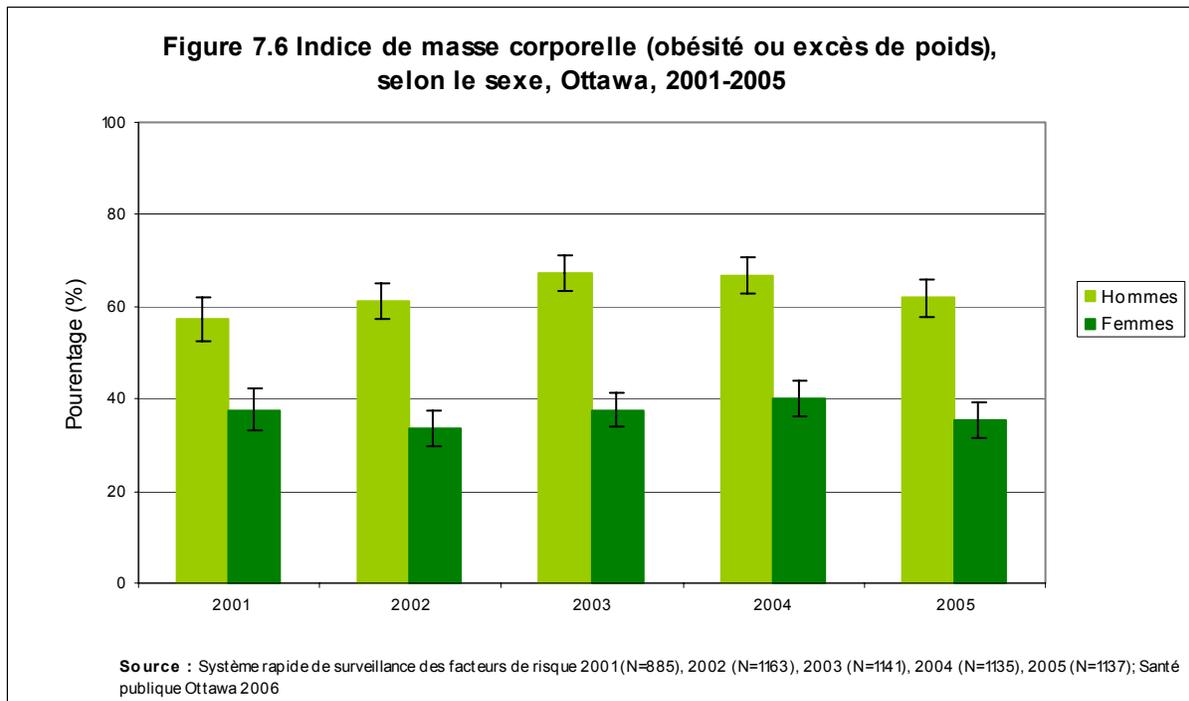
Depuis 2001, la proportion de résidents d'Ottawa de 18 ans et plus indiquant avoir un IMC correspondant au poids normal se maintient à environ 51 % (50,5 %; \pm 3,3 % en 2001 et 50,9 %; \pm 2,9 % en 2005) (figure 7.5).³⁶ L'un des objectifs de Cancer 2020 en matière de poids santé est de réduire à moins de 10 % le taux d'obésité au sein de la population de l'Ontario (qui correspond à un IMC de 30 ou plus).⁵⁴ Bien que la proportion des résidents faisant de l'embonpoint ou étant obèses soit demeuré stable depuis 2001, atteignant 47,5 % (\pm 3,3 %) en 2001 et en 2005 (\pm 2,9 %), il est inquiétant de constater que près de la moitié de la population d'Ottawa souffre d'embonpoint ou d'obésité. Cette observation indique que le risque de développer des problèmes de santé persiste chez la population et ne diminue pas vraiment avec le temps. En outre, comme les données sont fondées sur les mesures de poids et de taille données par les personnes mêmes, et puisque les répondants ont tendance à exagérer leur taille et à amoindrir leur poids, le nombre de personnes souffrant d'embonpoint ou d'obésité est probablement beaucoup plus élevé en réalité.⁵²

Si on la compare avec le reste de la province, la répartition de l'IMC à Ottawa en 2003 est semblable à celle de l'Ontario.⁴¹



Les hommes obèses ou faisant de l'embonpoint sont proportionnellement plus nombreux que les femmes, écart observable sur toute la période allant de 2001 à 2005. La figure 7.6 illustre l'écart entre les sexes dans la catégorie combinant « excès de poids » et « obésité » (57,3 %; ± 4,6 % des hommes en 2001 contre 37,6 %; ± 4,5 % des femmes et 61,9 %; ± 4,2 % des hommes en 2005 contre 35,4 %; ± 3,8 % des femmes). Il importe toutefois de souligner que tous les écarts significatifs d'IMC entre les hommes et les femmes ont été relevés dans la catégorie « excès de poids » et qu'aucun n'a été observé dans la catégorie « obésité ». Jusqu'à 64 ans, la proportion de personnes souffrant d'embonpoint ou d'obésité augmente avec l'âge. Aucun écart significatif n'a été enregistré entre les personnes de langue maternelle ou de niveau de scolarité différents.

Conserver un poids santé n'est qu'une des composantes d'une bonne santé. De mauvaises habitudes de vie comme la malnutrition et les habitudes alimentaires malsaines, un faible niveau d'activité physique et le tabagisme font augmenter le risque de problèmes de santé, même chez les personnes qui se situent dans l'intervalle de « poids normal ».



Poids santé des adolescents

Les enfants ayant un excès de masse adipeuse courent un risque accru de développer des problèmes de santé comme une maladie cardiovasculaire, l'hypertension, un taux élevé de mauvais cholestérol, le diabète de type II de même que des problèmes d'ordre social et psychologique. Le risque de souffrir d'obésité à l'âge adulte est également plus élevé chez les enfants obèses que chez les autres enfants.⁵⁵

Pour surveiller le poids santé et la croissance saine, les catégories d'IMC suivantes ont été établies pour les adolescents de 12 à 17 ans : poids insuffisant (IMC inférieur au 5^e centile des adolescents du même âge), poids normal (du 5^e au 85^e centile), excès de poids (du 85^e au 95^e centile) et obésité (95^e centile et plus)^{56*}

* Les catégories établies par les Centers for Disease Controls and Prevention (CDC) des États-Unis ne sont pas les mêmes que celles recommandées dans la Déclaration conjointe du Canada. Les personnes situées entre le 95^e et le 100^e centiles sont considérées « obèses » au Canada, tandis que selon la définition des CDC, elles ont « un excès de poids ».

À l'image de la population de l'Ontario, 80,4 % ($\pm 6,6$ %) des résidents d'Ottawa âgés de 12 à 17 ans avaient un poids normal en 2003 et 12,1 %* ($\pm 5,3$ %) présentaient un risque d'embonpoint.⁴¹

Activité physique

L'activité physique réduit le risque de morbidité et de mortalité prématurées. Les recherches scientifiques soutiennent fortement le rôle de l'activité physique dans la prévention des maladies et le traitement des affections incapacitantes chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète de type II, l'ostéoporose, l'arthrite, l'obésité et la dépression.^{54,57} L'activité physique diminue également le risque d'obésité, qui constitue l'un des facteurs de risque du cancer.

L'activité physique offre de multiples avantages : elle aide à prévenir diverses maladies, combattre l'anxiété et le stress, maintenir un poids santé, améliorer la condition physique, rehausser la confiance en soi et l'estime de soi, et prolonger la période de vie autonome.⁵⁸

Les organismes provinciaux sont nombreux à soutenir que la santé publique doit mettre l'accent sur l'activité physique. En 1997, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a établi les objectifs suivants en matière d'habitudes de vie dans le but de réduire les taux de mortalité et de morbidité prématurées dues aux maladies chroniques :²⁵

- faire passer à 40 % d'ici 2010 la proportion d'adultes qui font au moins 30 minutes d'activité physique modérée chaque jour de la semaine ou presque;
- faire passer à 60 % d'ici 2010 la proportion de jeunes qui font au moins 30 minutes d'activité physique modérée chaque jour de la semaine ou presque.

En mai 2003, la Société canadienne du cancer et Action Cancer Ontario ont publié le *Rapport sommaire Cancer 2020* comportant des objectifs provinciaux à long terme en matière de diminution des répercussions du cancer en Ontario, de prévention et de dépistage précoce du cancer, ainsi que de surveillance des progrès dans la réduction de l'incidence du cancer et de la mortalité due au cancer en Ontario. Leur objectif relatif à l'activité physique est de porter à 90 % la proportion d'Ontariens qui participent à des activités modérées ou rigoureuses (selon la définition du Guide d'activité physique canadien⁵⁹) presque tous les jours de la semaine, c'est-à-dire :⁵⁴

* Interpréter avec prudence : forte variabilité de l'échantillon

- de 30 à 60 minutes d'activité physique modérée quatre jours par semaine ou
- de 20 à 30 minutes d'activité physique rigoureuse au moins trois jours par semaine.

Tout récemment, en 2005, le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario a publié le document *VIE ACTIVE 2010 – Stratégie en matière de sport et d'activité physique de l'Ontario*. La composante Activité physique met l'accent sur la régression des modes de vie sédentaires et encourage les Ontariens à ajouter davantage d'activités physiques à leur vie quotidienne. La publication fixe un objectif provincial : d'ici 2010, faire passer à 55 % le taux de la population active de l'Ontario. On considère comme « active » une personne dont l'activité physique équivaut à 30 minutes de marche par jour.⁵⁷

Depuis 2003, la Ville d'Ottawa recueille mensuellement, par l'entremise du SRSFR, des données sur les niveaux d'activité physique au moyen de l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). L'IPAQ évalue l'activité physique faite dans le cadre d'un éventail exhaustif de domaines, notamment les loisirs, les travaux ménagers et le jardinage et l'activité physique liée au travail et aux déplacements. Le tableau 7.3 décrit les niveaux d'activité physique de l'IPAQ et leur effet sur la santé.⁶⁰

Tableau 7.3 Niveaux d'activité physique définis par l'IPAQ et effet sur la santé

Niveau d'activité	Indicateur de risque	Description/Critères	Équivaut à :	Effet sur la santé
Élevé	Peu de risque	Au moins 3 000 minutes-MET par semaine réparties sur 7 jours OU 3 000 minutes-MET d'activité rigoureuse par semaine réparties sur au moins 3 jours	Au moins 10 000 pas par jour	Niveau minimal d'activité physique pour réduire le risque d'obésité
Modéré	Faible risque	Au moins 1 500 minutes-MET par semaine réparties sur 7 jours OU 1 500 minutes-MET par semaine réparties sur au moins 3 jours	De 5 000 à 9 000 pas par jour environ	Faible risque de maladie chronique et de maladie coronarienne
Faible	Risque considérable	Au moins 20 minutes d'activité rigoureuse 3 à 6 jours par semaine OU Au moins 30 minutes d'activité modérée ou de marche 5 à 6 jours par semaine OU Combinaison d'activités réparties sur 5 jours par semaine, équivalant à 600 minutes-MET par semaine	De 2 000 à 4 999 pas par jour environ	Risque considérable de maladie chronique et d'obésité

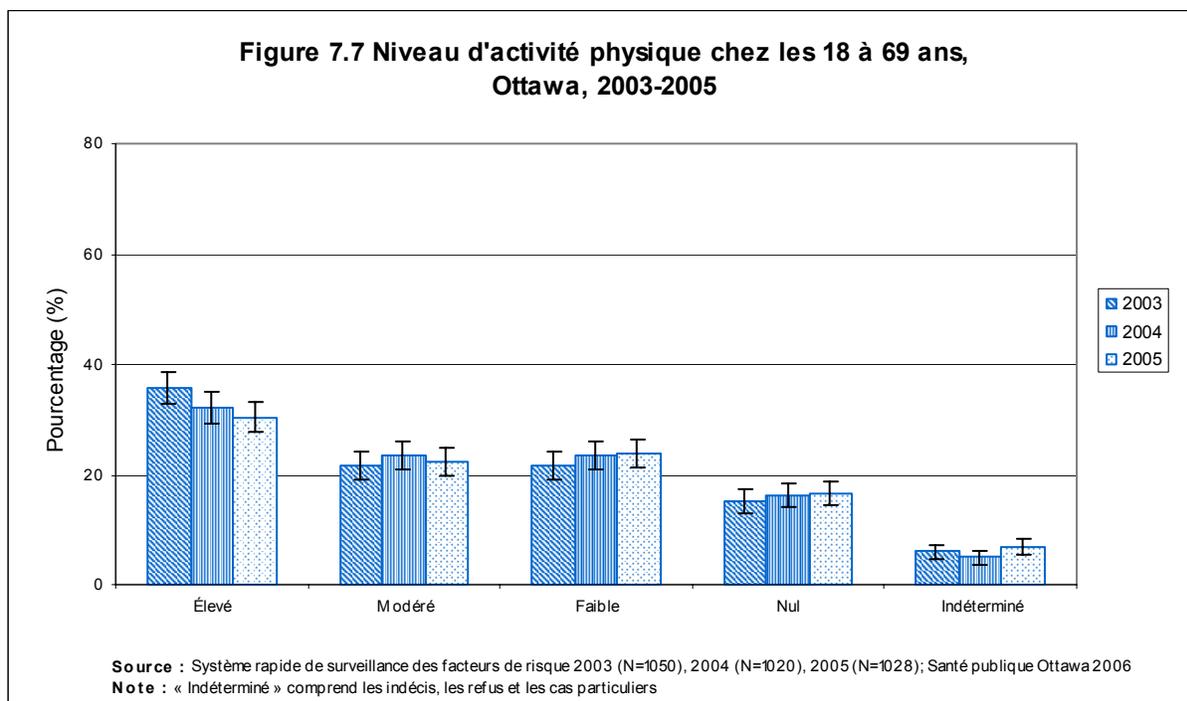
Niveau d'activité	Indicateur de risque	Description/Critères	Équivaut à :	Effet sur la santé
Nul	Risque élevé	Ne répond à aucun des critères ci-dessus.	Moins de 2 000 pas par jour	Risque élevé de mort prématurée due à une maladie cardiovasculaire

Source : Niveaux d'activité physique IPAQ – Communication avec l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie 2004

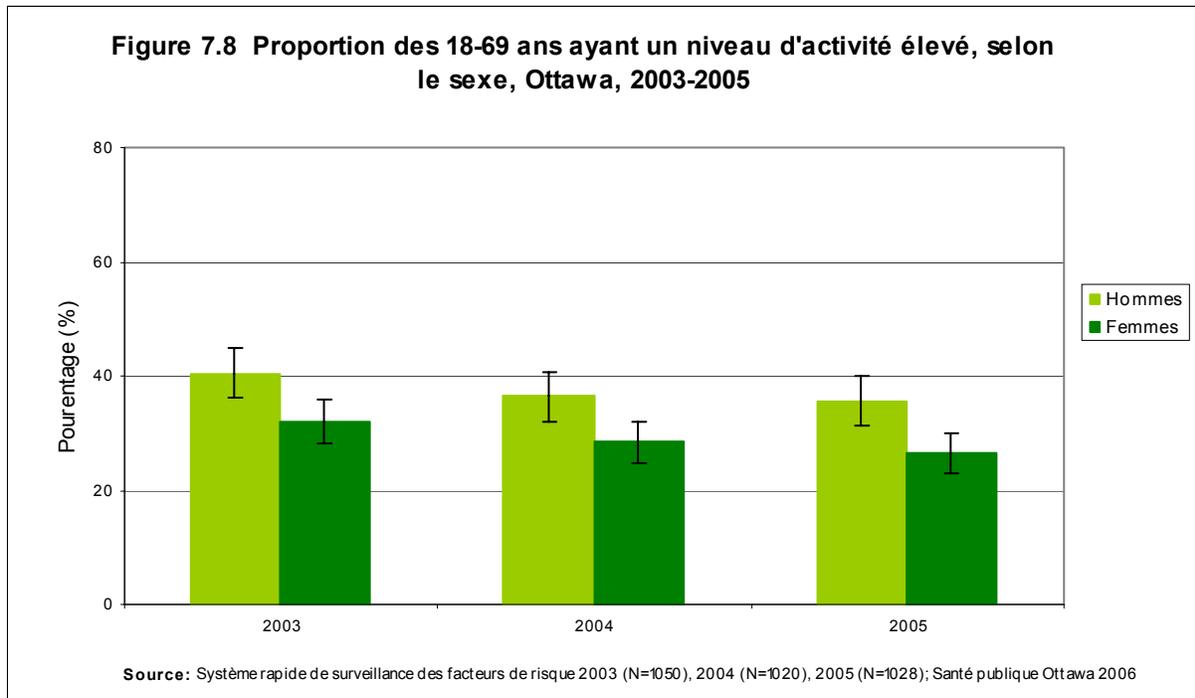
À noter : En novembre 2005 les niveaux d'activité furent modifiés à trois niveaux. Les présentes données ne reflètent pas ces modifications.

En 2005, 30,4 % ($\pm 2,8$ %) des adultes de 18 à 69 ans à Ottawa avaient un niveau d'activité élevé; 22,2 % ($\pm 2,5$ %), un niveau modéré; 23,9 % ($\pm 2,6$ %), un niveau faible; et 16,6 % ($\pm 2,2$ %), un niveau nul.⁶¹

De 2003 à 2005, plus de la moitié des résidents d'Ottawa âgés de 18 à 69 ans ont déclaré avoir un niveau d'activité physique qui ne satisfaisait pas aux exigences des niveaux élevé et modéré. La proportion de résidents qui avaient un niveau élevé d'activité physique en 2003 a diminué en 2005, et la proportion de ceux qui avaient un niveau d'activité faible ou nul en 2003 a augmenté en 2005 (figure 7.7).



En 2003 comme en 2005, une proportion sensiblement plus importante d'hommes que de femmes avaient un niveau d'activité physique élevé (figure 7.8). Aucun écart significatif n'a toutefois été relevé entre les sexes pour les trois autres niveaux. Chez les hommes comme chez les femmes, la proportion ayant déclaré avoir un niveau d'activité faible ou nul était plus forte en 2005 qu'en 2003 et la proportion ayant déclaré avoir un niveau élevé d'activité physique était plus faible en 2005 qu'en 2003.



En 2003 et 2004, la proportion de résidents ayant un niveau d'activité physique élevé différait sensiblement selon le niveau de scolarité. En effet, elle était plus élevée chez les personnes ayant obtenu un diplôme d'études secondaires seulement (44,1 %; \pm 5,4 % en 2003, et 40,6 %; \pm 5,6 % en 2004) que chez celles ayant reçu une formation postsecondaire (31,5 %; \pm 3,5 % en 2003, et 29,2 %; \pm 3,4 % en 2004). La même différence est observable en 2005, mais dans une proportion qui n'est pas statistiquement significative. Aucun écart digne de mention n'a été relevé quant au niveau d'activité physique des personnes selon leur langue maternelle.

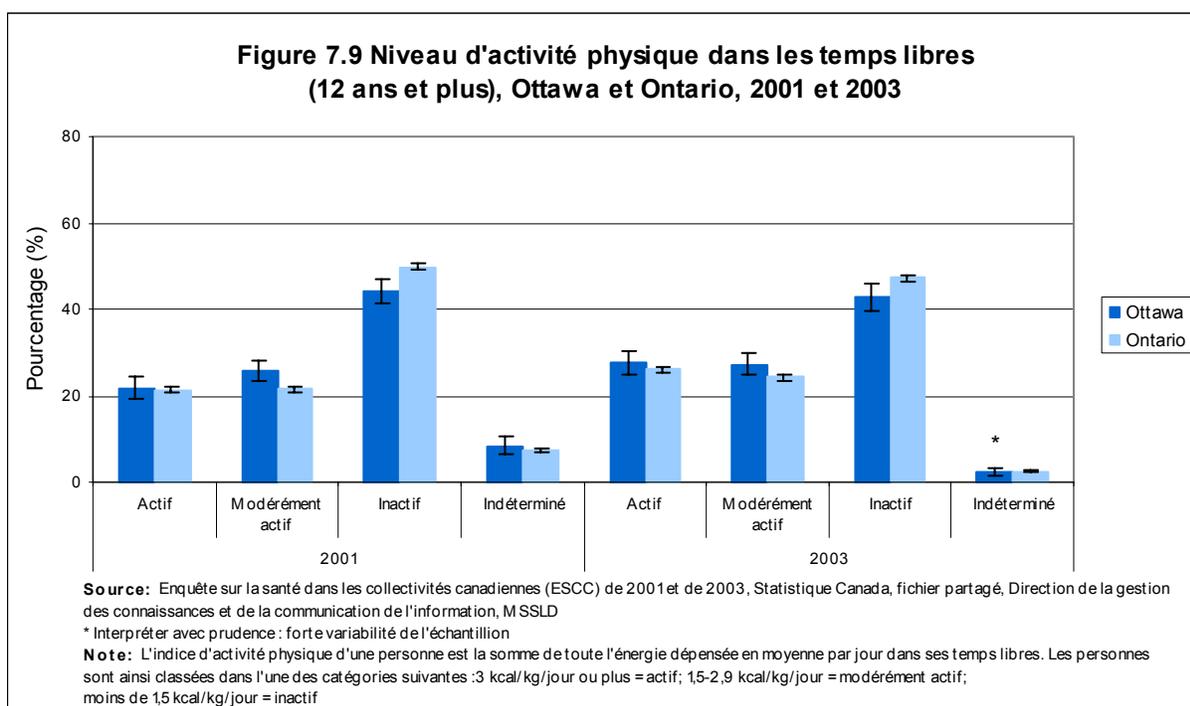
Bien qu'à 50 %, la proportion actuelle de résidents ayant un niveau d'activité élevé ou modéré à Ottawa dépasse les objectifs établis par les lignes directrices de l'Ontario touchant les services obligatoires et correspond à l'objectif général visé dans Vie active 2010, elle est loin de satisfaire aux objectifs de Cancer 2020. En outre, 16 % de la population d'Ottawa a encore un

niveau d'activité physique nul et court un risque élevé de mort prématurée, pourcentage qui est demeuré le même depuis 2003.

Activité physique dans les temps libres

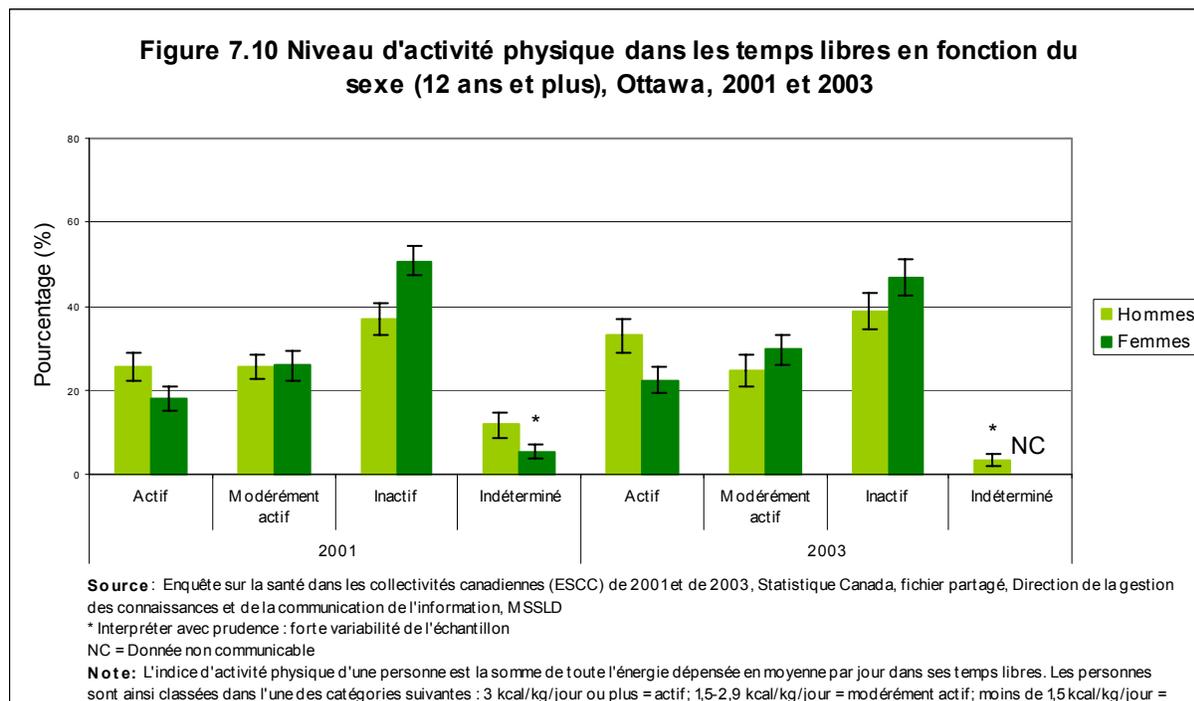
Une autre façon d'évaluer le niveau d'activité physique d'une personne est de mesurer le temps qu'elle consacre à tout type d'activité physique dans ses temps libres.

Le pourcentage de résidents d'Ottawa physiquement actifs dans leurs temps libres a augmenté considérablement entre 2001 (21,8 %; IC de 95 %; $\pm 2,4$ %) et 2003 (27,6 %; IC de 95 %; $\pm 2,6$ %).^{41,62} Par ailleurs, en 2003, la proportion de résidents d'Ottawa physiquement inactifs dans leurs temps libres (42,9 %; IC de 95 %; $\pm 3,1$ %) était sensiblement plus faible qu'au sein de l'ensemble de la population de l'Ontario (47,2 %; IC de 95 %; $\pm 0,7$ %) (figure 7.9).



Par rapport à 2001, la proportion d'hommes actifs dans leurs temps libres (25,7 %; $\pm 3,3$ % en 2001 et 33,1 %; ± 4 % en 2003) est sensiblement plus élevée en 2003 que la proportion de

femmes actives (18 %; ± 3 % en 2001 et 22,4 %; ± 3,2 % en 2003) (figure 7.10).



Transport actif

Le transport actif désigne toute forme de transport, comme le vélo et la marche, où l'énergie est fournie par l'être humain. Le transport actif favorise notamment la santé des personnes et de l'environnement.⁶³

En 2001, 7,6 % des résidents d'Ottawa âgés de 15 ans et plus et faisant partie de la main-d'œuvre se rendaient au travail et en revenaient à pied, et 2,1 % faisaient l'aller-retour en vélo, mais la plupart (68,9 %) utilisaient un véhicule motorisé pour se déplacer entre leur lieu de travail et leur domicile (tableau 7.4).⁶²

Tableau 7.4 Principal mode de transport pour se rendre au travail et en revenir (chez les 15 ans et plus faisant partie de la main-d'œuvre), Ottawa et Ontario, 2001

Principal mode de transport	Ottawa			Ontario		
	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Automobile	68,9	72,6	64,8	80	83,8	75,7
Transport en commun	20,8	17,4	24,7	12,8	9,7	16,3
Marche	7,6	6,8	8,6	5,6	4,6	6,8
Vélo	2,1	2,7	1,3	1	1,4	0,6
Autre	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7

Source : Recensement de 2001, Statistique Canada

En 2005, Santé publique Ottawa, en collaboration avec l'Université de Waterloo, a réalisé un sondage sur l'activité physique auprès d'un échantillon d'élèves du secondaire à Ottawa. Lorsqu'on leur a demandé par quel moyen ils se rendent habituellement à l'école chaque jour, 18,1 % ($\pm 1,0$ %) des élèves ont dit utiliser des modes de transport actifs tels que la bicyclette, la marche, la course et la planche à roulettes; 60,6 % ($\pm 1,3$ %), des modes de transport inactifs tels que le covoiturage et l'autobus; et 21,3 % ($\pm 1,1$ %), une combinaison des modes de transport actifs et inactifs.⁵¹

Bilan énergétique

Le poids d'une personne est déterminé par l'énergie que celle-ci consomme sous forme d'aliments et de liquides (énergie absorbée) et l'énergie qu'elle dépense par l'activité (énergie utilisée).⁵² Ce bilan énergétique est modifié par une série de facteurs, comme la constitution génétique et le milieu socioculturel, physique et économique influant sur les choix personnels relatifs à l'alimentation et au niveau d'activité physique.⁵³ Pour atteindre et maintenir un poids santé, une personne doit avoir une saine alimentation et être suffisamment active physiquement pour atteindre chaque jour un équilibre entre l'énergie qu'elle absorbe et celle qu'elle dépense. Bien que plus de 50 % de la population déclare avoir un niveau d'activité physique qui satisfait aux objectifs de Vie active 2010, de nombreuses personnes souffrent d'embonpoint ou d'obésité, vraisemblablement parce que leur quantité d'« énergie absorbée » excède leur quantité d'« énergie utilisée ». Il importe de souligner que la mesure du niveau d'activité physique et de l'obésité est très complexe et que, considéré isolément, l'IMC peut ne pas constituer une évaluation juste du risque. La relation entre le niveau d'activité physique, l'alimentation et l'obésité étant plutôt difficile à cerner, le recours à une formule multistratégique qui tient compte de l'ensemble des habitudes de vie s'impose.

Nutrition

Une bonne alimentation est essentielle à la croissance et au développement normaux et un régime équilibré peut constituer un facteur important dans la réduction des risques de maladies et d'états chroniques, comme la cardiopathie, le cancer, l'obésité, l'hypertension, l'ostéoporose, le diabète, l'anémie, la carie et certains troubles intestinaux. La consommation d'aliments sains peut aussi procurer un bien-être général et aider une personne à avoir une plus belle apparence, à se sentir plus en forme et à donner un meilleur rendement. Dans le but d'aider la population à faire des choix avisés en matière d'alimentation, le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* fournit des renseignements détaillés sur les portions quotidiennes recommandées pour chaque groupe alimentaire et montre comment acquérir et conserver des habitudes alimentaires saines.⁶⁴ Selon le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, il est possible de bien s'alimenter en adoptant les comportements suivants :

- consommer une grande variété d'aliments;
- accorder une grande importance aux céréales, aux pains et aux autres produits céréaliers, ainsi qu'aux légumes et aux fruits;
- opter pour les produits laitiers faibles en gras, les viandes maigres et les aliments préparés avec la plus faible quantité de gras possible;
- atteindre et maintenir un poids santé en faisant de l'activité physique régulièrement et en mangeant sainement;
- limiter sa consommation de sel, d'alcool et de caféine.

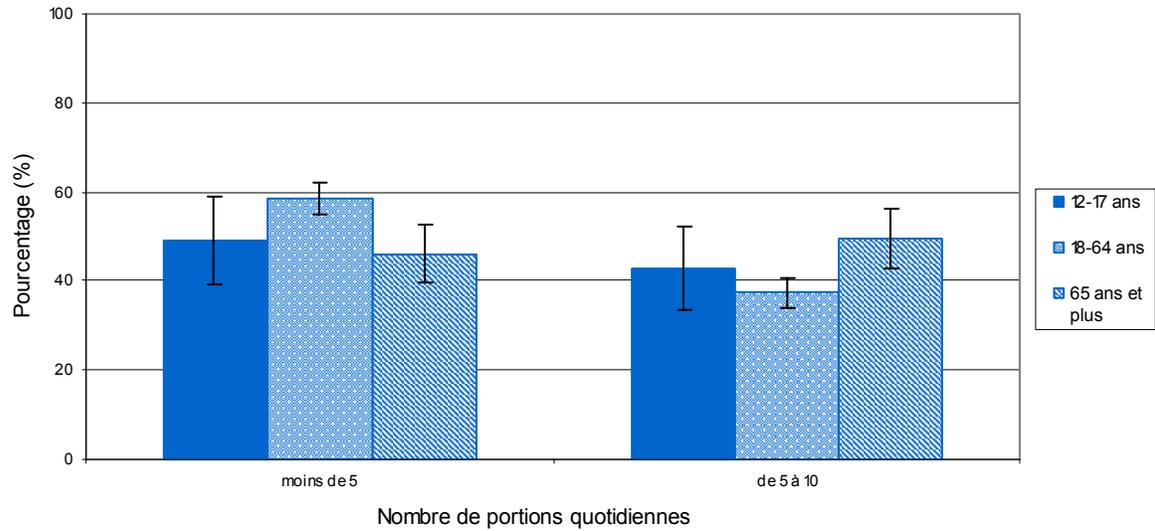
Consommation de fruits et de légumes

Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* recommande aux personnes âgées de quatre ans et plus de consommer de cinq à dix portions de fruits et de légumes par jour.⁶⁴

En 2003, plus de la moitié des résidents d'Ottawa (56,2 %; \pm 3,1 %) consommaient moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour, tandis que 39,2 % (\pm 2,9 %) en mangeaient le nombre de portions recommandées.⁴¹ Ces chiffres sont comparables à ceux de la population ontarienne pour la même année. La proportion de résidents d'Ottawa âgés de 12 ans et plus qui mangent au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement se situe en deçà de l'objectif de la Province en matière de santé publique, qui consiste à faire en sorte que 75 % des Ontariens âgés de quatre ans et plus consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour d'ici 2010.²⁵

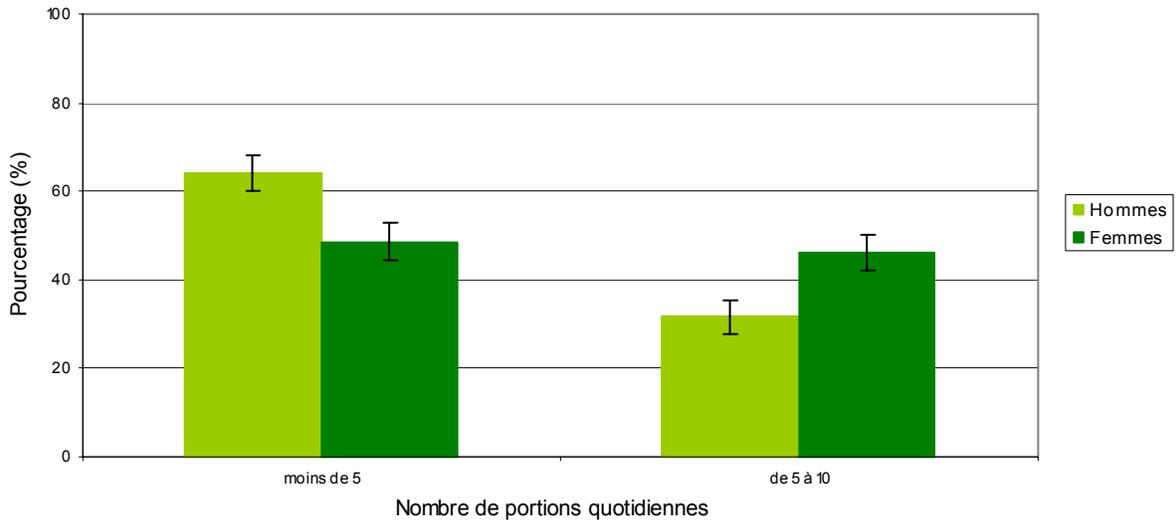
En 2003, la proportion de résidents d'Ottawa consommant quotidiennement de cinq à dix portions de fruits et de légumes était de 42,9 % (\pm 9,4 %) chez les 12 à 17 ans; de 37,3 % (\pm 3,3 %) parmi les 18 à 64 ans; et de 49,5 % (\pm 6,6 %) chez les aînés (65 ans et plus) (figure 7.11).⁴¹

Figure 7.11 Consommation quotidienne de fruits et de légumes, selon le groupe d'âge, Ottawa, 2003



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, Statistique Canada, fichier partagé, Direction de la gestion des connaissances et de la communication de l'information, MSSLD de l'Ontario (N=1845)

Figure 7.12 Consommation quotidienne de fruits et de légumes (12 ans et plus), selon le sexe, Ottawa, 2003



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, Statistique Canada, fichier partagé, Direction de la gestion des connaissances et de la communication de l'information, MSSLD de l'Ontario (N=1845)

Toujours en 2003, les femmes (46,2 %; \pm 4,1 %) étaient beaucoup plus nombreuses que les hommes (31,8 %; \pm 3,9 %) à consommer chaque jour le nombre recommandé de portions de fruits et légumes (figure 7.12).

À votre santé! Programme de restaurants santé et programme pour les cafétérias d'école

Le programme de restaurants santé et le programme pour les cafétérias d'école, tous deux issus de l'initiative À votre santé!, favorisent les choix d'aliments sains et encouragent les gens à atteindre un poids santé en vue de réduire le nombre de cas de maladies chroniques et d'intoxications alimentaires en Ontario. La reconnaissance d'un restaurant, d'une école ou d'une cafétéria dans un lieu de travail par le programme À votre santé! garantit à la clientèle de l'établissement concerné :⁶⁵

- une variété d'aliments sains, au menu et sur demande;
- le respect de normes élevées en matière de salubrité des aliments;
- l'observation rigoureuse des règlements municipaux sans fumée de la Ville d'Ottawa.

En moyenne, les résidents d'Ottawa vont au restaurant (restaurants rapides et comptoirs de service au volant exclus) à peine plus d'une fois par semaine et mangent des repas rapides (mets chinois, pizza, poulet frit, hamburgers, etc.) moins d'une fois par semaine.³⁶ La majorité d'entre eux (79,0 %; \pm 2,4 %) estiment que l'obtention d'un certificat d'excellence par un établissement influencerait sur leur choix de restaurant.³⁶

En 2005, 60 restaurants, 20 écoles et 11 cafétérias de lieux de travail d'Ottawa ont été reconnus par le programme À votre santé! pour les choix d'aliments sains qu'ils offrent, leur respect des normes en matière de salubrité des aliments et leur observation des règlements municipaux sans fumée de la Ville d'Ottawa.

L'Xcellence, ça se nourrit!

Les écoles sont des lieux tout indiqués où faire la promotion de bonnes habitudes nutritionnelles et favoriser un choix d'aliments sains. Récemment, la présence de distributeurs automatiques dans les écoles a suscité de nombreuses préoccupations, car la plupart des aliments qu'ils contiennent ont une valeur nutritionnelle minimale. Le programme L'Xcellence, ça se nourrit! a été lancé pendant l'année scolaire 2003-2004. En plus d'avoir augmenté la variété de collations santé offertes dans les distributeurs automatiques, il renseigne les élèves et le personnel des écoles sur les choix d'aliments sains grâce à son guide de sélection fondé sur un code de

couleurs. Les résultats préliminaires ont montré que partout où le programme a été implanté, la consommation d'aliments sains a augmenté et les ventes globales se sont maintenues. Le programme s'est vu attribuer une distinction de niveau national et a suscité l'intérêt de collègues, d'universités, de conseils scolaires et d'hôpitaux partout au pays. À l'heure actuelle, le programme L'Xcellence, ça se nourrit! est implanté dans 40 écoles secondaires et 52 établissements récréatifs à Ottawa.

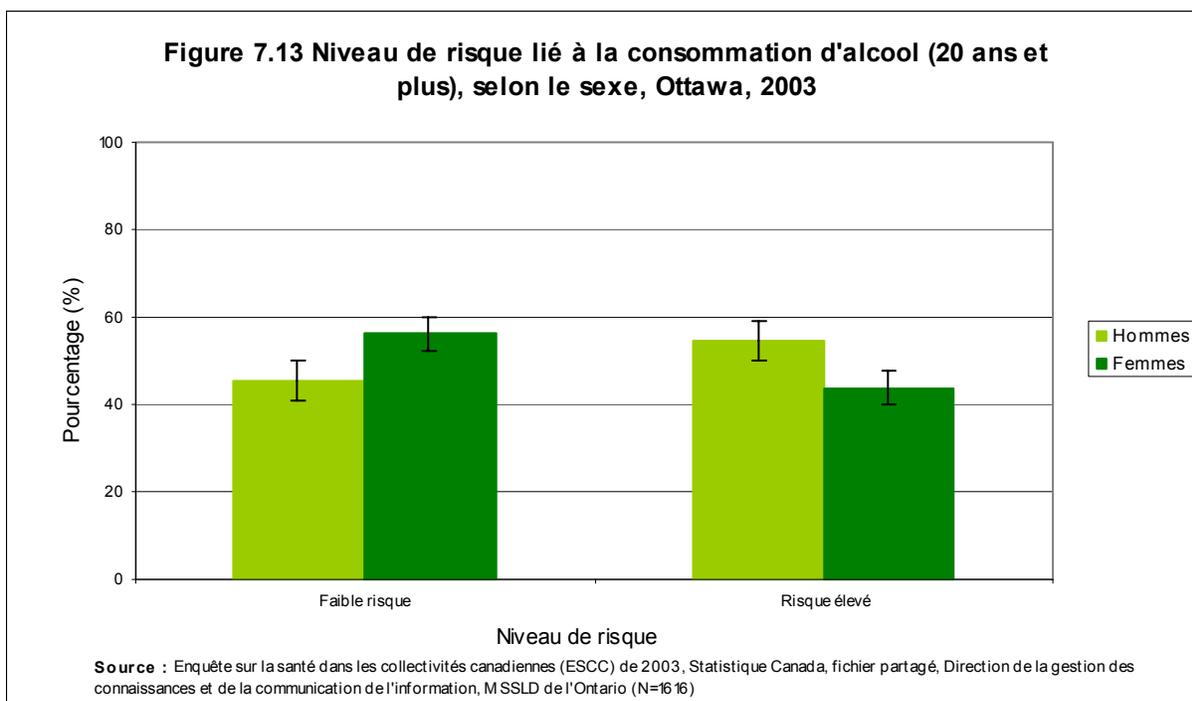
Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est associée à de nombreux problèmes de santé, dont les maladies du foie, divers cancers, certains troubles cardiovasculaires, les traumatismes, les effets sur le fœtus, les excès et la dépendance. La présente section met l'accent sur deux indicateurs de consommation d'alcool : la consommation d'alcool à faible risque et la consommation occasionnelle excessive d'alcool.

Consommation à faible risque

Des chercheurs en médecine et en sciences sociales de l'Université de Toronto et du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) ont élaboré les directives de consommation d'alcool à faible risque, qui recommandent de ne pas boire plus de deux consommations standard par jour. Ces directives indiquent en outre que les femmes devraient limiter leurs consommations standard à neuf par semaine et que les hommes devraient prendre un maximum de 14 consommations standard par semaine. Un des objectifs de l'Ontario vise à réduire de 20 % d'ici 2010 le pourcentage de la population adulte buvant plus de deux consommations par jour.²⁵ Une consommation standard contient 13,6 grammes d'alcool, soit l'équivalent trouvé dans : 5 oz ou 142 ml de vin ayant une teneur en alcool de 12 %; 1,5 oz ou 43 ml de spiritueux ayant une teneur en alcool de 40 %; ou 12 oz ou 341 ml de bière ordinaire (ayant une teneur en alcool de 5 %). Les bières et panachés (*coolers*) dont la teneur en alcool est plus élevée que les pourcentages indiqués ci-dessus équivalent à plus d'une consommation standard.

En 2001 et en 2003, la moitié des résidents d'Ottawa âgés de 20 ans et plus avaient une consommation d'alcool à faible risque (51,5 %; \pm 2,8 % en 2001 et 51,0 %; \pm 3,0 % en 2003), ce qui correspond aux données observées dans l'ensemble de l'Ontario. Une plus grande proportion de femmes que d'hommes fait partie de cette catégorie (figure 7.13).



Consommation occasionnelle excessive d'alcool

On entend par consommation occasionnelle excessive d'alcool la consommation de cinq verres ou plus en une même occasion, 12 fois ou plus par année. Une telle habitude de consommation nécessite une surveillance particulière en raison des répercussions négatives possibles qu'elle présente, notamment les blessures, la conduite avec facultés affaiblies, la violence et les problèmes de santé qui y sont liés.

En 2003, 45,6 % ($\pm 3,6$ %) des résidents d'Ottawa âgés de 20 ans et plus avaient indiqué avoir consommé de l'alcool de façon excessive à au moins une occasion au cours de l'année précédente, proportion comparable à celle relevée au sein de l'ensemble de la population de l'Ontario : 58,3 % ($\pm 5,2$ %) des hommes ont fait cette déclaration, soit une proportion beaucoup plus importante que chez les femmes (32,9 %; $\pm 4,3$ %). En outre, la proportion de jeunes âgés de 12 à 19 ans ayant déclaré avoir consommé de l'alcool de façon excessive à au moins une occasion au cours des 12 mois précédents avait crû par rapport aux années précédentes, mais pas de façon statistiquement significative (51,5 %; $\pm 9,1$ %).⁴¹

En 2003 à Ottawa, une proportion de 20,7 % ($\pm 2,9$ %) des adultes âgés de 20 ans et plus a indiqué avoir eu des habitudes de consommation excessive d'alcool au cours des 12 mois précédents, chiffres comparables à ceux de la population ontarienne pour la même année.

Toujours à l'image de l'ensemble de la population de l'Ontario, les hommes étaient proportionnellement beaucoup plus nombreux (29,0 %; \pm 4,4 %) que les femmes (12,5 %; \pm 3,3 %) à déclarer avoir des habitudes de consommation excessive d'alcool.⁴¹

Protection contre le soleil

La lumière du soleil contient des rayons ultraviolets qui peuvent avoir des effets néfastes sur la peau et les yeux. L'exposition aux rayons ultraviolets est en grande partie attribuable au soleil, mais les appareils de bronzage en émettent aussi. Une exposition prolongée ou fréquente à la lumière du soleil peut causer un cancer de la peau.^{66,67} Les coups de soleil, les cancers de la peau et les autres effets nuisibles liés à l'exposition au soleil peuvent être en grande partie évités grâce à des mesures de protection préventives rigoureuses.

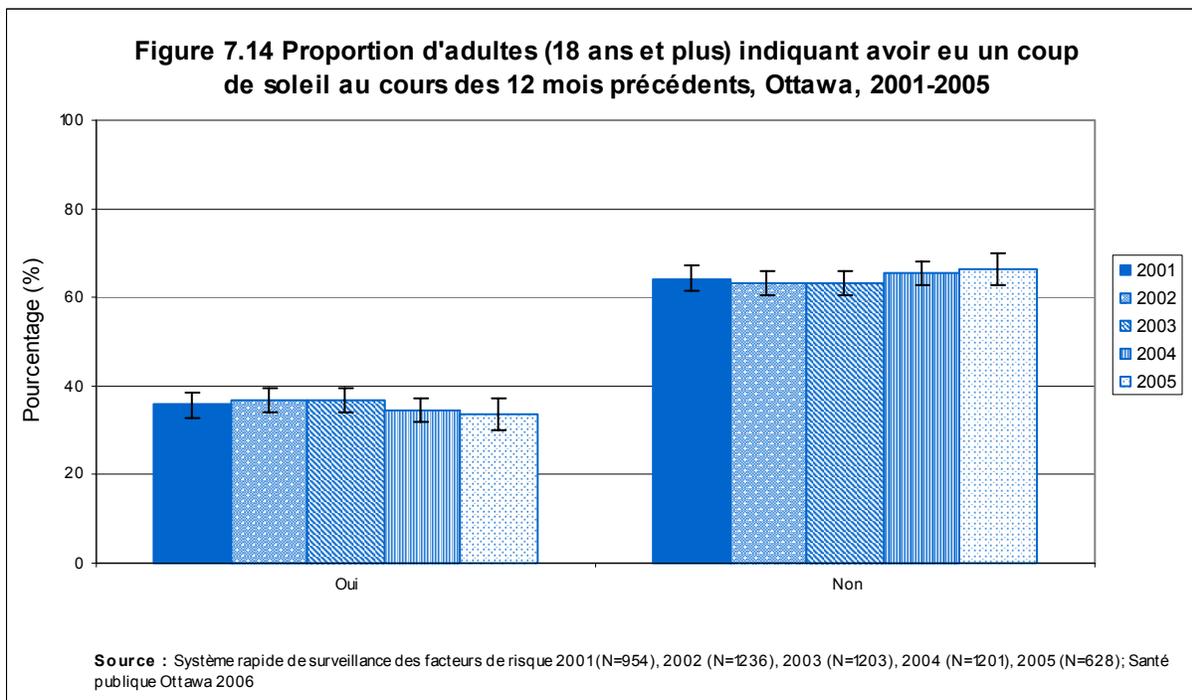
Les mesures préventives recommandées pour se protéger du soleil comprennent :^{66,67}

- limiter la durée d'exposition au soleil lorsque celui-ci est à son plus fort (entre 11 h et 16 h);
- porter des vêtements qui couvrent les bras, le dos et les jambes, de même qu'un chapeau;
- appliquer un écran solaire à large spectre qui a un facteur de protection solaire (FPS) d'au moins 15 sur les parties du corps exposées directement au soleil;
- éviter d'utiliser des appareils de bronzage;
- au soleil, porter des lunettes fumées qui protègent contre les rayons ultraviolets.

Pour ralentir la hausse de l'incidence des cancers de la peau, l'Ontario s'est donné comme objectif d'augmenter la proportion de la population (tous âges confondus) qui limite son exposition au soleil, porte des vêtements et un écran solaire pour se protéger du soleil et évite les sources artificielles de rayons ultraviolets.²⁵

En 2001, près des deux tiers (62,6 %; \pm 2,7 %) des parents ayant un enfant de six ans ou moins à Ottawa ont indiqué que leur enfant portait toujours un chapeau lorsqu'il allait dehors; et un peu plus de la moitié (55,3 %; \pm 2,8 %) ont déclaré que leur enfant portait toujours un écran solaire à l'extérieur.⁶⁸

En 2005, la proportion d'adultes disant avoir au moins un coup de soleil par année était de 33,7 % ($\pm 3,7$ %), soit sensiblement la même que pour les années précédentes (figure 7.14).²⁴



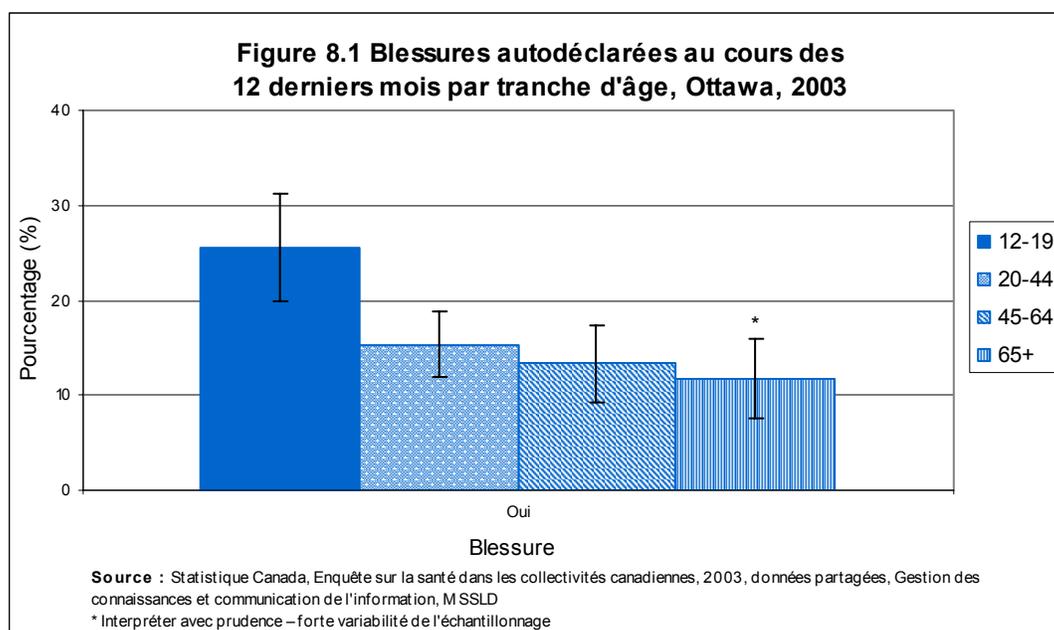
En 2004, les résidents d'Ottawa ont déclaré prendre les mesures de protection suivantes contre le soleil : 42,1 % ($\pm 4,4$ %) des adultes ont dit éviter toujours ou la plupart du temps le soleil entre 11 h et 16 h, lorsque l'indice UV est le plus élevé; 43,3 % ($\pm 4,4$ %) ont dit porter toujours ou la plupart du temps des vêtements pour se protéger du soleil; 43,6 % ($\pm 4,4$ %) ont dit utiliser un écran solaire toujours ou la plupart du temps; et 66 % ($\pm 4,2$ %) ont dit porter des lunettes fumées avec protection contre les rayons ultraviolets en tout temps ou la plupart du temps lorsqu'ils sont au soleil. Ces proportions sont demeurées sensiblement les mêmes depuis 2001.⁶⁹

8. Blessures et prévention des blessures

Blessures

Les blessures constituent une importante cause de mortalité et de morbidité. En 2004, elles représentaient la cinquième cause d'hospitalisation à Ottawa (*consulter la section portant sur la mortalité et la morbidité*). Si le nombre d'hospitalisations pour blessures est analysé en fonction de l'âge et du sexe, la place qu'occupent les blessures parmi les causes d'hospitalisation varie entre le premier et le septième rang selon le groupe d'âge. En 2002, les blessures comptaient parmi les principales causes de décès chez les résidents d'Ottawa de moins de 45 ans.

Bien que beaucoup emploient le mot « accident » quand il est question de blessures, l'utilisation de ce terme peut prêter à confusion car bon nombre de blessures peuvent être évitées (*consulter la section portant sur la prévention des blessures*). Santé publique Ottawa concentre ses efforts sur la prévention des blessures accidentelles dans la population en général et met l'accent notamment sur la sécurité routière, le port adéquat du casque pour les activités récréatives, ainsi que la prévention des chutes, des noyades et des blessures liées à l'alcool et à d'autres drogues.

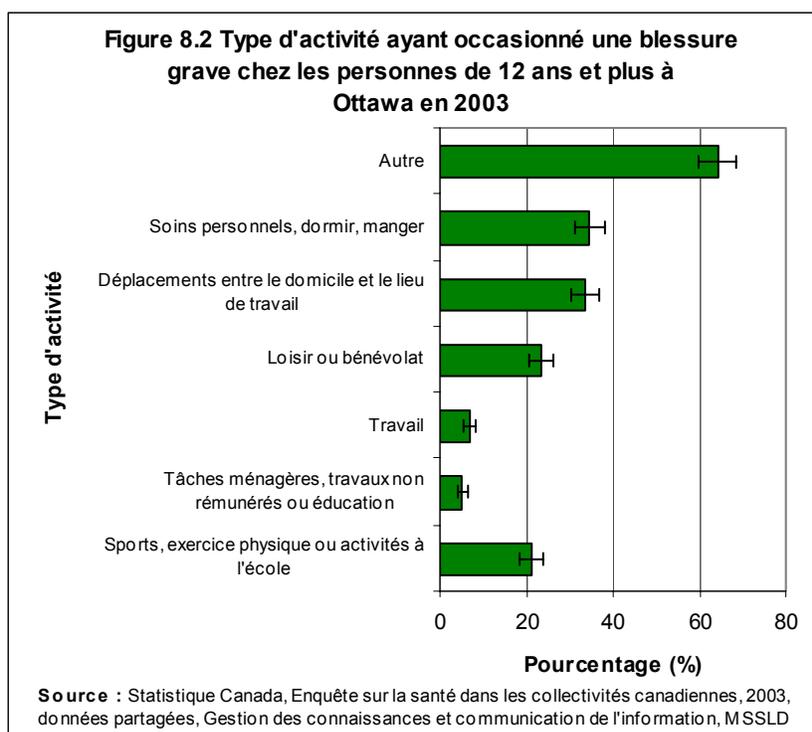


Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003⁴¹, 107 400 résidents d'Ottawa (15,5 %; $\pm 2,5$ %) âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir subi, au cours des 12 derniers mois, des blessures assez graves pour limiter leurs activités quotidiennes (par

exemple, une fracture, une coupure ou une brûlure importante, une entorse ou un empoisonnement).

Les jeunes de 12 à 19 ans étaient beaucoup plus susceptibles que les groupes d'âge plus élevés de déclarer avoir été gravement blessés dans les 12 derniers mois (25,5 %; ± 5,6 %) (figure 8.1). Dans les 12 derniers mois, le nombre de blessures graves déclarées était légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (18,6 %; ± 3,5 % contre 12,6 %; ± 2,5 %).

La plupart des blessures graves déclarées se sont produites durant la pratique d'un sport ou d'une activité physique, y compris les activités scolaires (64,2 %; ± 4,4 %) (figure 8.2).



Les blessures peuvent être intentionnelles, comme les homicides, les agressions et les actes autodestructeurs (suicide), ou accidentelles, comme celles résultant de collisions automobiles où autres, de chutes et d'empoisonnements. Le tableau suivant présente divers types de blessures recensées à Ottawa, par taux d'hospitalisation (2004) et par taux de mortalité standardisés selon l'âge (2002). Des détails sur les blessures involontaires les plus fréquentes et sur le suicide sont donnés dans le reste de la section. Veuillez consulter la section portant sur les blessures qui touchent les enfants.

Tableau 8.1 : Sommaire des taux d'hospitalisation (2004) et des taux de mortalité de certaines blessures, standardisés selon l'âge (2002), Ottawa

Taux standardisés selon l'âge (cas par 100 000 habitants)						
	Total d'Ottawa		Hommes		Femmes	
	Taux d'hospitalisation	Taux de mortalité	Taux d'hospitalisation	Taux de mortalité	Taux d'hospitalisation	Taux de mortalité
Toutes les blessures involontaires (à l'exclusion du suicide)	462,08	16,85	459,50	21,13	383,58	12,87
Chutes	261,57	4,99	242,43	7,08	270,81	3,33
Collisions de la route	40,75	3,49	52,68	3,72	29,21	3,25
Blessures sportives	26,07	-	37,25	-	14,64	-
Suicides		4,92		7,78		2,08
Blessures chez les piétons (accidents de la route)	5,83	0,80	6,73	0,50	5,12	1,10
Empoisonnements	11,51	2,32	14,04	3,93	9,38	-
Suicides		4,92		7,78		2,08
Suffocations	4,43	0,85	5,63	-	3,71	-
Brûlures	4,47	-	4,19	-	4,62	-
Collisions à caractère non routier impliquant des véhicules motorisés	1,49	-	1,75	-	1,24	-
Incidents impliquant des véhicules motorisés sur neige	1,34	-	2,37	-	-	-
Noyades et quasi-noyades	-	-	-	-	-	-

Source : Hospital In-patient Data 2004, Provincial Health Planning Database (PHPDB); extrait le 17 mars 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

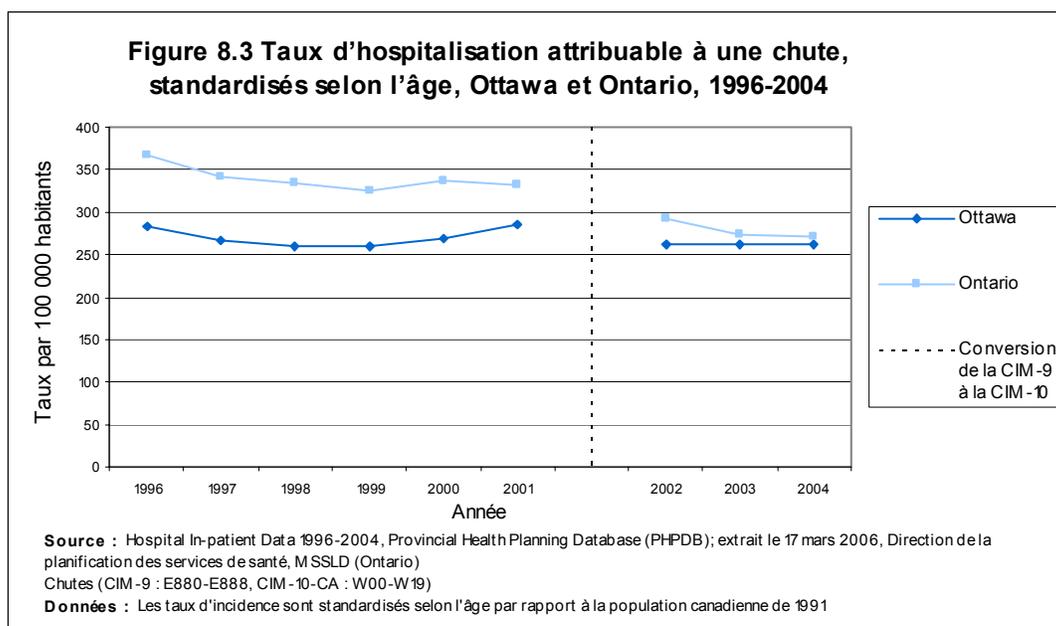
Remarque : Si moins de cinq cas d'un même type de blessure ont été signalés au cours d'une année donnée, le nombre n'est pas publiable et la case est marquée d'un tiret.

Chutes

Selon l'Agence de santé publique du Canada, les blessures liées aux chutes sont coûteuses et constituent un problème complexe pour les aînés. Elles peuvent avoir une incidence dévastatrice sur la santé et l'autonomie de ces derniers et des répercussions sur leur famille, leurs amis et leurs fournisseurs de soins.⁷⁰ En matière de santé publique, l'objectif concernant les chutes est de réduire de 20 % d'ici 2010 l'incidence des blessures qui conduiront à l'hospitalisation ou au décès chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Des 107 400 cas de blessure grave signalés à Ottawa en 2003, 35,7 % ($\pm 7,2$ %) résultaient d'une chute. De toutes les blessures sérieuses signalées par les personnes de 65 ans et plus, 69 % ($\pm 19,6$ %) avaient été occasionnées par une chute.

À Ottawa, les taux d'hospitalisation en raison de chutes, standardisés selon l'âge, sont stables et inférieurs à ceux de l'Ontario depuis 1996, bien que l'écart s'atténue et qu'en 2004, 261,6 résidents par tranche de 100 000 à Ottawa aient été hospitalisés à la suite d'une chute (figure 8.3).

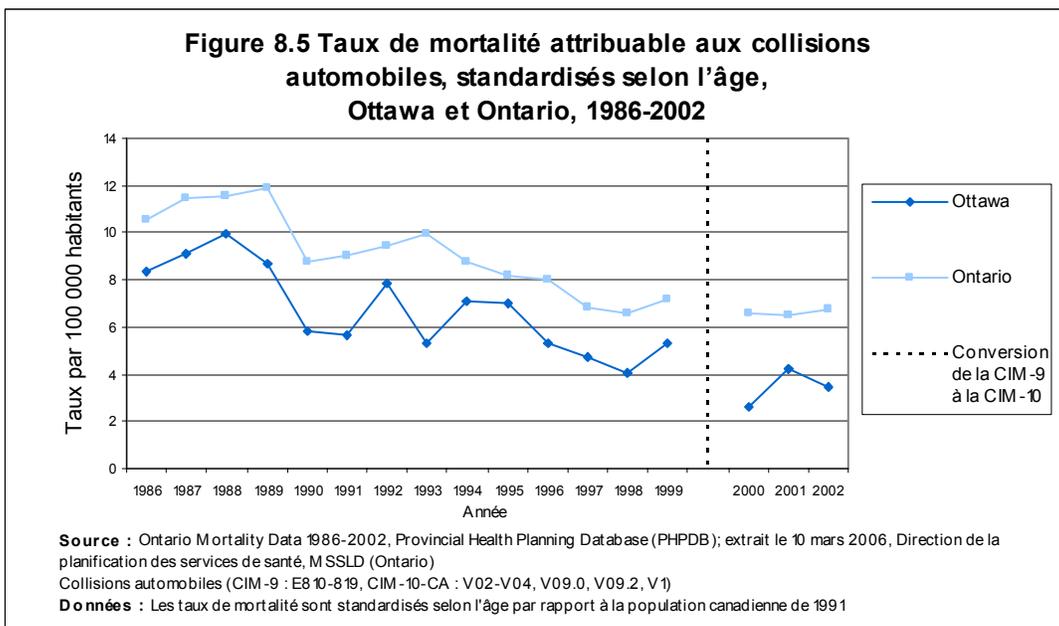
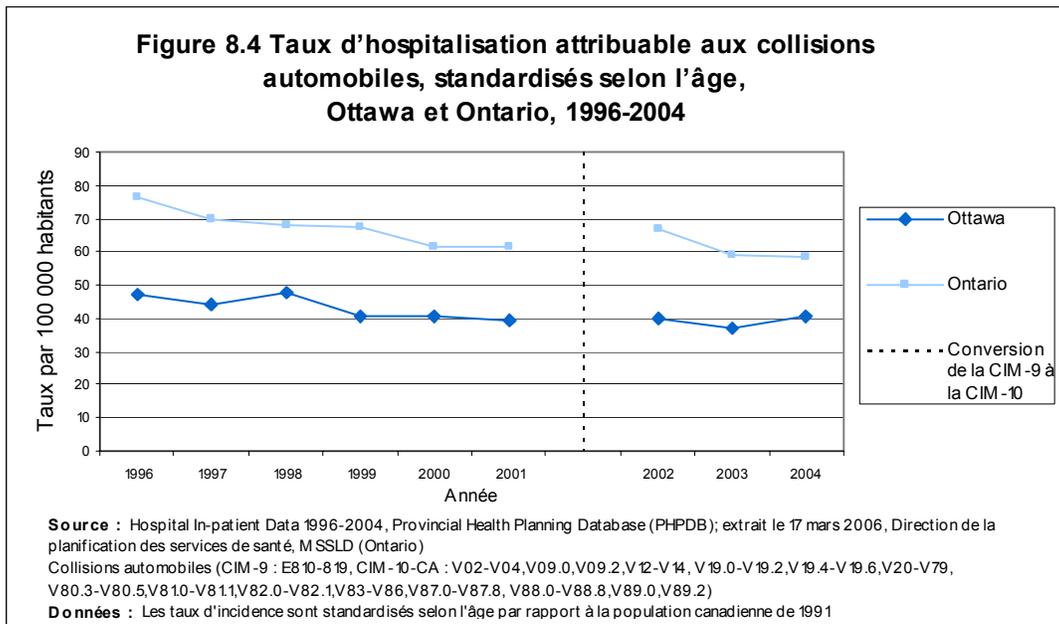


La majorité des décès associés à une chute touchent des personnes âgées de 65 ans et plus. En 2002, le taux de mortalité attribuable aux chutes se chiffrait, à Ottawa, à 5,5 décès pour 100 000 personnes, toutes les tranches d'âge confondues, alors qu'il était de 39,1 décès pour 100 000 personnes chez les 65 ans et plus.

Collisions de la route

En 2003, Ottawa a élaboré un Programme intégré de sensibilisation à la sécurité routière dans le but de réduire de 30 % la mortalité, la morbidité et l'incapacité liées aux collisions automobiles recensées entre 1998 et 2002. La Ville cherche à atteindre cet objectif d'ici 2010.

Les taux d'hospitalisation découlant de collisions de la route, standardisés selon l'âge, demeurent stables à Ottawa même si ceux de l'Ontario ont considérablement diminué depuis 1996. En 2004, le taux d'hospitalisation découlant de collisions de la route, standardisé selon l'âge, était de 40,75 admissions pour 100 000 habitants à Ottawa (figure 8.4).

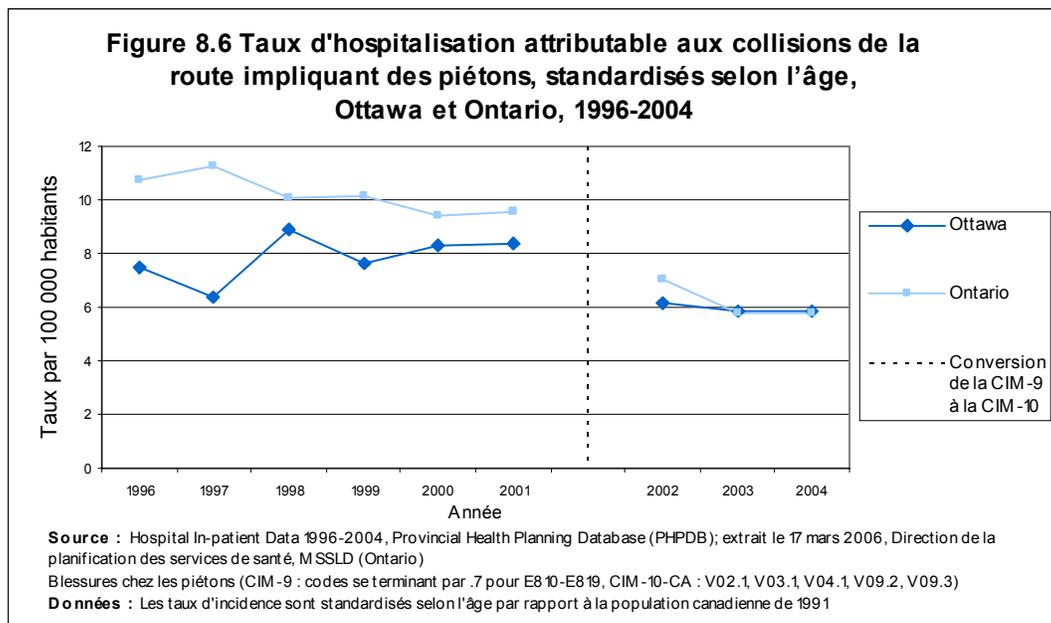


Les taux de mortalité associée aux collisions de la route, standardisés selon l'âge, ont diminué entre 1986 (8,35 décès pour 100 000 habitants) et 2002 (3,49 décès pour 100 000 habitants) (figure 8.5). Survenue dans les années 1980 et au début des années 1990, cette baisse peut être attribuée à divers facteurs : port du casque protecteur, utilisation de la ceinture de sécurité et des dispositifs de retenue pour enfants, sanctions sévères à l'égard des personnes qui conduisent avec les facultés affaiblies, sensibilisation du public, application de la loi, sécurité accrue des véhicules, amélioration de l'infrastructure et de la technique routières ainsi que des services d'intervention d'urgence et des soins médicaux.⁷¹

Collisions de la route impliquant des piétons

En matière de santé publique, les collisions impliquant des piétons sont un sujet de préoccupation, particulièrement dans les zones urbaines. À l'échelle nationale, plus de 95 % de toutes les blessures chez les piétons ont été recensées dans les secteurs urbains.⁷²

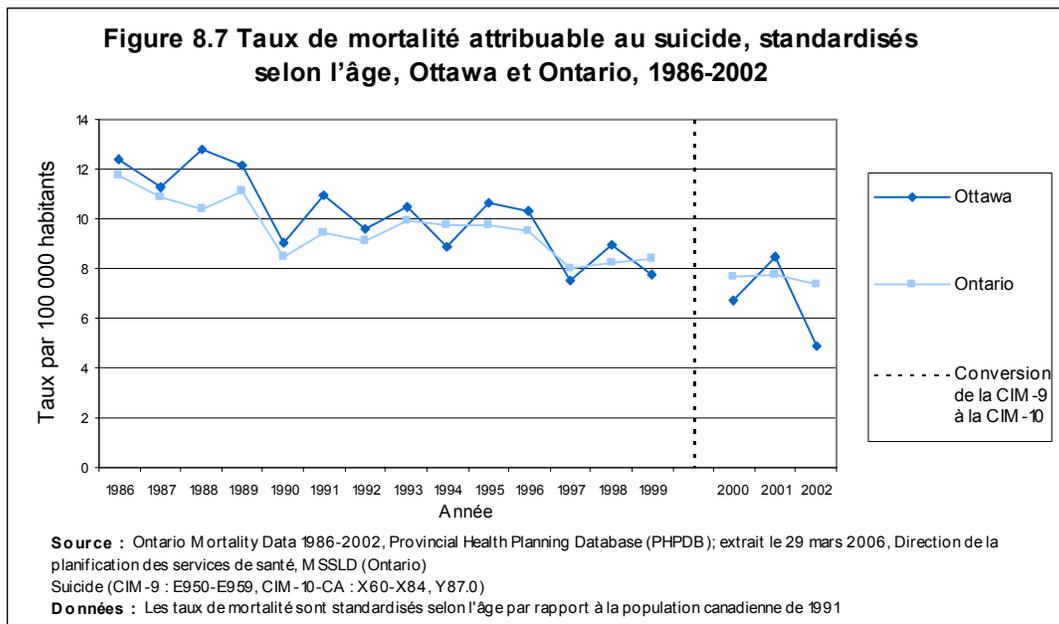
Les taux d'hospitalisation liée aux collisions de la route impliquant des piétons, standardisés selon l'âge, n'ont pas diminué de façon significative à Ottawa entre 1996 (7,46 hospitalisations pour 100 000 habitants) et 2004 (5,83 hospitalisations pour 100 000 habitants) (figure 8.6). Les jeunes de 10 à 19 ans et les aînés, plus particulièrement ceux de plus de 70 ans, présentent les taux d'hospitalisation liée aux collisions de la route impliquant des piétons les plus élevés à Ottawa et en Ontario.



À Ottawa, les taux de mortalité associée aux collisions de la route impliquant des piétons semblent avoir diminué, mais cette baisse n'a pas entraîné de grand changement entre le taux de mortalité standardisé selon l'âge de 1986 (1,9 décès pour 100 000 habitants) et celui de 2002 (0,8 décès pour 100 000 habitants). Cela s'explique principalement par le faible nombre de décès enregistrés chaque année. En 2002, on n'a pas constaté de différence marquée dans les taux de mortalité standardisés selon l'âge, en Ontario (0,95 décès pour 100 000 habitants) et ceux d'Ottawa (0,8 décès pour 100 000 personnes).

Acte autodestructeur (suicide)

Le suicide et la tentative de suicide sont de graves problèmes de santé publique. Les facteurs de risque du suicide comprennent des antécédents de maladies mentales comme la dépression, la toxicomanie, des antécédents familiaux de suicide, des sentiments de désespoir et d'isolement et une maladie physique.⁷³ À Ottawa, le suicide est la principale cause de décès chez les hommes de 20 à 44 ans, et la troisième en importance chez les femmes du même groupe d'âge (*consulter la section portant sur la mortalité et la morbidité globales*).



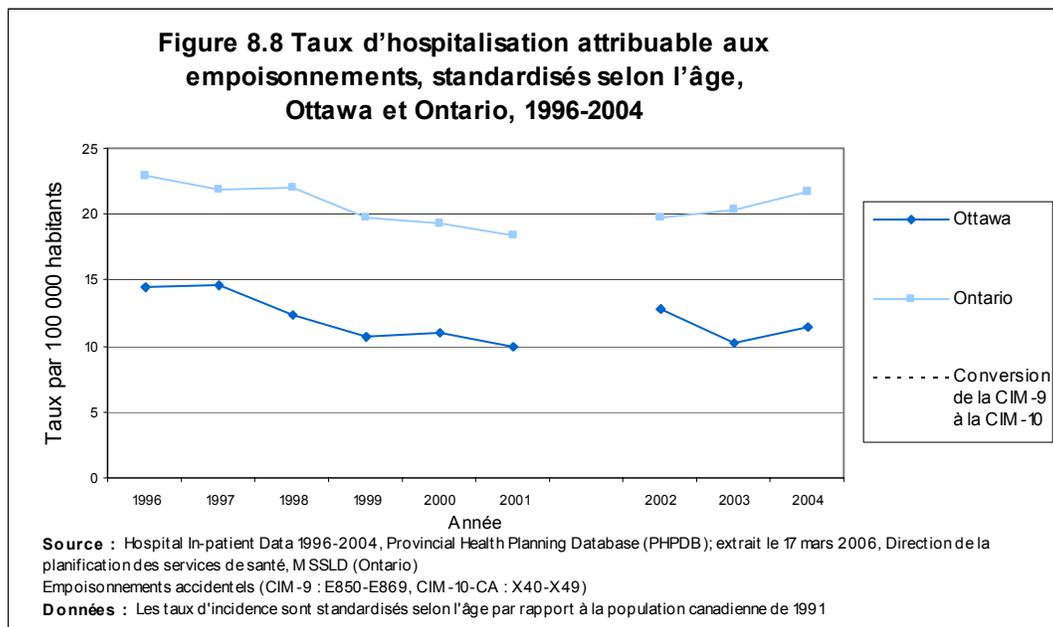
Presque à tous les ans depuis 1986, le taux de mortalité attribuable au suicide a été nettement supérieur chez les hommes que chez les femmes à Ottawa. En 2002, le taux de mortalité standardisé selon l'âge était de 7,78 décès par tranche de 100 000 personnes chez les hommes, et de 2,08 par tranche de 100 000 personnes chez les femmes. Les taux globaux de

mortalité attribuable au suicide, standardisés selon l'âge, ont considérablement diminué entre 1986 (12,37 décès pour 100 000 personnes) et 2002 (4,92 décès pour 100 000 personnes). Au fil du temps, ils s'apparentent de plus en plus à ceux de la province de l'Ontario (figure 8.7).

Empoisonnement accidentel

Les décès et les hospitalisations attribuables à un empoisonnement accidentel ou à une exposition à des substances nocives n'incluent pas l'administration de substances dans l'intention de causer du tort ou les effets secondaires d'un médicament pris correctement.

Depuis 1996, les taux d'hospitalisation standardisés selon l'âge sont demeurés relativement stables à Ottawa (figure 8.8). On a constaté une différence marquée entre Ottawa et l'Ontario pour ce qui est des taux d'hospitalisation due à un empoisonnement accidentel, standardisés selon l'âge. En 2002, le taux d'hospitalisation standardisé selon l'âge pour empoisonnement accidentel à Ottawa était de 11,51 admissions par tranche de 100 000 habitants.



En 2002, l'empoisonnement accidentel et l'exposition à des substances nocives constituaient la troisième cause de décès chez les hommes de 20 à 44 ans à Ottawa, à égalité avec le VIH, les maladies du cœur, la leucémie et les lymphomes (*consulter la section portant sur la mortalité et la morbidité globales*). Les taux de mortalité attribuable à des empoisonnements accidentels, standardisés selon l'âge, n'ont pas changé de façon significative depuis 1986, tant à Ottawa

qu'en Ontario. En 2002, à Ottawa, le taux de mortalité due à des empoisonnements accidentels, standardisé selon l'âge, s'établissait à 2,32 décès pour 100 000 habitants.

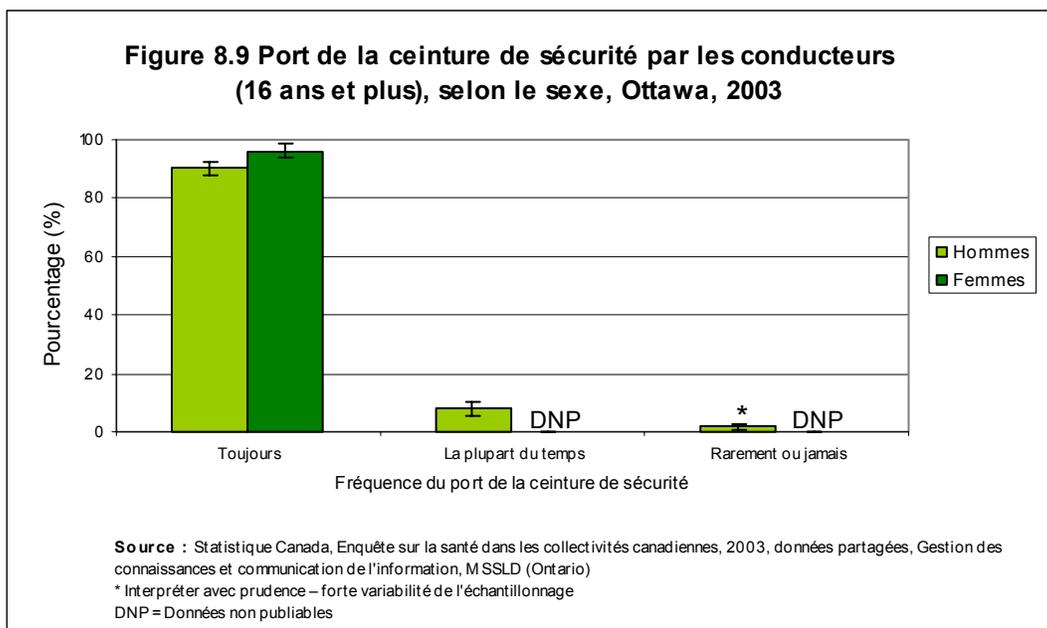
Prévention des blessures

En 2002, les blessures constituaient l'une des principales causes de décès chez les enfants, les jeunes et les adultes de moins de 40 ans vivant à Ottawa (consulter la section portant sur la mortalité). La plupart des blessures sont souvent qualifiées d'« accidents » inévitables, mais la majorité d'entre elles sont en fait associées à des causes précises qui peuvent être prévues et évitées. Les objectifs du secteur de la santé publique en matière de prévention des blessures tant en Ontario qu'à Ottawa visent à réduire l'incapacité, la morbidité et la mortalité causées par des collisions de la route, des accidents de bicyclette, la consommation d'alcool et d'autres substances, des chutes chez les personnes âgées et des noyades dans certaines installations de loisirs aquatiques ou imputables à des risques propres aux jeunes enfants, tels que les brûlures, les chutes, les empoisonnements et les étouffements.²⁵

Port de la ceinture de sécurité

L'utilisation appropriée de la ceinture de sécurité peut réduire les blessures ou les décès provoqués par les collisions. En Ontario, tous les conducteurs de véhicules automobiles et les passagers qui occupent une place assise pour laquelle une ceinture de sécurité est prévue doivent boucler celle-ci.⁷⁴ Un des objectifs en matière de santé publique à Ottawa et en Ontario consiste à accroître la proportion de passagers qui sont correctement attachés lorsqu'ils prennent place dans un véhicule automobile.²⁵

En 2003, 93,2 % ($\pm 1,8$ %) des conducteurs à Ottawa (résidents âgés de 16 ans et plus qui avaient conduit un véhicule au cours des 12 mois précédents) ont affirmé toujours boucler leur ceinture de sécurité. Beaucoup plus de femmes (96,2 % $\pm 2,4$ %) que d'hommes (90,3 % $\pm 2,6$ %) ont déclaré toujours attacher leur ceinture de sécurité quand elles conduisent (figure 8.9). Cependant, seulement 76,5 % ($\pm 2,6$ %) des passagers de 12 ans et plus ont indiqué toujours boucler leur ceinture de sécurité lorsqu'ils occupent le siège avant ou arrière.⁴¹



Sièges d'auto pour enfant et sièges d'appoint

Les conducteurs de véhicules ont l'obligation de veiller à ce que tous leurs passagers de moins de 16 ans soient correctement attachés au moyen d'un siège d'auto pour enfant, d'un siège d'appoint ou d'une ceinture de sécurité.⁷⁴

L'utilisation appropriée d'un siège d'auto pour enfant ou d'un siège d'appoint approuvé s'impose pour protéger les enfants contre le risque de blessures graves ou de décès en cas de collision. En septembre 2005, les sièges d'appoint sont devenus obligatoires en Ontario pour les enfants de 8 ans et moins pesant entre 18 et 36 kg (de 40 à 80 lb) et ayant une taille inférieure à 145 cm (4 pi 9 po).

En 2005 à Ottawa, 52,4 % (\pm 9,6 %) des enfants âgés de 4 à 7 ans étaient installés dans un siège d'appoint et 18,7 %* (\pm 7,5 %) étaient assis dans un siège d'auto muni d'un harnais.³⁶ On ignore combien de ces enfants répondent aux trois critères (avoir moins de 8 ans, peser entre 18 et 36 kg et avoir une taille inférieure à 145 cm) qui rendent obligatoires, conformément à la loi, l'utilisation du siège d'appoint.

* Interpréter avec prudence – forte variabilité de l'échantillon

L'endroit le plus sécuritaire pour les enfants à bord d'un véhicule est le siège arrière. Or, un enfant sur cinq (20 %) âgé de 4 à 11 ans n'est pas toujours assis sur le siège arrière du véhicule.³⁶

Conduite avec facultés affaiblies

La consommation d'alcool peut réduire le pouvoir de concentration, nuire à la coordination, altérer le jugement et ralentir le temps de réaction pendant la conduite. La conduite avec facultés affaiblies peut entraîner des collisions de la route provoquant des blessures graves, des incapacités et même des décès. À Ottawa et en Ontario, les objectifs en matière de santé publique liés à l'alcool au volant visent à accroître la proportion d'adultes qui conduisent un véhicule de façon sécuritaire et à réduire les blessures ou les décès associés à la consommation d'alcool ou d'autres substances.²⁵

En 2003, 8,5 % (± 2,2 %) des automobilistes à Ottawa (résidents de 16 ans et plus détenteurs d'un permis de conduire) ont affirmé avoir déjà pris le volant après avoir consommé deux boissons alcoolisées ou plus dans l'heure précédant leur départ en voiture.⁴¹

Les femmes de 35 ans et plus étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes de dire qu'elles ne conduisent pas quand elles boivent (tableau 8.2).⁴¹

Tableau 8.2 : Proportion de personnes qui ne conduisent pas après avoir bu, selon le sexe et l'âge (c.-à-d., personnes qui n'ont pas pris deux boissons alcoolisées ou plus dans l'heure précédant la conduite), Ottawa, 2003

Âge	Hommes		Femmes	
	(%, IC de ± 95 %)			
De 16 à 34 ans	90,8 %	4,5 %	96,7 %	2,4 %
35 ans et plus	84,5 %	5,1 %	96,8 %	2,9 %

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, données partagées, Gestion des connaissances et communication de l'information, MSSLD (Ontario)

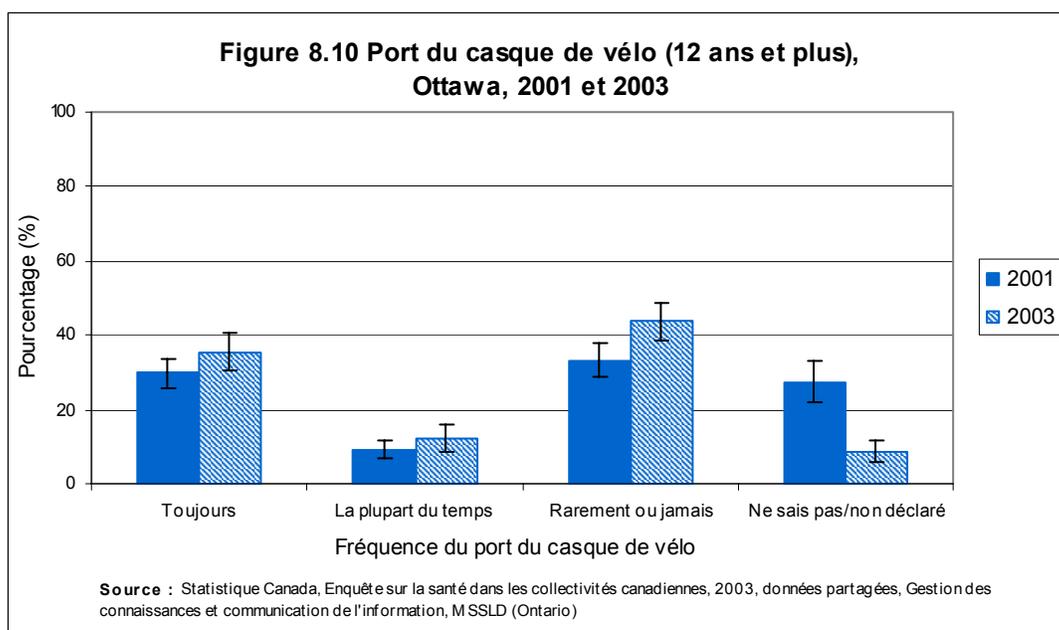
Utilisation du téléphone cellulaire en voiture

La distraction et l'inattention du conducteur constituent d'importants problèmes de sécurité de la conduite. L'usage du téléphone cellulaire peut distraire le conducteur et accroître le risque de collisions. Transports Canada déconseille l'utilisation du téléphone cellulaire en voiture.⁷⁵ En 2003, un résident sur cinq à Ottawa a déclaré se servir d'un téléphone cellulaire (y compris les appareils mains libres) au volant (6,7 % ± 1,7 % ont signalé le faire souvent et 12,5 % ± 2,4 %, parfois).⁴¹

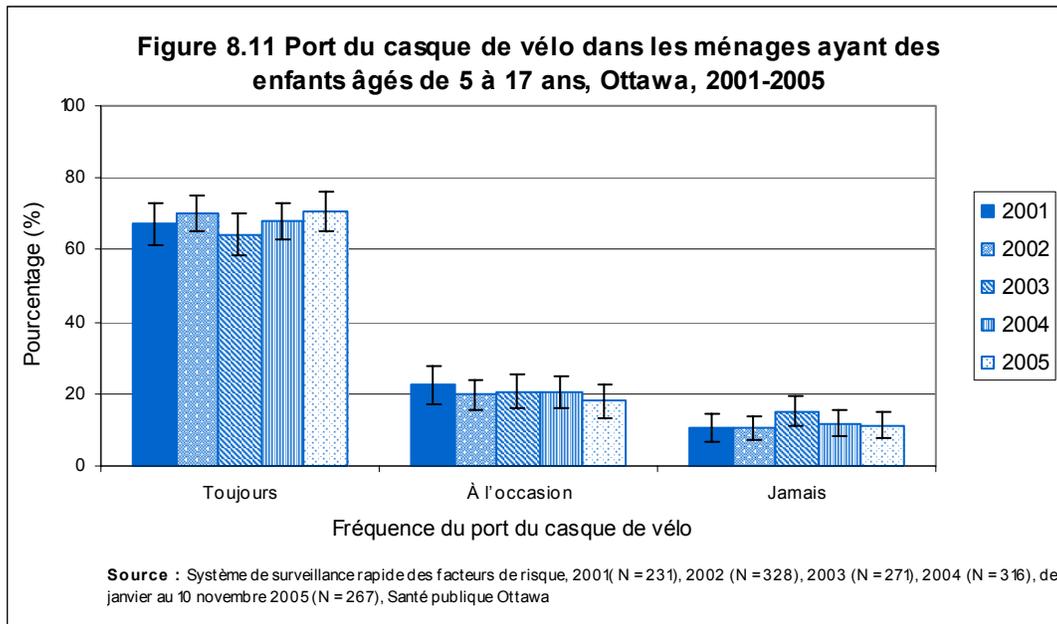
Port du casque de vélo

À Ottawa, un des objectifs de santé publique en matière de prévention des blessures consiste à encourager les personnes de tous les âges à porter un casque quand elles pratiquent une activité sur roues (p. ex., vélo, triporteur, planche à roulettes, patin à roues alignées). S'il est mis correctement, un casque de vélo approuvé peut réduire considérablement le risque de blessures graves à la tête ou de décès en cas de chute ou de collision. En Ontario, tous les cyclistes de moins de 18 ans sont tenus de porter un casque de vélo approuvé.⁷⁶

In 2003, 35,4 % ($\pm 7,2$ %) des résidents d'Ottawa de 12 ans et plus ont déclaré toujours porter un casque de vélo. Entre 2001 et 2003, une proportion nettement supérieure de résidents de 12 ans et plus avaient affirmé qu'ils portaient rarement un tel casque ou n'en portaient jamais.⁴¹



En 2005, 70,7 % ($\pm 5,5$ %) des ménages ayant des enfants de 5 à 17 ans ont signalé que leurs enfants portaient toujours leur casque de vélo; 18 % ($\pm 4,6$ %) ont répondu qu'ils le mettaient à l'occasion; et 11,3 %* ($\pm 3,8$ %) ont déclaré qu'ils ne le portaient jamais. Ces pourcentages n'ont pas changé depuis 2001 (figure 8.11). Entre 2001 et 2005, les enfants de 5 à 8 ans étaient beaucoup plus susceptibles que les jeunes de 13 à 17 ans de toujours porter un casque de vélo.²⁴



Utilisation de l'équipement de protection en patin à roues alignées

En patin à roues alignées, mêmes les plus expérimentés ne sont pas à l'abri des blessures accidentelles. L'utilisation adéquate d'un équipement de protection approuvé, conçu pour le patin à roues alignées, peut grandement réduire le risque de blessures ou de décès en cas de chute ou de collision. En 2003, 86,9 % ($\pm 6,6$ %) des résidents de 12 ans et plus à Ottawa qui s'adonnent au patin à roues alignées ont mentionné utiliser rarement ou ne jamais utiliser un casque, des protège-poignets et des coudières lorsqu'ils pratiquent ce sport.⁴¹

* Interpréter avec prudence – forte variabilité de l'échantillon

9. Santé de la reproduction

Le ministère de la Santé de l'Ontario confie aux Services de santé publique de la province le mandat d'offrir un Programme de santé des familles qui soit conçu pour protéger et promouvoir la santé des familles, prévenir les maladies et contribuer à atteindre un niveau de santé optimal.²⁵ Le Programme de santé de la reproduction, qui est un volet du Programme de santé des familles, vise à promouvoir la santé pendant la grossesse ainsi que la naissance de bébés en bonne santé. Santé publique Ottawa remplit ce mandat en offrant des activités et des ressources aux couples qui attendent un enfant ou planifient une grossesse, en perfectionnant les connaissances et les compétences des professionnels de la santé et des intervenants communautaires qui assurent des programmes et des services aux résidents, de même qu'en mettant son expertise en matière de santé publique à la disposition des groupes, des coalitions et des lieux de travail de la collectivité, et ce, plus particulièrement dans le domaine de la santé de la reproduction. Le Programme de santé de la reproduction appuie également des questions soulevées par rapport à d'autres normes du programme, dont l'allaitement maternel, la sécurité des bébés et la prévention des maladies chroniques. Les sections ci-dessous font ressortir certains des principaux indicateurs de la santé périnatale.

Répercussions sur la santé infantile

Taux de natalité

Au cours des dernières années, le nombre de naissances vivantes à Ottawa est demeuré à près de 9 000, tandis que le taux brut de natalité a oscillé entre 10 et 11 naissances par 1 000 habitants, ce qui s'apparente aux taux provinciaux. Le taux global de fécondité est demeuré stable au cours des quatre dernières années, soit de 41 grossesses environ pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Ce scénario ressemble à celui de la province, qui avait recensé exactement ce même taux pour un groupe d'âge identique en 2002, la plus récente année pour laquelle des données provinciales sont disponibles (tableau 9.1).

Poids à la naissance

Une insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 grammes) est un indicateur de problèmes potentiels de santé et de développement chez les nourrissons et les jeunes enfants. Les séquelles d'une insuffisance de poids à la naissance sont souvent permanentes.

Un des objectifs de l'Ontario en matière de santé de la reproduction consiste à réduire le taux d'insuffisance pondérale à la naissance à 4 % d'ici à 2010.²⁵ En 2004, le taux global

d'insuffisance de poids à la naissance à Ottawa était de 5,3 %, ce qui représente une légère baisse par rapport au taux de 6 % enregistré en 2002. Pour ce qui est des naissances vivantes simples, le taux était de 4,2 % en 2004, ce qui est aussi comparable au taux provincial de 4,4 % enregistré en 2002. Le taux d'insuffisance pondérale des nouveau-nés pour les naissances multiples à Ottawa a diminué, passant de 50,9 % en 2001 à 45,9 % en 2004. Le taux provincial en 2002 était de 53,1 %.

Parmi les naissances vivantes enregistrées à Ottawa entre 2001 et 2004, environ 14 % des bébés pesaient plus de 4 000 grammes. Un poids élevé à la naissance peut accroître les risques de problèmes de santé dans les premiers jours de vie d'un nourrisson (tableau 9.1).

Naissance prématurée

Une naissance prématurée, soit une naissance qui survient avant la 37^e semaine de gestation, est le facteur le plus important de la mortalité périnatale dans les pays industrialisés, et il semblerait que la réduction du nombre des naissances prématurées soit le plus grand défi en matière de santé périnatale auquel font face ces pays de nos jours.⁷⁷ Même si elles ne constituent généralement que moins de 10 % des naissances vivantes, 80 % des morts néonatales surviennent chez les bébés nés avant la 37^e semaine de gestation. En 2002, le taux global de naissances prématurées à Ottawa⁷⁸ était de 8,1 % et a légèrement baissé en 2004 pour se situer à 7,5 %. À l'échelle provinciale, on a recensé un taux de naissances prématurées de 7,3 % en 2002. Le taux de naissances prématurées simples à Ottawa était de 6,4 % en 2001 et de 6,1 % en 2004, par opposition à 5,7 % en 2002 à l'échelle provinciale.

Mortinatalité

Le taux de mortinatalité à Ottawa s'élevait à 4,2 pour 1 000 naissances en 2004 et à 5,8 pour 1 000 naissances en 2002, ce qui est inférieur au taux provincial de 6,3 pour 1 000 naissances pour cette même année (tableau 9.1).

Caractéristiques du travail et de l'accouchement

Les accouchements par césarienne à Ottawa ont peu à peu augmenté, passant de 22,6 en 2001 à 27,6 pour 1 000 naissances en 2004. Les dernières données provinciales indiquaient un taux de 22,9 en 2001-2002 (tableau 9.1).⁷⁹ À l'heure actuelle, une épidurale est administrée dans 62,5 % des cas d'accouchements par voie vaginale. La proportion d'accouchements par voie vaginale où l'on a recours à une épidurale est moindre à l'échelle de la province (47 %).⁷⁹

Caractéristiques propres aux mères

Usage du tabac pendant la grossesse

Le tabagisme durant la grossesse a des effets néfastes considérables sur l'enfant à naître. Les femmes enceintes qui fument accroissent le risque de complications pendant la grossesse, de naissance prématurée, d'insuffisance pondérale à la naissance, de mortinaissance et de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).⁸⁰ Les taux de tabagisme chez les femmes enceintes à Ottawa sont sous-déclarés dans une proportion de 5 à 10 %. Les taux à Ottawa révèlent que 7,5 % et 5,9 % des femmes enceintes ont fumé après la 20^e semaine de grossesse en 2001 et en 2004 respectivement (tableau 9.1).

Grossesse à l'adolescence

De 2001 à 2004, le taux de naissances chez les mères adolescentes à Ottawa est demeuré stable, soit à un peu plus de 8 naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans. Ce taux est nettement inférieur au taux provincial de 11,9 (2002). Le taux de grossesses chez les adolescentes à Ottawa, ce qui comprend toutes les naissances vivantes, les mortinaissances et les avortements, est également moins élevé que le taux provincial, qui s'élève à 26,5 pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans. En 2004, le pourcentage de bébés qui étaient nés d'une mère adolescente et avaient un poids insuffisant à la naissance (5,7 %) était moindre que par les années passées, mais était toutefois légèrement supérieur au taux global d'insuffisance de poids à la naissance (tableau 9.1).

Tableau 9.1 : Bilan statistique sur la santé de la reproduction, Ottawa (2001-2004) et Ontario (2001 et 2002)

Indicateur	Ottawa*				Ontario [†]	
	2001	2002	2003	2004	2001	2002
Naissances vivantes	8645	8864	9152	9033	131360	128202
Taux brut de natalité (par 1 000 habitants)	10,7	10,8	11,1	10,1	11,1	10,6
Taux de fécondité global (pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans)	39,7	40,3	41,4	40,8	42,5	40,8
Accouchements par césarienne (% de grossesses)	22,6	23,2	25,6	27,6	21,7 [‡]	N/A
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance (% de naissances vivantes simples où le nouveau-né pèse moins de 2 500 g)	5,3	6	5,8	5,3	5,6	5,8

Indicateur	Ottawa*				Ontario†	
	2001	2002	2003	2004	2001	2002
Taux d'insuffisance pondérale chez les naissances simples (% du total des naissances vivantes simples)	4,1	4,3	4,4	4,2	4,3	4,4
Taux d'insuffisance pondérale chez les naissances multiples (% du total des naissances vivantes multiples)	50,9	52,5	49,8	45,9	49,5	53,1
Taux de surcharge pondérale à la naissance (% de naissances vivantes où le nouveau-né pèse plus de 4 000 g)	14,9	14,2	14,5	13,6	13,8	N/A
Taux de naissances prématurées (% de naissances vivantes d'enfants nés avant la 37 ^e semaine de gestation)	7,6	8,1	8	7,5	7,1	7,3
Taux de naissances prématurées simples (% de naissances vivantes simples d'enfants nés avant la 37 ^e semaine de gestation)	6,4	6,1	6,4	6,1	5,7	5,7
Taux de naissances prématurées multiples (% de naissances vivantes multiples)	54,3	60,9	59,1	55,7	51,6	54,9
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances)	5,5	5,8	3,5	4,2	6,3	6,3

Indicateur de la santé de la reproduction chez les adolescentes

Indicateur	Ottawa*				Ontario†	
	2001	2002	2003	2004	2001	2002
Taux brut de natalité chez les adolescentes (naissances vivantes pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)	8,1	8,6	8,1	8,1	12,8	11,9
Taux de grossesses chez les adolescentes (grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)†	27,6	26,5	-	-	30,5	28,8
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance des bébés nés d'une mère adolescente (% des naissances vivantes de mères âgées de 15 à 19 ans et de nouveau-nés pesant moins de 2 500 g)	7	8,2	7,9	5,7	7,4	7

Usage du tabac pendant la grossesse						
Indicateur	Ottawa*				Ontario†	
	2001	2002	2003	2004	2001	2002
Usage du tabac pendant la grossesse (femmes enceintes qui fument pour 1 000 naissances) ^ψ	7,5	5,8	5,7	5,9	15,8 (1998-1999) [‡]	

Source : *Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario, base de données périnatales Niday, Ottawa, 2001-2004.

[‡]Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.

[†]Ontario Live Birth Database 2001-2002, SIPSS (Système informatique de planification des services de santé), Direction de la santé publique, MSSLD.

Nota : ^ψ Les taux de tabagisme chez les femmes enceintes sont sous-déclarés et des données sont souvent manquantes. Le pourcentage de données manquantes par année s'élevait à 5,6 % en 2001, à 7,3 % en 2002 et à 10,3 % en 2004.

Avortement

Les avortements thérapeutiques peuvent servir d'indicateur des grossesses non désirées et non planifiées. Les hôpitaux et les cliniques recueillent des renseignements sur les avortements thérapeutiques et les transmettent au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

En 2003, le taux global d'avortement à Ottawa (11,4 pour 1 000 grossesses) était similaire au taux provincial. À Ottawa, le taux d'avortement chez les adolescentes était de 16,4 pour 1 000 femmes, ce qui se compare au taux provincial de 15,9 pour 1 000 femmes.

Tableau 9.2 : Taux d'avortement à Ottawa et en Ontario (2003)

Indicateur	Ottawa	Ontario
Taux d'avortement (avortements pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans)	11,4	11,5
Taux d'avortement à l'adolescence (avortements pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans)	16,4	15,9

Source : Ontario Therapeutic Abortion Database 2003, SIPSS (Système informatique de planification des services de santé), Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), août 2004.

10. Santé des enfants

Les premières années de vie sont cruciales pour le développement cognitif, social et affectif. Les expériences de la petite enfance peuvent avoir des répercussions importantes sur le développement et la santé de l'enfant, des années plus tard. Investir dans des stratégies d'intervention précoce et de prévention, débutant dans la périnatalité et se poursuivant jusqu'à l'adolescence, peut mener à une vie plus saine et plus productive.⁸¹

Les objectifs de Santé publique consistent à promouvoir la santé et le développement de la petite enfance afin de permettre aux enfants, de la meilleure façon possible, d'être en santé sur les plans physique et affectif, d'être protégés et en sécurité, prêts à l'apprentissage et socialement actifs et responsables. La présente section fait le constat de plusieurs éléments déterminants de la santé des enfants, dont l'allaitement, l'interaction parentale, l'accessibilité aux services à l'enfance ainsi que les blessures et les maladies chroniques de l'enfance.

Enfants d'Ottawa

En 2001, 195 585 enfants et jeunes de moins de 20 ans résidaient à Ottawa. On comptait dans ce groupe 54 400 enfants de moins de six ans.¹⁵ En 2005, on estimait que le nombre d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans résidant à Ottawa s'élevait à 200 954 et celui d'enfants de 0 à 6 ans, à 63 355.¹ Le plus haut pourcentage d'enfants de moins de 20 ans vit dans les zones suburbaines d'Ottawa, comme Barrhaven, Kanata, Stittsville, Orléans, Hunt Club, et les anciens cantons de Fitzroy et d'Osgoode. Certains endroits d'Ottawa-Ouest, de Beacon Hill et d'Ottawa-Est ont également un grand nombre d'enfants dans leur population.²

Allaitement maternel

La plupart des femmes enceintes d'Ottawa prévoient allaiter leur nouveau-né. En 2003, 92,4 % des nouvelles mères projetaient de le faire. En 2004, cette proportion demeurait élevée, à 91,2 %.⁷⁸

En 2000, un sondage de Santé publique Ottawa mené auprès de mères de nouveau-nés de trois et six mois par indiquait que 88,8 % d'entre elles avaient commencé l'allaitement *dans les 48 heures suivant l'accouchement* (70,1 % allaitaient exclusivement⁸; 18,8 % allaitaient et utilisaient des suppléments)(figure 10.1).⁸² Selon un sondage semblable, répété en 2005,

⁸ Nota : Veuillez ne pas comparer les taux d'allaitement exclusif à la naissance puisque les questions des sondages de 2000 et 2005 n'étaient pas formulées de la même façon.

91,0 % des mères interrogées commençaient l'allaitement *dans les premiers jours suivant la naissance* (56,3 % allaitaient exclusivement; 34,7 % allaitaient et utilisaient des suppléments) (figure 10.2).⁸³ En Ontario, en 2003, 86,9 % des mères affirmaient avoir commencé* à allaiter.⁴¹

La proportion de mères qui allaitaient, exclusivement, trois mois après l'accouchement, était moins élevée qu'à la naissance, et la proportion de celles qui utilisaient maintenant le lait maternisé avait augmenté. En 2000, 63,1 % des mères d'enfants de trois mois allaitaient exclusivement et 14,3 % allaitaient mais utilisaient au moins un biberon en supplément (figure 10.1).⁸³ En 2005, la proportion de mères qui ne faisaient qu'allaiter était moins élevée (50,0 %) et la proportion de celles qui allaitaient et utilisaient un supplément avait augmenté (21,2 %) (figure 10.2).⁸³ De façon générale, de 2000 à 2005, le nombre de mères qui allaitaient toujours leur enfant à l'âge de trois mois était légèrement à la baisse (77,4 % et 71,2 %, respectivement).

Le nombre de mères qui allaitaient exclusivement six mois après l'accouchement diminuait aussi par rapport aux trois premiers mois, et la proportion de celles qui avaient changé et utilisaient du lait maternisé avait encore augmenté. Le nombre de mères qui allaitaient en 2005 (39,1 %) était plus élevé qu'en 2000 (31,9 %). En 2005, le nombre de femmes qui nourrissaient leur enfant au biberon (soit exclusivement, soit en supplément de l'allaitement) était passé de 9,0 % à la naissance à 60,8 % à l'âge de six mois (figure 10.2).⁸³ Un des objectifs des organismes de santé publique en Ontario consiste à faire passer à 50 %, en 2010, la proportion de nouveau-nés allaités jusqu'à l'âge de six mois.²⁵ Cet objectif a été atteint à Ottawa, en 2000, avec un pourcentage de 51,3 %, et en 2005, avec un pourcentage de 59,8 % de mères allaitant toujours leur enfant six mois après la naissance. En Ontario, en 2003, 39,4 % des mères affirmaient toujours allaiter leur enfant à l'âge de six mois (20,2 % des mères allaitaient exclusivement).⁴¹

* Nota : « Commencer à allaiter » désigne les femmes qui ont allaité ou qui ont tenté d'allaiter leur dernier enfant, même si ce n'était que pour peu de temps.

Figure 10.1 Alimentation des nourrissons à la naissance, à l'âge de trois mois et à l'âge de six mois, Ottawa, 2000

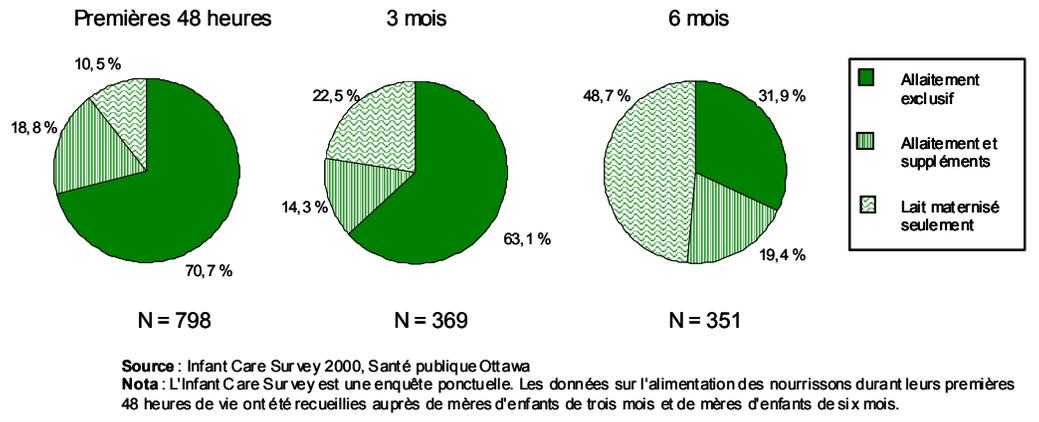
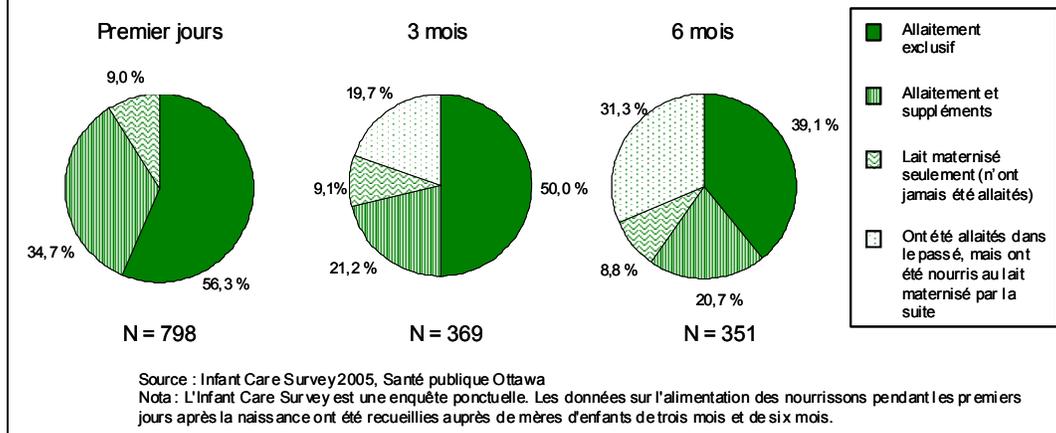


Figure 10.2 Alimentation des nourrissons à la naissance, à l'âge de trois mois et à l'âge de six mois, Ottawa, 2005



En 2005, 90,9 % des mères avaient choisi d'allaiter leur nourrisson parce qu'elles croyaient que c'était la meilleure solution pour elles et pour la santé de leur enfant. Moins de la moitié d'entre elles (44,1 %) avaient prévu allaiter pendant plus de six mois et jusqu'à un an. Les raisons les plus fréquemment données pour expliquer l'arrêt de l'allaitement sont l'impression de ne pas fournir une quantité suffisante de lait au bébé (44,4 %) et les difficultés éprouvées relativement aux techniques d'allaitement (16,7 %).⁸³

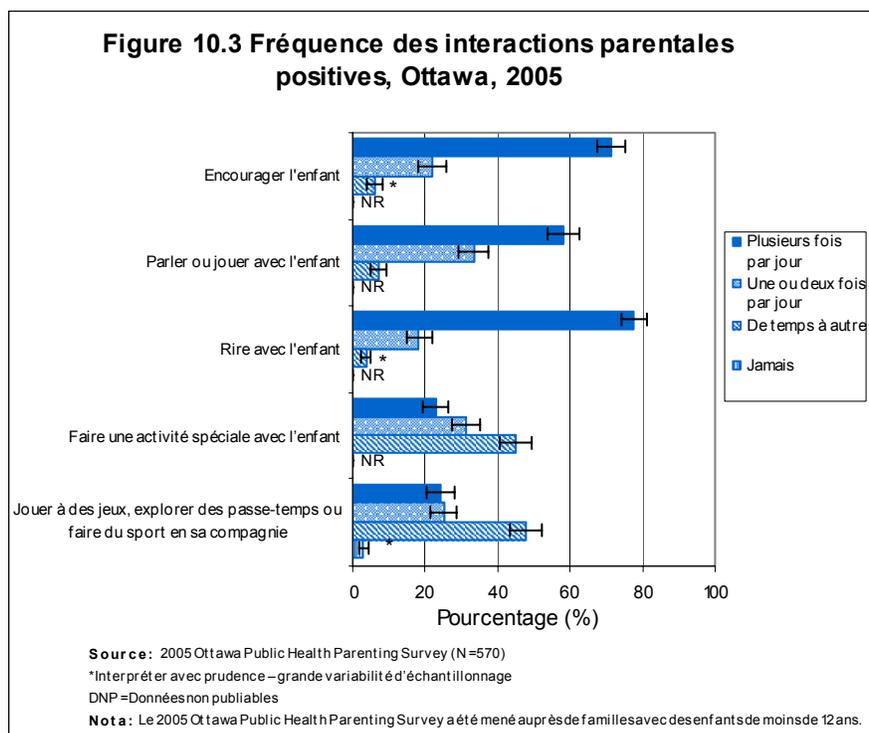
Interactions parentales positives

L'apport des parents est l'une des variables les plus importantes du développement et de la santé durant l'enfance. En plus de l'influence qu'ils ont dans la vie de leur enfant, les parents et tuteurs sont responsables de tous les aspects de sa santé et de son bien-être. Ils sont généralement les premiers avec qui l'enfant fait l'expérience des relations interpersonnelles. Ces relations doivent être une expérience positive pour que ce dernier puisse apprendre à former de nouvelles relations saines et acquérir des aptitudes sociales.

En 2005, Santé publique Ottawa a mené une étude auprès de familles où il y avait des enfants de moins de 12 ans. L'enquête a donné les résultats suivants :

- la plupart des parents (71,4 %; \pm 3,9 %) encouragent leur enfant de nombreuses fois par jour;
- la majorité des parents (77,7 %; \pm 3,6 %) rient avec leur enfant bon nombre de fois par jour;
- plus de la moitié des parents (58,4 %; \pm 4,3 %) parlent ou jouent avec leur enfant un grand nombre de fois par jour;
- environ la moitié des parents (45,9 %; \pm 4,4 %) participent à une activité spéciale avec leur enfant moins d'une fois par jour;
- environ la moitié des parents (47,8 %; \pm 4,4 %) jouent à des jeux, pratiquent un sport ou un passe-temps avec leur enfant moins d'une fois par jour (figure 10.3).

En 2001, les deux tiers (66,4 %; \pm 2,7 %) des parents d'Ottawa lisaient ou racontaient une histoire à leur enfant (de moins de six ans) plus de cinq fois par semaine. Cependant, une proportion moins grande (38,8 %; \pm 3,6 %) de parents demandaient à leur enfant de leur lire ou de leur raconter des histoires. Près de la moitié (47,2 %; \pm 3,1 %) des parents qui avaient des enfants de moins de six ans n'utilisaient jamais les services de bibliothèque.



Services de garde d'enfants

Une communauté de soutien permet aux parents d'élever leur enfant dans un milieu attentionné et sécuritaire. Des services de garde fiables et abordables constituent l'un des éléments importants d'une telle communauté. Les services de garde deviennent essentiels vu le nombre croissant de familles où les deux parents travaillent. Depuis 2002, le nombre de places dans les services de garde agréés a augmenté de manière significative, soit d'environ 28 % (3 200 places). Une hausse de 6 % (381) a également été constatée dans le nombre de places subventionnées.⁸⁴

Malheureusement, les parents ne sont pas toujours en mesure de prendre soin de leurs enfants. La Société de l'aide à l'enfance (SAE) d'Ottawa veille à placer les enfants à risque dans un milieu sûr. En octobre 2005, 691 enfants de plus de six ans étaient confiés aux soins de la SAE, ainsi que 98 enfants de deux ans et moins et 61 enfants âgés de trois à six ans.⁸⁵

Difficulté d'accès aux programmes de la petite enfance

En 2001, un peu plus de la moitié (53,5 %; ± 2,8 %) des parents d'enfants de moins de six ans rapportaient que leur enfant avait participé à un programme de la petite enfance, comme les garderies éducatives, les jardins d'enfants, les programmes d'activité ou les groupes de jeu. Un cinquième (20,9 %; ± 2,3 %) des parents indiquaient avoir eu difficilement accès à un ou à

plusieurs des programmes de la petite enfance offerts à Ottawa. Les quatre plus grands obstacles étaient le coût (41,2 %; ± 6,1 %), le transport (26,0 %; ± 5,4 %), les heures d'ouverture (20,4 %; ± 5,0 %) et le lieu (14,4 %; ± 4,4 %).⁶⁸

Aide au développement

En 2004 et 2005, 24 enfants nés en 2004 ont été dirigés vers *Premiers Mots*, un programme de services de rééducation de la parole et du langage. Ce programme vise à déceler les retards de langage chez les enfants de moins de deux ans.⁸⁶

Les programmes du Ottawa Carleton Headstart Association for Preschools (OCHAP) offrent aux familles une occasion de faire examiner leur enfant pour détecter les problèmes du langage ou de la parole. Les services ciblent les familles à faible revenu, les nouveaux arrivants et les enfants ayant des besoins spéciaux. Entre septembre 2001 et septembre 2002, 436 enfants ont été évalués ou ont été dirigés vers des services d'enrichissement précoce.⁸⁷

Blessures

Comme la plupart des blessures sont prévisibles et évitables, celles des enfants ont été reconnues comme étant un problème de santé publique important, et la prévention des blessures chez les enfants est devenue une question prioritaire. En 2004, plus de 500 enfants d'Ottawa âgés de 0 à 19 ans ont subi des blessures assez graves pour nécessiter leur hospitalisation. Les blessures, les empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes figuraient au deuxième rang des causes principales d'hospitalisation chez les garçons de 0 à 9 ans, et au premier rang chez ceux de 10 à 19 ans. Malgré qu'ils soient moins fréquents chez les filles, les empoisonnements, les blessures et certaines autres conséquences de causes externes constituaient tout de même les causes principales d'hospitalisation chez celles de moins de 19 ans (*voir la section Mortalité et morbidité globales*).

En 2004, le taux d'hospitalisations causées par des blessures involontaires chez les enfants de 0 à 6 ans d'Ottawa s'élevait à 210,2 pour 100 000 enfants. Ce taux était légèrement plus élevé chez les garçons de 0 à 6 ans (sans que ce soit une différence significative), étant de 245,6 pour 100 000 garçons, et de 173,8 pour 100 000 filles âgées de 0 à 6 ans. Chez les enfants de 0 à 6 ans, entre 1996 et 2004, les chutes représentaient la principale cause d'hospitalisation pour blessures involontaires. En 2004, le taux d'hospitalisations pour chutes, chez les garçons de 0 à 6 ans, était de 125,9 pour 100 000 et, chez les filles, de 85,3 pour 100 000. Dans l'ensemble, à Ottawa, en 2004, le taux d'hospitalisations pour chutes chez les enfants de 0 à 6 ans s'élevait à 105,9 pour 100 000 (*voir les sections Blessures et Prévention des blessures pour plus de renseignements relativement à la population en général*).

Asthme

En 2004, les troubles de l'appareil respiratoire constituaient la principale cause d'hospitalisation chez les enfants de 0 à 9 ans. L'asthme est une maladie de l'appareil respiratoire dont les symptômes – sifflements, toux, essoufflement – résultent d'une inflammation et d'une obstruction muqueuse des voies aériennes. L'activité physique, les infections virales, les variations de température, les produits chimiques, les médicaments, les allergènes présents dans l'environnement, ainsi que les émotions peuvent déclencher une crise d'asthme.

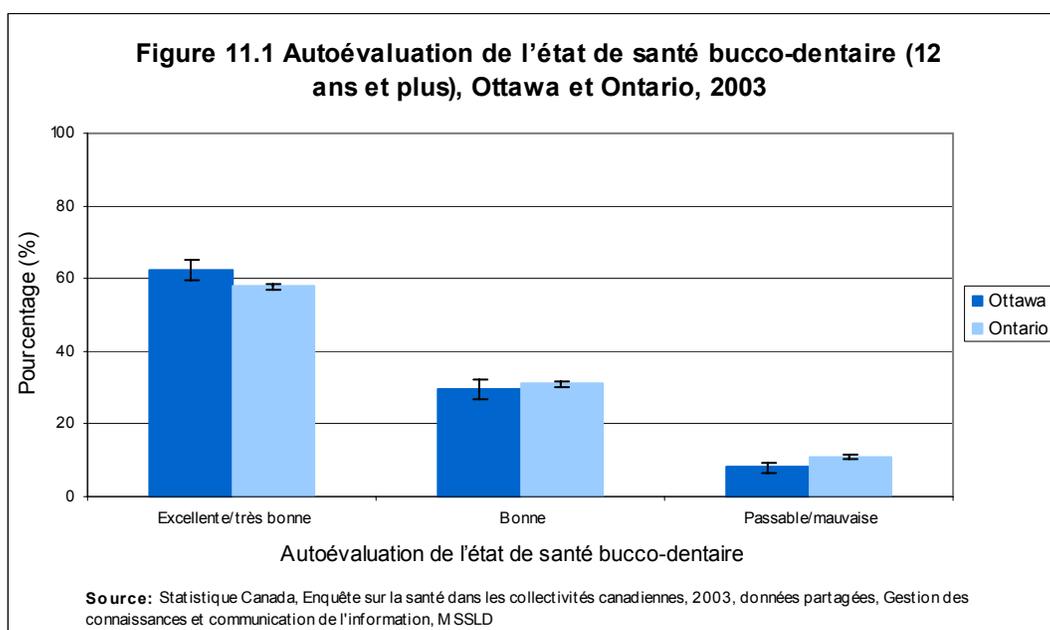
L'asthme est l'une des principales maladies chroniques chez les enfants. Chez les bébés et les enfants de 0 à 6 ans, les taux bruts d'hospitalisations causées par l'asthme sont beaucoup plus élevés que dans la population en général, s'établissant à 185,3 pour 100 000, et plus bas qu'en Ontario. Les taux bruts d'hospitalisation étaient beaucoup plus élevés chez les garçons de 0 à 6 ans (262,3 par 100 000) que chez les filles (113,7 pour 100 000).

11. Santé bucco-dentaire

L'Association dentaire canadienne définit la santé bucco-dentaire comme « l'état des tissus et des structures de l'appareil bucco-dentaire d'une personne qui contribue à son bien-être physique, mental et social et qui favorise sa qualité de vie en lui permettant de s'exprimer, de s'alimenter et de socialiser sans douleur, malaise ou gêne ».⁸⁸

Autoévaluation de l'état de santé bucco-dentaire

Il s'agit de la perception personnelle qu'une personne a de la santé de sa bouche et de ses dents. En 2003, 62,4 % ($\pm 2,8$ %) des résidents d'Ottawa de 12 ans et plus ont indiqué que leur santé bucco-dentaire était excellente ou très bonne.⁴¹ Cette proportion est nettement plus élevée que celle observée chez la population de l'Ontario, soit 57,8 % ($\pm 0,8$ %) (figure 11.1).



Brossage des dents

Une bonne hygiène buccale, qui comprend le brossage des dents, peut aider à prévenir la carie et les maladies des gencives. L'Ontario Dental Association (ODA) recommande de se brosser les dents avec soin au moins deux fois par jour, idéalement après les repas et avant le coucher.⁸⁹

En 2003, 83,2 % ($\pm 2,2$ %) des résidents d'Ottawa ont affirmé qu'ils se brossent les dents au moins deux fois par jour, et chez 16,1 % ($\pm 2,1$ %) des répondants, la fréquence des brossages est d'une fois par jour. De plus, les femmes ont été nettement plus nombreuses (87,4 %, $\pm 3,0$ %) que les hommes (78,8 %, $\pm 3,3$ %) à déclarer se brosser les dents au moins deux fois par jour.

Visites chez le dentiste

Même si l'ODA recommande aux gens d'ajuster la fréquence de leurs visites chez le dentiste en fonction de leurs besoins, elle estime préférable pour la majorité de la population de l'Ontario de subir un examen dentaire au moins deux fois par année.⁸⁹

Des visites régulières chez un dentiste aident à maintenir une bonne hygiène buccale et permettent un dépistage rapide des maladies bucco-dentaires. La collecte de données au sujet des habitudes de visite chez le dentiste renseigne sur l'accessibilité et la disponibilité des services, de même que sur les besoins d'une population en la matière.⁹⁰ En 2003, 70,6 % ($\pm 2,5$ %) des résidents d'Ottawa ont affirmé avoir consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois; 43,5 % ($\pm 3,1$ %) des gens ont indiqué qu'ils se soumettent à un examen dentaire habituellement plus d'une fois par année, tandis que 33,3 % ($\pm 2,9$ %) le font une seule fois par année; enfin, 15,3 % ($\pm 2,0$ %) des répondants ont affirmé qu'en général, ils consultent un dentiste uniquement pour recevoir des soins d'urgence.⁴¹

Assurance dentaire

En 2003, 71,3 % ($\pm 2,8$ %) des personnes âgées d'au moins 12 ans et vivant à Ottawa ont indiqué bénéficier d'un régime d'assurance dentaire privé, gouvernemental ou payé par l'employeur, qui couvre en tout ou en partie leurs dépenses en soins dentaires.⁴¹

Accès aux services

À Ottawa, un programme dentaire intégré est offert aux enfants et aux adultes admissibles qui présentent un risque accru afin de les aider à améliorer leur santé bucco-dentaire, en permettant un meilleur accès aux services dentaires et en mettant l'accent sur l'éducation et la prévention. Les services actuellement offerts comprennent l'examen préliminaire des enfants à risque en milieu scolaire, l'aiguillage des cas les plus urgents vers les services appropriés, la prestation de soins dentaires préventifs aux familles à faible revenu qui n'ont pas d'assurance, et l'administration de soins dentaires à des groupes cibles.

En 2005, les services suivants ont été offerts :

- 31 000 élèves ont subi dans leur école un examen préliminaire; 3 600 enfants ont par la suite été aiguillés vers des services de suivi, lesquels ont révélé pour 2 300 d'entre eux un besoin urgent de soins dentaires;
- 2 500 consultations liées à l'examen de prothèses ont été accordées principalement à des aînés et à des personnes handicapées;
- 22 500 examens dentaires ont été obtenus par des prestataires d'Ontario au travail admissibles à ce service;
- 12 300 réclamations pour des soins dentaires ont été traitées dans des bureaux de dentistes privés.

12. Immunisation

Vaccination des enfants

Santé publique Ottawa assure le contrôle de l'état d'immunisation des enfants qui fréquentent des garderies agréées et des écoles à Ottawa. De plus, la Province exige que tous les élèves des écoles de l'Ontario soient immunisés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons et la rubéole, à moins qu'ils aient une exemption valide. Pour l'année scolaire 2004-2005, le taux de vaccination chez les enfants d'Ottawa était de 92 % à l'âge auquel ils entrent à l'école (cinq ans).

Depuis janvier 2005, le ministère de la Santé de l'Ontario offre à tous les jeunes de 12 à 20 ans le vaccin contre la méningite méningococcique, qui protège contre la méningococcie invasive (MI). En 2005, Santé publique Ottawa a tenu à l'échelle de la ville 11 cliniques d'immunisation gratuite contre la méningite méningococcique pour les enfants de 12 ans et les jeunes de 15 à 19 ans.

Vaccination antigrippale

À l'automne et à l'hiver 2004-2005, environ 460 000 doses de vaccin antigrippal ont été distribuées dans la région aux médecins, aux hôpitaux, aux établissements résidentiels et de soins de longue durée, aux fournisseurs de soins infirmiers ainsi qu'aux services d'urgence et à leurs employés. En tout, 32 700 personnes ont reçu le vaccin antigrippal dans les 35 cliniques communautaires de vaccination contre la grippe de Santé publique Ottawa. De plus, les infirmières du Programme de santé des gens de la rue, une initiative de Santé publique Ottawa, ont administré le vaccin à 948 personnes dans des refuges pour sans-abri et divers lieux où sont offerts des services sociaux. Ces personnes sont particulièrement à risque de contracter des maladies.

Le ministère de la Santé de l'Ontario a comme objectif d'administrer le vaccin antigrippal à au moins 90 % des résidents (bénéficiaires) et 70 % du personnel des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée afin d'aider à prévenir les éclosions, les hospitalisations et les décès chez les groupes de personnes vulnérables. Pour la même raison, les établissements résidentiels, psychiatriques, de soins palliatifs et autres, comme les foyers de groupe, sont aussi visés par ces mesures. De plus, le vaccin antigrippal est recommandé aux travailleurs de la santé et aux autres personnes qui entrent régulièrement en contact avec des gens qui présentent un risque élevé de contracter la grippe.⁹¹

Les établissements concernés n'ont pas tous soumis leur taux de vaccination antigrippale, mais pour ceux qui l'ont fait, les taux de vaccination à l'automne 2004 étaient les suivants :

- 95 % des 4 000 résidents vivant dans 25 des 28 foyers pour personnes âgées et maisons de soins infirmiers, et 77 % des 5 000 employés y travaillant;
- 90 % des quelque 2 700 résidents vivant dans 33 des 54 maisons de retraite et 81 % d'environ 1 700 employés y travaillant;
- 43 % des quelque 18 000 employés dans six hôpitaux de soins actifs.

Les renseignements recueillis sur la population générale révèlent que 54,1 % (\pm 4,7 %) des résidents d'Ottawa ont affirmé avoir reçu le vaccin antigrippal au cours de la saison grippale de 2004-2005, ce qui est nettement supérieur aux proportions enregistrées pour les saisons de 2001-2002 et de 2002-2003.⁹²

13. Maladies Transmissibles

La présente section traite des maladies transmissibles dites contagieuses et à déclaration obligatoire aux termes de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Les médecins, les dirigeants d'hôpitaux ou de laboratoires, les directeurs d'écoles et les garderies doivent signaler toute personne qui pourrait avoir contracté l'une des maladies transmissibles citées ci-dessous. Seules les maladies les plus couramment signalées sont décrites dans cette section. Sauf avis contraire, toutes les données comprises dans cette section sont tirées du Système d'information en santé publique intégré (SISP-i). Le virus du Nil occidental et la rage seront abordés dans la section portant sur la santé de l'environnement.

On a cru à un moment donné que les maladies transmissibles étaient de l'histoire ancienne. Cependant, la morbidité et la mortalité associées aux maladies transmissibles demeurent problématiques encore aujourd'hui. Ces dernières années, on a constaté une résurgence de certaines maladies, comme la syphilis, qui était de moins en moins fréquente. On se préoccupe également de l'émergence de maladies telles que le SRAS. Le personnel chargé de la surveillance de la santé publique, de la recherche de cas et de traitements, du dépistage des contacts, de la lutte contre les infections et de la vaccination collabore à la prévention des maladies transmissibles. Les objectifs de santé publique liés aux maladies transmissibles sont axés sur des maladies particulières et mettent l'accent sur la réduction ou l'élimination du fardeau qu'entraînent ces maladies dans notre communauté.

Tableau 13.1 : Nombre, taux d'incidence brut des cas et des porteurs de maladies transmissibles déclarés, Ottawa, 2004

Rang	Maladie	Nombre de cas déclarés	Taux d'incidence (cas par 100 000 habitants)
1	Chlamydia	1 326	160,01
2	Varicelle*	981	118,38
3	Hépatite C	311	37,53
4	Grippe	244	29,44
5	Entérite à <i>Campylobacter</i>	219	26,43
6	Hépatite B – Porteurs	199	24,01
7	Gonorrhée	158	19,07
8	Salmonellose	138	16,65
9	Giardiase	134	16,17
10	Infection par le VIH	92	11,10
11	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , forme envahissante	75	9,05
12	Amibiase	68	8,21
13	Tuberculose	47	5,67

Rang	Maladie	Nombre de cas déclarés	Taux d'incidence (cas par 100 000 habitants)
14	Coqueluche	44	5,31
15	Syphilis	40	4,83
16	Encéphalite/méningite	31	3,74
17	Streptococcie envahissante due au streptocoque du groupe A	29	3,50
18	Shigellose	20	2,41
19	Cryptosporidiose	12	1,45
20	Infections à E. coli producteur de vérotoxine (ECOV)	12	1,45
21	Malaria	11	1,33
22	Hépatite A	9	1,09
23	Yersiniose	8	0,97
24	Cyclospora	7	0,84
25	Hépatite B – Cas	6	0,72
26	Méningite méningococcique	6	0,72
27	Fièvre typhoïde	5	0,60

Source : Les données ont été tirées du SISP-i, Santé Publique Ottawa, le 1^{er} décembre 2005.

* Le nombre de cas de varicelle déclarés arrive sous forme de rapports sommaires envoyés par les écoles et les garderies.

En 2004, moins de cinq cas des maladies suivantes ont été déclarés : le SIDA, la streptococcie due au streptocoque du groupe B chez le nouveau-né, la listériose, la fièvre paratyphoïde, les oreillons, la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, la rubéole, la lèpre, la brucellose, la maladie de Lyme, le virus du Nil occidental et l'encéphalopathie spongiforme.

Aucun cas des maladies suivantes n'a été signalé en 2004 : la maladie du charbon (anthrax), l'hépatite D, l'herpès néonatal, le botulisme, le choléra, la diphtérie, l'haemophilus influenzae du type B, la rougeole, la polio, la rage, la rubéole congénitale, le tétanos, la Legionella, la psittacose/ornithose, la fièvre Q, la tularémie et la fièvre jaune.

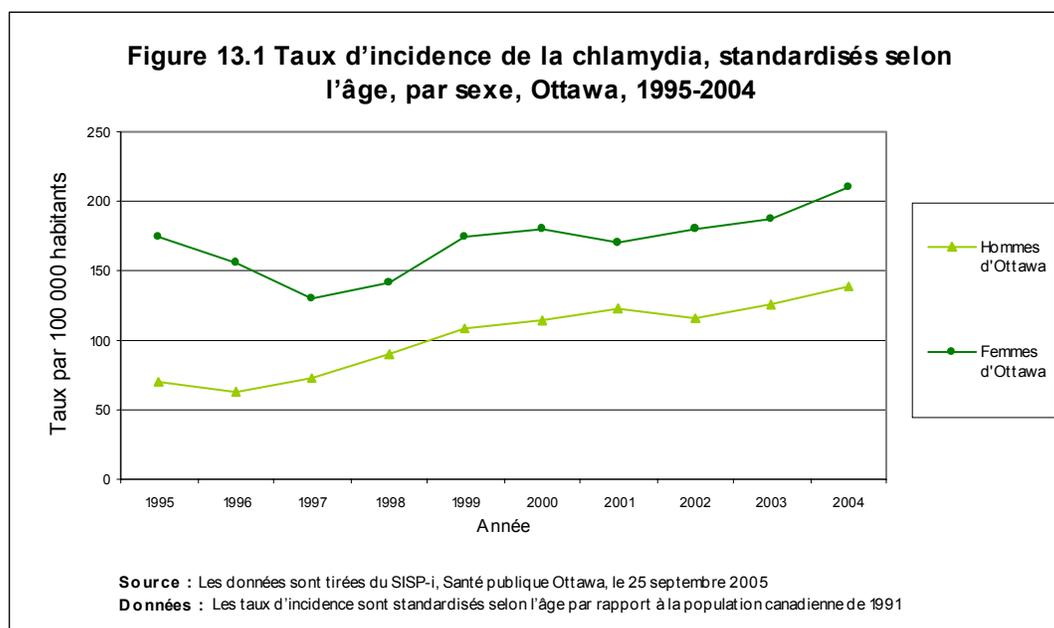
Maladies transmissibles sexuellement et maladies infectieuses véhiculées par le sang

Les maladies transmissibles sexuellement (MTS) peuvent passer d'une personne à l'autre par contact sexuel ou par tout autre contact direct, par exemple lors de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse. Les agents infectieux se trouvent dans les liquides organiques comme le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, le lait maternel et la salive. Ce groupe de maladies compte pour le plus grand nombre de cas signalés à Ottawa, et les taux sont à la hausse.

Chlamydia

En 2004, la chlamydia a été la maladie transmissible la plus souvent déclarée. De 1995 à 2004, les taux d'incidence de la chlamydia ont augmenté considérablement tant chez les hommes que chez les femmes (figure 13.1). Plus de la moitié (59,5 %) des 1 326 cas de chlamydia déclarés en 2004 touchaient des femmes. De ceux-ci, les jeunes de 15 à 24 ans en constituaient 61,8 %. Le scénario change en fonction du sexe et de l'âge. Chez les 15 à 24 ans, les femmes sont les plus touchées, tandis que dans le groupe d'âge des 25 ans et plus, ce sont les hommes qui représentent la majorité des cas.

Un des objectifs en matière de santé publique en Ontario consistait à réduire en 2005 le taux d'incidence de la chlamydia à 500 cas par 100 000 femmes de 15 à 24 ans.²⁵ Ottawa n'a pas encore atteint cet objectif puisque le nombre de cas de chlamydia chez les femmes de 15 à 24 ans s'élevait à 1 042,8 par 100 000 habitants en 2004.

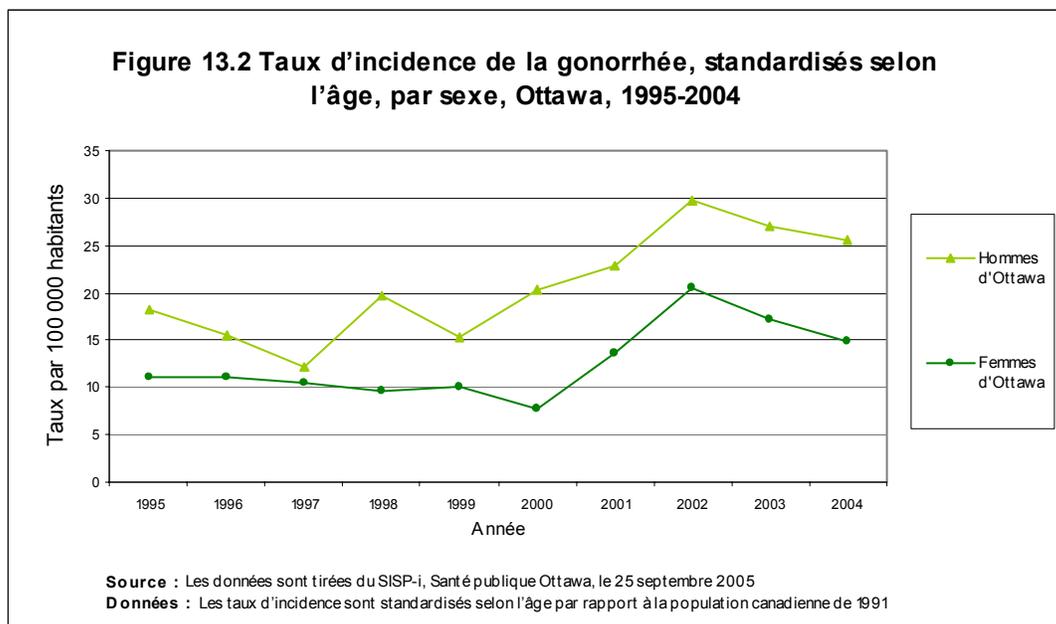


Gonorrhée

Un des objectifs en matière de santé publique en Ontario vise à réduire le taux d'incidence de la gonorrhée à 15 cas par 100 000 habitants d'ici 2005.²⁵ De 1995 à 2002, les taux de gonorrhée à Ottawa étaient à la hausse, mais il est difficile de déterminer si la tendance se maintient, car les taux étaient plus bas en 2003 et en 2004. Le taux brut d'incidence de la gonorrhée se

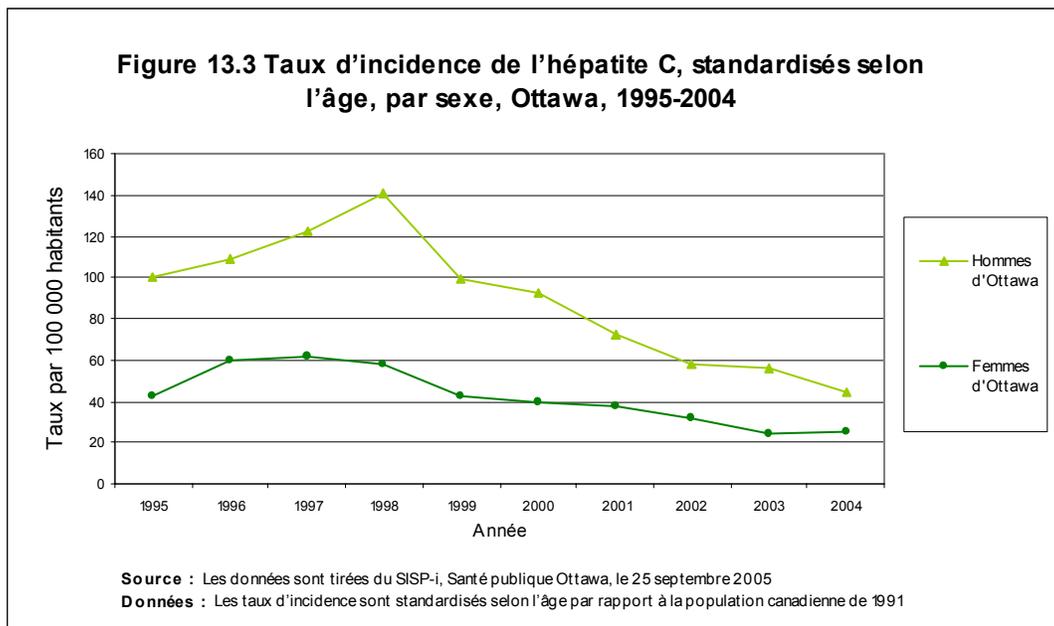
chiffrait à 19,1 cas par 100 000 habitants en 2004, ce qui indique qu'Ottawa n'a pas encore atteint cet objectif en matière de santé publique (figure 13.2).

En 2004, le taux brut d'incidence de la gonorrhée était nettement plus élevé chez les hommes (25,08 cas par 100 000 habitants) que chez les femmes (13,27 cas par 100 000 habitants). Les jeunes de 15 à 24 ans constituaient 51,9 % des cas de gonorrhée déclarés.



Hépatite C

Les taux d'incidence de l'hépatite C ont diminué depuis 1998 à la fois chez les hommes et chez les femmes. En 2004, le taux brut d'incidence de l'hépatite C était nettement supérieur chez les hommes, totalisant 64,3 % de tous les cas d'hépatite C (figure 13.3).



VIH

Depuis 1995, le taux d'incidence du VIH est demeuré relativement stable tant chez les hommes que chez les femmes. En 2004, le taux d'incidence du VIH, standardisé selon l'âge, se chiffrait à 11,5 cas par 100 000 habitants. Exception faite des taux de 1996, l'incidence du VIH a toujours été beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

De 2001 à 2003, plus de la moitié (54,9 %) des nouveaux cas de VIH chez les hommes présentant des facteurs de risque connus ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), et 18,4 % d'entre eux étaient nés ou avaient vécu dans des pays où le VIH est considéré comme endémique. De 2001 à 2003, chez les femmes, le fait d'être originaire d'un pays ou d'avoir vécu dans un pays où le VIH est endémique (65,8 %) était le facteur de risque le plus souvent signalé.

En 2001, le taux de mortalité attribuable au VIH et au sida était de 4,28 décès par 100 000 habitants.

Syphilis

Depuis 2001, la syphilis est réapparue chez les hommes d'Ottawa. Le taux d'incidence de la syphilis infectieuse a quintuplé entre 2001 (0,75 cas par 100 000 hommes) et 2004 (4,92 cas

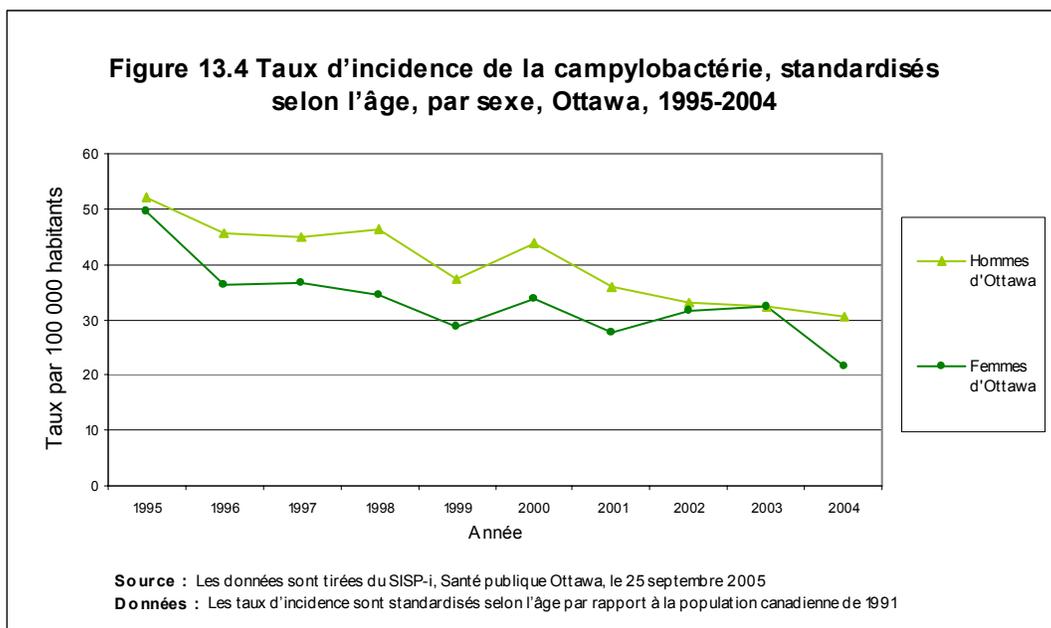
par 100 000 hommes). Chez les femmes, le taux brut d'incidence de la syphilis est demeuré inférieur à un cas par 100 000 habitantes de 1995 à 2004, ce qui satisfait à l'un des objectifs de santé publique de l'Ontario.²⁵

Maladies entériques d'origine alimentaire et hydrique

Les maladies entériques d'origine alimentaire et hydrique se transmettent principalement par l'ingestion d'aliments et d'eau contaminés mais peuvent aussi se propager par contact direct ou par voie oro-fécale. À Ottawa, ces infections sont les plus souvent signalées après les MTS. L'objectif en matière de santé publique consiste à réduire l'incidence des maladies d'origine hydrique et à améliorer la santé de la population en diminuant l'incidence des intoxications alimentaires.²⁵ Les cas déclarés dans la présente section représentent des cas sporadiques de maladie. En 2004, aucune épidémie n'a été associée à une maladie entérique à déclaration obligatoire.

Campylobactérie

La maladie imputable à la campylobactérie compte pour 34,4 % de toutes les maladies entériques et 5,3 % de toutes les maladies transmissibles déclarées en 2004. Les taux bruts d'incidence de l'entérite à *Campylobacter* ont nettement diminué entre 1995 (50,86 cas par 100 000 habitants) et 2004 (26,43 cas par 100 000 habitants) (figure 13.4). On enregistre une tendance saisonnière aux cas d'entérite à *Campylobacter*, le plus grand nombre de cas se produisant en été.



Salmonellose

Les taux bruts d'incidence de la salmonellose n'ont pas beaucoup changé depuis 1995 (23,47 cas par 100 000 habitants). Cependant, le plus haut taux brut d'incidence de la salmonellose, qui a été enregistré en 1998 (28,92 cas par 100 000 habitants), est nettement supérieur à celui de 2004 (16,65 cas par 100 000 habitants). On ne constate pas de différence marquée en 2004 entre les taux d'incidence de salmonellose chez les hommes et chez les femmes.

Giardiase

Les taux bruts d'incidence de la giardiase ont considérablement diminué entre 1994 (35,01 cas par 100 000 habitants) et 2004 (16,17 cas par 100 000 habitants). Il n'y a pas d'écart important en 2004 entre les taux d'incidence de giardiase chez les hommes et chez les femmes.

Maladies pouvant être prévenues par une vaccination systématique

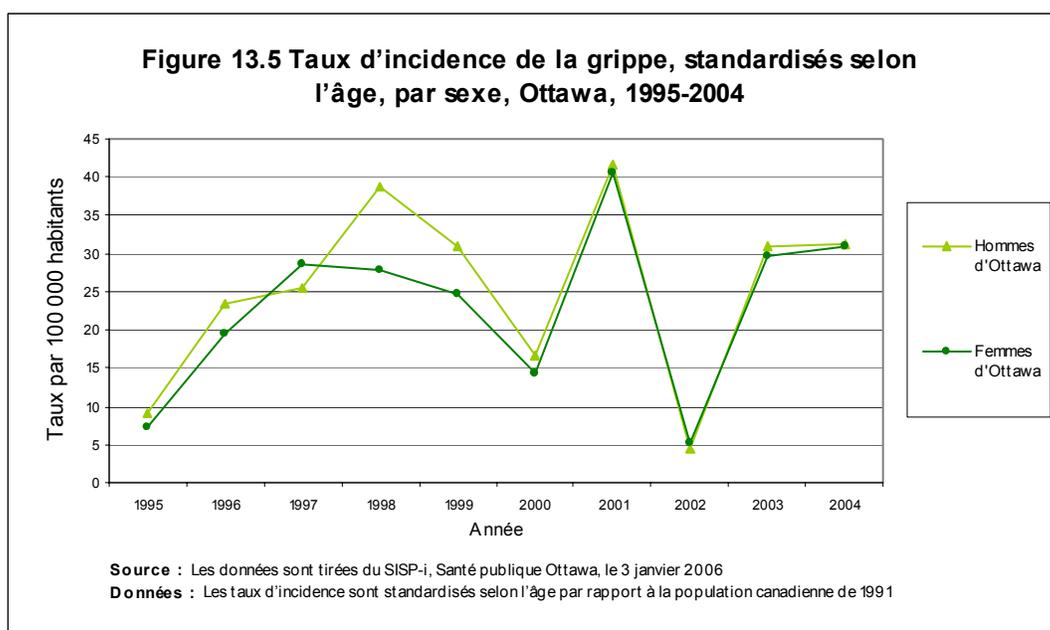
La présente section du rapport mettra en évidence les maladies qui sont transmises de différentes façons mais qui peuvent être prévenues par une vaccination systématique. Bon nombre de ces maladies sont rares à Ottawa, fait attribuable en grande partie au succès des programmes de vaccination systématique.

Varicelle

La varicelle est la maladie transmissible pouvant être prévenue par un vaccin qui est la plus fréquemment signalée. Les cas sont recensés à partir des rapports sommaires envoyés par les écoles et les garderies, qui fournissent une estimation du fardeau que la maladie représente pour la communauté à un moment donné. Un vaccin contre la varicelle est maintenant offert en Ontario.

Grippe

La grippe est une maladie respiratoire saisonnière, et il est difficile de se prononcer sur les tendances des taux d'incidence car ils peuvent changer énormément d'une année à l'autre (figure 13.5). La surveillance de la grippe à l'échelle locale consiste à recueillir des renseignements sur les cas de grippe extrahospitaliers confirmés en laboratoire, mais aussi à tenir compte des épidémies de grippe dans les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux et les garderies (voir la section sur les épidémies).



Les données consignées sur les cas sporadiques extrahospitaliers ne représentent qu'une petite portion de tous les cas de grippe hors établissement puisque relativement peu de personnes qui consultent un médecin subissent un test par la suite. Les cas déclarés surreprésentent les personnes qui sont plus susceptibles d'être testées, comme les personnes

âgées et les pensionnaires d'établissements de soins de longue durée. D'ailleurs, la plupart des tests positifs (54,1 %) provenaient, en 2004, du groupe des plus de 65 ans.

Tuberculose

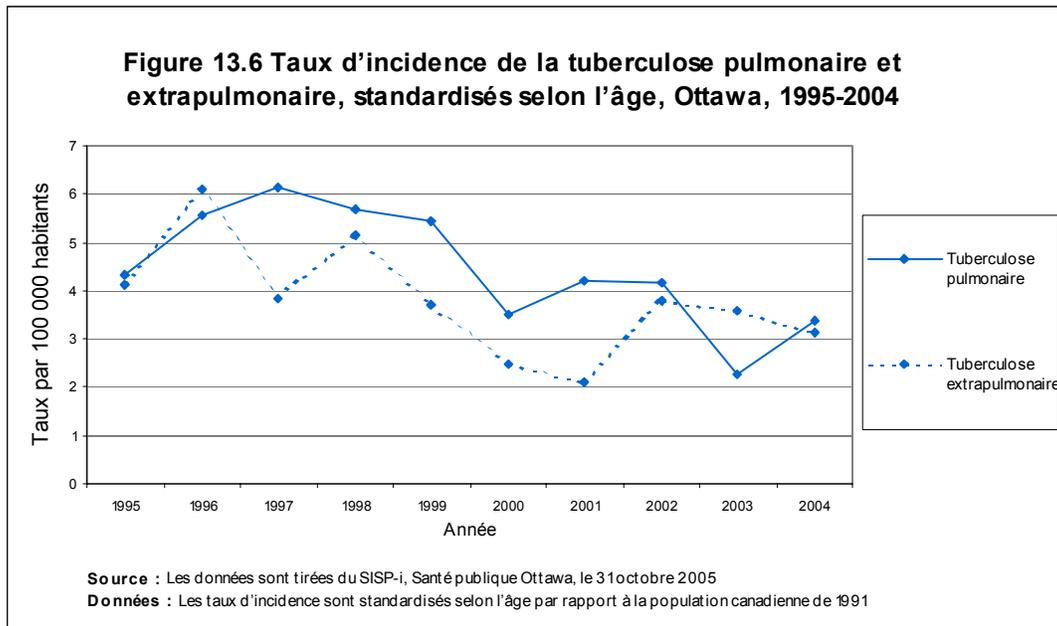
Au début du XX^e siècle, la tuberculose était l'une des principales causes de mortalité et de morbidité au Canada.⁹³ Même si la tuberculose existe encore à Ottawa aujourd'hui, les taux sont beaucoup plus bas grâce aux traitements, à la prévention, au dépistage et aux stratégies de sensibilisation.

La tuberculose s'attaque habituellement aux poumons (tuberculose pulmonaire), mais la bactérie de la tuberculose peut voyager dans le sang et infecter d'autres parties du corps (tuberculose extrapulmonaire). La tuberculose pulmonaire représentait environ la moitié de tous les cas de tuberculose en 2004 à Ottawa (3,26 cas par 100 000 habitants) (figure 13.6). La tuberculose est transmissible lorsque la personne contaminée peut produire des expectorations d'un poumon infecté. Pour qu'il y ait transmission, il faut généralement avoir eu un contact prolongé avec une personne atteinte de la tuberculose qui tousse ou éternue et propage la bactérie dans l'air.

À Ottawa, les taux bruts d'incidence de tous les types de tuberculose ont diminué substantiellement depuis 1996 (11,58 cas par 100 000 habitants) et en 2004, le taux d'incidence se chiffrait à 5,67 cas par 100 000 habitants. Ottawa n'a pas encore atteint l'objectif visant à réduire le taux d'incidence de la tuberculose à 3,5 cas par 100 000 habitants, mais la tendance est à la baisse.²⁵ En 2004, on n'a pas constaté de différence marquée entre les taux d'incidence de la tuberculose chez les hommes et chez les femmes. À l'heure actuelle, les décès attribuables à la tuberculose sont très rares à Ottawa.

La tuberculose reste une maladie endémique dans de nombreux pays et 87,5 % de tous les cas de tuberculose déclarés en 2003 provenaient de personnes ayant voyagé ou vécu dans un pays où la tuberculose est endémique, ce qui constitue un facteur de risque de transmission.

On se préoccupe de plus en plus de la co-infection de la tuberculose avec le VIH. En 2004 à Ottawa, 7 des 47 cas (14,9 %) de tuberculose touchaient des personnes ayant le VIH.



Éclosions

Une écloison survient lorsqu'il y a une incidence plus élevée que prévu d'une maladie particulière dans un lieu défini. Santé publique Ottawa fait enquête sur toutes les éclosions potentielles de maladies respiratoires et entériques dans les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux, les garderies, les écoles et tout autre établissement. On procède également à des enquêtes sur les éclosions possibles signalées dans la communauté ou celles détectées par la surveillance systématique des maladies transmissibles. Les enquêtes sur les épidémies peuvent comprendre la recherche de cas et de contacts, la prévention des infections, l'évaluation des risques et la vaccination.

En 2004, on a recensé 196 éclosions confirmées dans la ville d'Ottawa, soit le double de l'année précédente (95). De ce nombre, 62 étaient associées aux maladies respiratoires et 134, aux maladies entériques (tableau 13.2). Sur les 25 éclosions de maladies respiratoires où l'organisme a été identifié, la grippe A concernait 76 % des cas et la grippe B, 4 %. Des 20 éclosions d'affections entériques pour lesquelles l'organisme a été identifié, 45 % étaient attribuables au norovirus, qui n'est pas une maladie à déclaration obligatoire lorsqu'elle se manifeste sporadiquement au sein de la communauté.

Tableau 13.2 : Éclosions de maladies respiratoires et entériques selon le lieu, Ottawa, 2004

	Respiratoire	Entérique
Total	62	134
Organisme identifié	25	20
Lieu	Respiratoire	Entérique
Garderie	0	65
Établissement de soins de longue durée	56	48
Hôpital	6	9
Autre établissement	0	2
Communauté	0	4
Autres	0	6

Source : Unité de la surveillance, Santé publique Ottawa, 2006

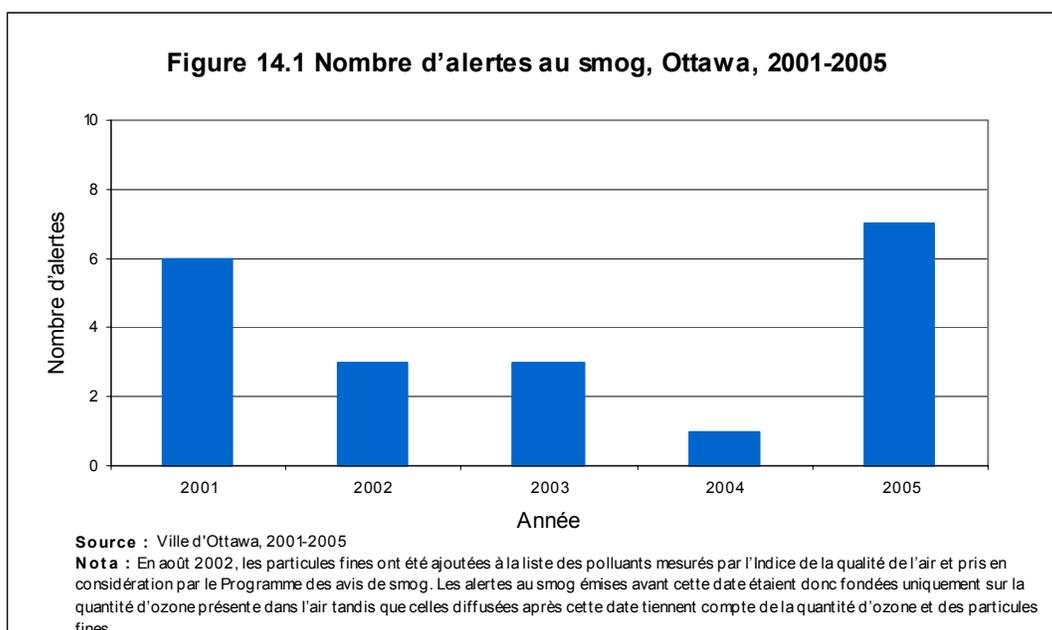
14. Santé de l'environnement

La qualité de l'air et de l'eau, la salubrité des aliments, les zoonoses et les conditions météorologiques extrêmes sont des indicateurs de l'hygiène du milieu qui sont surveillés régulièrement afin de protéger et de promouvoir la santé de tous. La présente section décrit l'incidence de ces indicateurs environnementaux sur l'état de santé des résidents d'Ottawa.

Qualité de l'air

Les contaminants atmosphériques proviennent de sources naturelles et industrielles et peuvent se déplacer sur de longues distances au-delà des frontières et des plans d'eau. Les principaux polluants atmosphériques surveillés au Canada sont l'ozone troposphérique, les particules fines, le monoxyde de carbone, le dioxyde de soufre et les oxydes d'azote.⁹⁴ Jumelée à des conditions de chaleur intense, la combinaison de ces contaminants produit du smog.

Le smog peut avoir des effets néfastes sur la santé humaine et irriter ou endommager le cœur et les poumons. Les répercussions du smog sur la santé reposent sur plusieurs facteurs, notamment le niveau ou le type de polluants atmosphériques, la durée de l'exposition, l'âge et l'état de santé global.



L'Indice de la qualité de l'air (IQA) est un indicateur qui mesure six polluants principaux : l'ozone (O₃), les particules fines (PM_{2,5}), le dioxyde d'azote (NO₂), le monoxyde de carbone (CO), le dioxyde de soufre (SO₂) et les composés de soufre réduit total (SRT).⁹⁴ Un IQA inférieur à 32 indique que la qualité de l'air est relativement bonne, tandis qu'un IQA de 32 à 49 révèle une qualité d'air moyenne. Un indice supérieur à 49 signifie que la qualité de l'air est médiocre, ce qui peut rendre certaines personnes malades. Si l'on prévoit que ces conditions persisteront pendant une certaine période, un avertissement de smog est émis. En 2005, sept alertes au smog pour une durée totale de 25 jours ont été émises à Ottawa (figure 14.1).

Eau potable traitée par les réseaux d'aqueduc municipaux

En matière de sécurité de l'eau potable traitée par les réseaux d'aqueduc municipaux, les normes en santé publique visent à réduire les cas de maladies d'origine hydrique au sein de la population et à s'assurer que les réseaux d'alimentation en eau potable satisfont aux normes d'hygiène relatives aux composantes chimiques, physiques et microbiologiques ainsi qu'aux radionucléides, qui sont énoncées dans les *Normes de qualité de l'eau potable de l'Ontario* et les *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada*.²⁵ L'eau potable qui alimente Ottawa provient en grande partie de la rivière des Outaouais. La Ville d'Ottawa exploite deux grands réseaux de distribution d'eau (l'usine de purification de l'eau de Britannia et l'usine de purification de l'eau de l'île Lemieux), lesquels servent plus de 750 000 résidents. La Ville possède également quatre puits souterrains qui alimentent les résidents de Vars, de Carp, de Munster Hamlet et d'une partie du village de Richmond. Tous les réseaux d'aqueduc municipaux sont assujettis à une réglementation, et la Ville d'Ottawa est tenue, aux termes de la *Loi de 2002 sur la salubrité de l'eau potable* et du *Règlement sur les réseaux d'eau potable*, de veiller à préserver la qualité de l'eau que nous buvons. Des échantillons d'eau sont analysés régulièrement afin d'assurer la sécurité des consommateurs, et des certificats d'autorisation sont émis pour tous les réseaux d'aqueduc appartenant à la Ville et exploités par celle-ci, qui satisfont aux exigences et aux paramètres sanitaires auxquels sont assujettis les réseaux de distribution d'eau potable.

Comme il n'est pas possible de définir tous les paramètres sanitaires à respecter pour obtenir une eau potable de qualité, quatre des paramètres les plus courants sont traités ci-dessous : les trihalométhanes (THM), les coliformes, les *E. coli* et le fluorure.

Les trihalométhanes sont des sous-produits de désinfection. Depuis 2000, le niveau de THM contenu dans l'eau potable de la Ville n'a jamais dépassé le seuil sécuritaire établi pour assurer la qualité de l'eau potable (maximum de 0,10 mg/L de THM).

Du fluorure est ajouté à l'eau afin de réduire les risques de carie. Depuis 2000, on compte 67 jours où les niveaux de fluorure ont été inférieurs aux niveaux recommandés (entre 0,50 et 1,50 mg/L), le système d'alimentation en fluorure ayant alors dû être mis hors de service à des fins d'entretien.

Les coliformes sont un indicateur microbien utilisé pour mesurer la qualité bactériologique de l'eau potable. L'organisme appelé *E. coli* révèle une contamination fécale et la présence possible d'entéropathogènes dans l'eau. Entre 2000 et 2003, on n'a rapporté aucun cas confirmé où le niveau total de coliformes ou d'*E. coli* était supérieur à celui prescrit par les normes de qualité de l'eau potable (0 colonie par 100 ml d'eau). Cependant, en 2004, les concentrations de coliformes ou d'*E. coli* ont dépassé le seuil prescrit pendant 20 jours dans une partie de la ville. Il s'agissait d'un cas isolé, puisque cette situation touchait environ 35 maisons dans un rayon de deux ou trois îlots, lesquelles étaient raccordées à un service d'aqueduc temporaire pendant la construction de la conduite principale. L'enquête menée par la suite a révélé que la contamination de l'eau potable avait été causée par le bris accidentel d'une borne-fontaine qui acheminait l'eau aux maisons de la zone touchée pendant les travaux de construction. Aucune autre situation de la sorte n'a été signalée en 2004 à Ottawa. Au cours de l'enquête qui a suivi, aucun cas de maladie causée par la présence de coliformes ou d'*E. coli* dans l'eau n'a été rapporté.

Il incombe au propriétaire ou à l'exploitant d'un édifice public raccordé à un puits de faire analyser l'eau potable qui y est acheminée. La Direction de la santé publique de la Ville d'Ottawa est avisée de tout résultat insatisfaisant. Si l'un des paramètres évalué révèle que la concentration maximale acceptable (CMA) ou la concentration maximale acceptable provisoire (CMAP) énoncées dans les *Normes de qualité de l'eau potable de l'Ontario* n'est pas respectée, le médecin chef en santé publique peut émettre un avis de faire bouillir l'eau ou un avis relatif à l'eau potable à l'intention des occupants de l'édifice touché. En décembre 2005, 24 avis de faire bouillir l'eau avaient été envoyés aux édifices publics au cours de l'année, comparativement à 27 en 2004.

Eau de puits privés

Quelque 50 000 puits privés servent des propriétés résidentielles, des commerces et des installations publiques (centres communautaires, bibliothèques et églises) à Ottawa.

Il est recommandé aux résidents dont la propriété est raccordée à un puits de faire analyser l'eau qu'ils consomment au moins trois fois par année. En 2001, seulement 16 %* (± 7 %) des résidents approvisionnés en eau de puits ont affirmé avoir fait analyser l'eau trois fois ou plus au cours des douze mois précédents. De plus, le quart des résidents environ ont déclaré que

l'eau du puits qui sert leur propriété n'avait pas été analysée pendant l'année (22,6 %*, ± 8 %) (tableau 14.1).⁹⁵

Tableau 14.1 : Fréquence des analyses de l'eau de puits au cours de la dernière année, Ottawa, 2001

Fréquence des analyses	Pourcentage (%, IC de ± 95 %)
Jamais	22,6 %*, ± 8 %
Une fois ou deux	51,9 %, ± 9,5 %
Trois fois ou plus	16 %*, ± 7 %
Ne sait pas	9,4 %*, ± 5,6 %

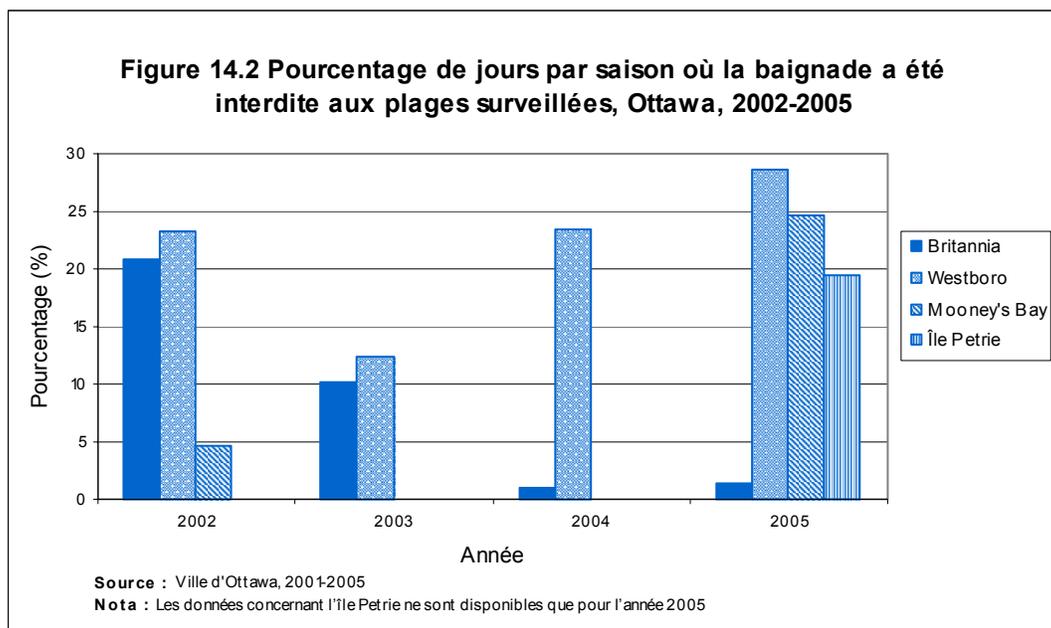
Source : Système de surveillance rapide des facteurs de risque, 2001, (N=108)

*À interpréter avec prudence : forte variabilité de l'échantillonnage

Plages

Santé publique a pour objectif de réduire la propagation de maladies transmissibles par l'eau des plages publiques. En 2005, la Ville d'Ottawa a surveillé la qualité de l'eau à quatre plages municipales (plage Westboro, plage Britannia, île Petrie sur la rivière des Outaouais et plage Mooney's Bay sur la rivière Rideau), ainsi qu'à 22 points d'échantillonnage le long des rivières Rideau et des Outaouais. Les plages municipales faisaient l'objet d'une analyse d'eau au moins six jours sur sept afin de s'assurer que les niveaux de bactéries (*E. coli*) y étaient acceptables. Le taux de concentration de bactéries dans l'eau des plages publiques varie en fonction des précipitations, du courant, de la direction du vent, de la présence d'oiseaux ou d'autres animaux et de la gestion des égouts pluviaux ou autres. Les niveaux élevés de bactéries dans l'eau peuvent causer des maladies gastro-intestinales, des éruptions cutanées, des irritations de la gorge et des infections de l'oreille.⁹⁶ Un avis de baignade interdite est émis dans l'une ou l'autre des situations suivantes : le niveau d'*E. coli* est supérieur à 100 colonies par 100 ml d'eau pendant deux journées consécutives; le niveau d'*E. coli* est supérieur à 200 colonies par 100 ml d'eau; ou l'eau présente tout autre risque pour la santé.

La qualité de l'eau n'est pas la même à chacune des quatre plages surveillées d'Ottawa et varie d'une année à l'autre. La figure 14.2 ci-dessous présente le pourcentage de jours par saison où les plages ont été fermées aux baigneurs, par rapport au nombre de jours où l'eau des plages a fait l'objet d'analyses. En 2005, la plage Britannia est celle ayant affiché le moins d'avis de baignade interdite tandis, que la plage Westboro est celle à en avoir émis le plus grand nombre depuis 2002. La plage de Mooney's Bay a été ouverte tous les jours des saisons 2003 et 2004 mais, au cours de l'été 2005, la Ville y a émis un avis d'interdiction près d'une journée sur quatre (24,5 %). L'île Petrie ne présente des données que pour la saison 2005, au cours de laquelle la plage a été fermée aux baigneurs environ une journée sur cinq (19,5 %).



Salubrité des aliments

Santé publique Ottawa effectue des inspections en hygiène publique dans tous les établissements de restauration de la ville afin de s'assurer que les aliments y sont entreposés, préparés, servis et distribués conformément aux pratiques de santé publique acceptées. Les lieux sont inspectés selon qu'ils sont désignés à risque élevé (catégorie 1), modéré (catégorie 2) ou faible (catégorie 3), en vertu du document intitulé *Hazard Analysis Critical Control Point Protocol* (protocole d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les niveaux de risque sont déterminés selon la complexité du menu, le type d'aliments servis et la vulnérabilité des clients de l'établissement. Le classement d'un établissement dans la catégorie « risque élevé » repose principalement sur les facteurs susmentionnés et ne reflète pas les conditions d'hygiène que l'on y retrouve.

En 2004, Santé publique Ottawa a effectué 7 629 inspections dans les 5 555 établissements enregistrés à la fin de l'année. En tout, 42 % des établissements de catégorie de risque 1 ont fait l'objet d'au moins trois inspections; 40 % des établissements de catégorie de risque 2 ont été inspectés au moins deux fois; et 52 % des établissements de catégorie de risque 3 l'ont été une fois. Les plaintes déposées par la population ont toutes donné lieu à une inspection des établissements visés. (Voir la section sur les maladies transmissibles pour connaître les données liées aux maladies transmissibles d'origine alimentaire et hydrique.)

Rage

Infection d'origine virale, la rage s'attaque au système nerveux central et est mortelle dès que la personne atteinte en ressent les premiers symptômes. Elle se transmet aux êtres humains par la morsure d'un animal infecté. En Ontario, les animaux les plus souvent porteurs de la maladie sont les chauves-souris et les mouffettes. À Ottawa, le nombre d'animaux soupçonnés d'avoir la rage est peu élevé : en 2004, de tous les animaux ayant subi un test de la rage, seulement cinq se sont révélés porteurs de la maladie. Toujours en 2004, 98 résidents d'Ottawa ont reçu la prophylaxie antirabique après avoir été en contact avec un animal atteint de la rage ou soupçonné d'avoir la rage. Santé publique a pour objectif de prévenir les cas de rage chez les humains, la dernière occurrence remontant à plus de 35 ans à Ottawa.

Immunisation des animaux

En 2004, 84,1 % ($\pm 4,4$ %) des ménages ayant des chiens ont affirmé que tous les chiens du ménage avaient été vaccinés contre la rage au cours des 12 derniers mois; et 63 % ($\pm 5,9$ %) des ménages ayant des chats ont déclaré que tous les chats du ménage avaient reçu le vaccin contre la rage au cours de la dernière année.⁹⁷

Virus du Nil occidental

Nouvelle maladie à déclaration obligatoire au Canada, le virus du Nil occidental est une infection virale qui peut se transmettre aux humains par la piqûre d'un moustique infecté. Environ 80 % des personnes atteintes du VNO ne présentent aucun symptôme. Le premier cas de virus du Nil a été signalé à Santé publique Ottawa en 2003, et huit cas ont été déclarés depuis. Afin de déceler la présence du virus dans la communauté, la Ville d'Ottawa effectue des tests de dépistage sur les oiseaux morts, comme les corneilles, les geais bleus et les corbeaux, de même que sur les moustiques. En 2004, ces analyses ont révélé que six oiseaux étaient porteurs du virus, et le même nombre de cas a été rapporté en 2005. Si de quatre à six oiseaux porteurs du VNO ont été signalés dans une zone servie par un service de santé local, la Province demande que les autres oiseaux retrouvés morts dans ce secteur ne soient pas soumis à une analyse, le virus y ayant déjà été décelé.

Conditions météorologiques extrêmes

Froid

Ottawa est l'une des capitales les plus froides du monde entier. Jumelées au vent, à la neige et à la glace, les températures hivernales peuvent entraîner des blessures, voire la mort. Les températures extrêmement froides gèlent rapidement la peau non protégée, ce qui peut causer des engelures. De plus, les personnes qui restent à l'extérieur pendant de longues périodes

sans porter de vêtements chauds risquent fort de souffrir d'hypothermie. Les personnes les plus vulnérables au froid sont les sans-abri, les aînés, les enfants et les nourrissons, les gens qui travaillent dehors, les grands sportifs et les personnes ayant des problèmes de santé.⁹⁸

Des avertissements de froid extrême sont émis à l'intention du public afin qu'il redouble de prudence. Une alerte aux engelures est en vigueur si Environnement Canada prévoit un refroidissement éolien de -25 , et un avertissement de risque élevé d'engelures est diffusé lorsqu'un refroidissement éolien de -35 ou plus est prévu. Au cours de l'hiver 2004-2005, cinq alertes aux engelures pour une période de huit jours et deux avertissements de risque élevé d'engelures pour une durée totale de quatre jours ont été émis à Ottawa. L'hiver 2003-2004 a été encore plus froid dans notre ville (11 alertes aux engelures et 8 avertissements de risque élevé d'engelures).

Chaleur

Les étés à Ottawa sont parfois très chauds et humides. La chaleur et le défaut de se protéger contre celle-ci peuvent nuire gravement à la santé, causer des maladies et même entraîner la mort des personnes vulnérables. Par personnes vulnérables, on entend les aînés, les jeunes enfants, les gens qui ne sont pas adaptés au climat d'ici, les personnes souffrant de maladies chroniques et celles qui prennent certains médicaments.⁹⁹

Une alerte due à la chaleur est en vigueur à Ottawa si Environnement Canada prévoit un humidex de 36 degrés pendant au moins deux jours successifs, tandis qu'un avertissement de chaleur intense est émis lorsque l'on prévoit que l'humidex sera de 40 degrés ou plus pendant au moins deux journées consécutives. En 2005, Ottawa a connu un été très chaud : 5 alertes dues à la chaleur et 5 avertissements de chaleur intense ont été en vigueur pour un total de 13 et de 12 jours respectivement.

Références bibliographiques

1. *Population Estimates 2005*, Provincial Health Planning Database (PHPDB), Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario); extrait le 23 janvier 2006.
2. VILLE D'OTTAWA *Ottawa compte*, Recherche et faits concernant Ottawa, vol. 3, 2003, [en ligne]. [http://www.ottawa.ca/city_services/planningzoning/facts/data_handbook/index_fr.shtml] (consulté le 1^{er} février 2006).
3. VILLE D'OTTAWA. « Ce que l'avenir nous réserve, Population prévue par quartier, 2001-2009 », Faits concernant Ottawa, Recueil de données, 2004, [en ligne]. [http://www.ottawa.ca/city_services/planningzoning/facts/data_handbook/where_we_going/able_49_fr.shtml] (consulté le 1^{er} février 2006).
4. STATISTIQUE CANADA. *Données du recensement de 2001*, [en ligne]. [<http://www.statcan.ca>] (consulté le 20 janvier 2006).
5. STATISTIQUE CANADA. *Le Quotidien : Statistiques de la criminalité*, 2004 [11-001-XIE] (paru le 24 juillet 2005).
6. STATISTIQUE CANADA. *Le Quotidien : Statistiques de la criminalité*, 2003 [11-001-XIE] (paru le 28 juillet 2004).
7. FÉDÉRATION CANADIENNE DES MUNICIPALITÉS. « Tableaux des indicateurs, Sécurité personnelle : PS1 Jeunes contrevenants », 2004, [en ligne]. [http://www.fcm.ca/english/qol/2004IndicatorTables/PS1_YoungOffenders_Qolrs.xls] (consulté le 8 novembre 2005).
8. RAPHAEL, D. *Social Determinants of Health. Canadian Perspectives*, Canadian Scholars Press, 2004.
9. MARMOT, M. et R. G. WILKINSON. *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, 1999.
10. STATISTIQUE CANADA. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, ch. 6, 1999, p. 40.
11. STATISTIQUE CANADA . *Familles économiques: Définition*: [http://www.statcan.ca/francais/concepts/definitions/eco-family_f.htm] (consulté le 10 février 2006).
12. STATISTIQUE CANADA. *Indicateurs de la santé*, 2003 [n° 82-221-XIE].
13. STATISTIQUE Canada. *Caractéristiques de la population active*. [http://www40.statcan.ca/l02/cst01/lfss04d_f.htm] (consulté le 10 février 2006).
14. Communication directe avec la Direction du logement de la Ville d'Ottawa, le 12 janvier 2006.
15. 6 ANS ET GAGNANT. *Fiche de rapport à la collectivité sur le soutien aux parents*, 2003.

16. *La sécurité alimentaire à Ottawa : un profil communautaire*, mars 2001, [en ligne]. [<http://www.perc.ca/library/resources/food/food-security/index.fr.html>] (consulté le 26 novembre 2005).
17. KALINA, L. *Building Food Security in Canada. A Community Guide for Action on Hunger*, Données de catalogage avant publication au Canada : Kamloops, 1993.
18. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Les déterminants sociaux de la santé : un aperçu des répercussions sur les politiques et du rôle du secteur de la santé*, [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/aperçu_repercussions/01_aperçu.html] (consulté le 1^{er} février 2006).
19. 6 ANS ET GAGNANT. *Special Report: Child Hunger in Ottawa*, 2003.
20. LA BANQUE D'ALIMENTATION, [en ligne]. [<http://theottawafoodbank.ca>] (Consulté le 1^{er} février 2006).
21. SOCIAL DATA RESEARCH LTD. *Bien vieillir à Ottawa : Enquête de 2004 sur les aînés*, rapport des résultats, le 15 juin 2005.
22. SHADBOLT, S. « Some correlates of self-rated health for Australian women », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 6, 1997, p. 951-956.
23. DESALVO, K. B., FAN V. S., MCDONELL M. D. et S. D. FIHN. « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, vol. 40, n° 4, 2005, p. 1234-1246.
24. *Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)*, de janvier 2001 à décembre 2005; extrait en février 2006.
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*, Direction de la santé publique, Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1997.
26. LAST J. M. et SPASOFF R. A. *A dictionary of epidemiology*, 4^e éd., International Epidemiological Association, Oxford, Oxford University Press, 2001.
27. STATISTIQUE CANADA *Décès 2003* [n° 84F0211XIF] [<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/051221/q051221b.htm>] (Consulté le 27 février 2006).
28. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada*, [en ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/phic-isp/pdf/indperif.pdf>] (Consulté le 27 février 2006).
29. SHAH, C. *Public Health and Preventive Medicine in Canada*, 5^e éd., Toronto, Elsevier, 2003.

30. ALLIANCE POUR LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES AU CANADA (APMCC). « Les arguments en faveur du changement », [en ligne]. [http://www.chronicdiseaseprevention.ca/content/case_for_change/case_for_change.asp?lang=EN&] (consulté le 16 janvier 2006).
31. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques – Cancer ». [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cancer/index_f.html] (consulté le 10 octobre 2005).
32. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques – Cancer du poumon », [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cancer/publications/lung_f.html], (consulté le 12 octobre 2005).
33. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Votre santé et vous – Dépistage du cancer colorectal », [en ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/colorectal_f.html] (consulté le 12 octobre 2005).
34. ACTION CANCER ONTARIO. *Focus on Colorectal Cancer in Ontario*, [en ligne]. [<http://www.cancercare.on.ca/documents/ClinicalFocusColorectal.pdf>] (consulté le 14 octobre 2005).
35. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. « Dépistage du cancer colorectal », février 2006, [en ligne]. [http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,,3543_10175_74577648_langId-fr,00.html] (consulté le 17 février 2006).
36. *Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)*, données recueillies de janvier à décembre 2005; extrait en février 2006.
37. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Votre santé et vous – Prévention du cancer de la peau », [en ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/cancer_f.html] (consulté le 12 octobre 2005).
38. ACTION CANCER ONTARIO. *Cancer Incidence and Mortality in Ontario, 1964 – 2002: Malignant Melanoma of Skin*, (ICD9 172), [en ligne]. [http://www.cancercare.on.ca/index_statisticsSkin.htm] (consulté le 12 octobre 2005).
39. LEVY, I. « Le cancer de la prostate au Canada : incidence et taux de mortalité », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 16, n° 1, 1995, S2-S6.
40. ACTION CANCER ONTARIO. « Prostate Cancer Mortality Declining », [en ligne]. [<http://www.cancercare.on.ca/documents/CF-Sept2004-prostatemortdeclining.pdf>] (consulté le 20 décembre 2005).
41. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, données partagées, Gestion des connaissances et communication de l'information, MSSLD (Ontario), 2003.

42. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Votre santé et vous – Cancer du sein », [en ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/breast-sein_f.html] (consulté le 12 octobre 2005).
43. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Le cancer du sein au Canada », [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/updates/breast-99_f.html] (consulté le 12 octobre 2005).
44. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. « Mammographie », [en ligne]. [<http://www.cancer.ca>] (consulté le 17 novembre 2005).
45. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Votre santé et vous – Dépistage du col cancer du col de l'utérus », [en ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/cervical-uterus_f.html] (consulté le 12 octobre 2005).
46. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. « Quelles sont les causes du cancer du col de l'utérus? », [en ligne]. [http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,,3543_10175_433066_langId-fr,00.html] (consulté le 16 janvier 2006).
47. MCLACHLIN, C. M., V. MAI, J. MURPHY, M. FUNG KEE FUNG et A. CHAMBERS. *Cervical Screening: A Clinical Practice Guideline*, membres du comité d'élaboration des lignes directrices relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus et du groupe de travail sur les cancers gynécologiques [traduction libre] d'Action Cancer Ontario (consulté le 20 mai 2005).
48. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques – Maladies cardio-vasculaires », [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/index_f.html] (consulté le 19 janvier 2006).
49. STEPHENS M. et J. SIROONIAN. « L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire », *Rapports sur la santé*, vol. 9, 1998, p. 31-37.
50. SANTÉ CANADA. « Le tabagisme et votre corps », [en ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/body-corps/index_f.html] (consulté le 4 avril 2006).
51. CENTRE DE RECHERCHE SUR LE COMPORTEMENT ET D'ÉVALUATION DES PROGRAMMES. *Sondage du School Health Action Planning and Evaluation System (SHAPES)*, Université de Waterloo, 2003 et 2005.
52. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. *Poids santé, vie saine*, rapport de 2004 du médecin hygiéniste en chef, Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2004.
53. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. « Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé », 2006.

54. ACTION CANCER ONTARIO ET SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *An Action Plan for Cancer Prevention and Detection – Cancer 2020*, rapport d'ensemble (2003).
55. Maureen F. Kennedy. Moving our children to health: Active play every day. [http://www.cfpc.ca/cfp/2004/Apr/vol50-apr-fpwatch-4_fr.asp] (consulté le 1^{er} mai 2003)
56. *L'utilisation des courbes de croissance pour évaluer et surveiller la croissance des nourrissons et des enfants canadiens* [Document créé conjointement par Les diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire], *Can J Diet Pract Res*, vol. 65, 2004, p. 22-32.
57. MINISTÈRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ. *VIE ACTIVE 2010 – Stratégie en matière de sport et d'activité physique de l'Ontario*, 2005.
58. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Sommaire de Recherche – Principaux bienfaits de l'activité physique*, [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/au_travail/res_3.html] (consulté le 1^{er} avril 2006).
59. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA ET SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* (consulté le 1^{er} avril 2006).
60. *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*, format abrégé, version 2.0, : avril 2004.
61. *Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)*, données recueillies de janvier 2003 à décembre 2005; extrait en février 2006.
62. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, données partagées, Gestion des connaissances et communication de l'information, MSSLD (Ontario), 2001.
63. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Qu'est-ce que le transport actif? », Unité de l'activité physique, [en ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/transport.html>] (consulté le 17 octobre 2005).
64. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, [en ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_f.html] (consulté le 1^{er} avril 2006).
65. *À votre santé! Le programme ontarien de restaurants santé*, [en ligne]. [<http://eatsmart.web.ca/>], (consulté le 25 octobre 2005).
66. ACTION CANCER ONTARIO. « Ontario Cancer Facts », 2006.
67. ACTION CANCER ONTARIO. « Les rayons sous observation », 2006.

68. FLETT CONSULTING GROUP ET SOCIAL DATA RESEARCH LTD. *A profile of Ottawa Families and Young Children – 2001 City of Ottawa Parenting Survey*, rapport final, 2006.
69. *Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)*, de mai 2001 à septembre 2004; extrait en février 2006.
70. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Chutes chez les aînés au Canada* (rapport), Division du vieillissement et des aînés, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, catalogue n° HP25-1/20005E, 2005.
71. TRANSPORTS CANADA. « La sécurité routière au Canada – Un aperçu, Surveillance des traumatismes, Santé Canada et Sécurité routière », mars 2004, [en ligne]. [<http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/stats/apercu/2004/menu.htm>] (consulté le 1^{er} avril 2006).
72. TRANSPORTS CANADA. « Pertes de vie et blessures chez les piétons » Sécurité routière, 1992-2001, (consulté le 1^{er} février 2006).
73. CENTRES FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Suicide Fact Sheet*, National Centre for Injury Prevention and Control, 2006.
74. ONTARIO. *Définition de « ceinture de sécurité »*, art. 106 du *Code de la route*, [en ligne]. [<http://www.canlii.org/on/legis/loi/h-8/20060412/tout.html>], (consulté le 25 novembre 2005).
75. TRANSPORTS CANADA. « Le téléphone cellulaire et la conduite automobile : Consignes de sécurité », Sécurité routière, [en ligne]. [<http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/tp2436/rs200106/consignes.htm>] (consulté le 2 février 2006).
76. ONTARIO. par. 2.1 de l'article 104 du *Code de la route* sur les casques de bicyclette, [en ligne]. [<http://www.canlii.org/on/legis/loi/h-8/20060412/tout.html>], (consulté le 2 février 2006).
77. BERKOWITZ G. S. et E. PAPIERNIK. « Epidemiology of preterm birth » [version révisée], *Epidemiologic Reviews*, vol. 15, n° 2, réf. 271, 1993, p. 414-443.
78. *Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario*, base de données périnatales Niday, de 2001 à 2004.
79. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Donner naissance au Canada : Un profil régional*, 2004.
80. SANTÉ CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, Ottawa, 2003.
81. SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA. « La naissance à six ans – L'éducation de jeunes enfants », [en ligne]. [http://www.ottawa.ca/residents/health/families/birth_6/index_fr.html], (consulté le 6 avril 2006).
82. VILLE D'OTTAWA. *Infant Care Survey*, Santé des familles, Services communautaires, 2000.

83. VILLE D'OTTAWA. *Infant Care Survey*, Santé publique Ottawa, 2005.
84. 6 ANS ET GAGNANT. *6 Years of Working Together For Children in Ottawa – 1999-2005*, 2005.
85. Communication directe avec le personnel de la Société d'aide à l'enfance (SAE), le 19 octobre 2005.
86. Communication directe avec le personnel de Premiers mots et de l'Infant Hearing Program-Ottawa, le 25 novembre 2005.
87. Communication directe avec l'Ottawa Carleton Headstart Association for Preschoolers (OCHAP), le 18 octobre 2005.
88. ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE. « Votre santé buccodentaire », [en ligne]. [http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/index.asp] (consulté le 14 octobre 2005).
89. ONTARIO DENTAL ASSOCIATION. « Preventive Dentistry: How to Make Your Smile Last », [en ligne]. [http://www.oda.on.ca/pub_443.asp] (consulté le 14 octobre 2005).
90. ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH EPIDEMIOLOGISTS OF ONTARIO. « Données sur la santé dentaire », 2006.
91. SANTÉ CANADA. *Guide canadien d'immunisation*, 6^e éd., Comité consultatif national de l'immunisation, Ottawa, 2002.
92. *Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)*, de janvier à avril 2005; extrait en février 2006.
93. SANTÉ CANADA. « Tuberculose au Canada et au monde », Association pulmonaire du Canada, 2006.
94. SANTÉ CANADA. *Indice de la qualité de l'air fondé sur des critères liés à la santé*, Santé de l'environnement et du milieu de travail, 2006.
95. *Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)*, de avril à décembre 2001; extrait en décembre 2005.
96. SANTÉ CANADA. *Santé de l'environnement et du milieu du travail. Qualité des eaux utilisées à des fins récréatives* [http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/water-eau/recreat/recreat_water-recreatives_f.html] (consulté le 3 février 2006).
97. *Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)*, de janvier à décembre 2004; extrait en février 2005.
98. SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA. *Grands froids*, Environnements sains, Questions environnementales, 2006. [http://www.ottawa.ca/residents/health/environments/issues/cold/letter_fr.html] (consulté le 15 février 2005).

99. SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA. *Le temps chaud*, Environnements sains, Questions environnementales, 2006.
[http://www.ottawa.ca/residents/health/environments/issues/hot/heat_alert_fr.html] (consulté le 15 février 2005).

Appendices

A. Sigles et acronymes

Sigles et acronymes	Description
ACO	Action Cancer Ontario
APS	Antigène prostatique spécifique
APVP	Années potentielles de vie perdues
AVC	Accident vasculaire cérébral
CI	Cardiopathie ischémique
CIM	Classification internationale des maladies
CMA	Concentration maximale acceptable
CMAP	Concentration maximale acceptable provisoire
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EVAS	Espérance de vie ajustée en fonction de la santé
HRSR	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IMC	Indice de masse corporelle
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IQA	Indice de la qualité de l'air
LDPSSO	Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires
MET	Équivalent métabolique
MI	Méningococcie invasive
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
MTS	Maladie transmise sexuellement
OCHAP	Ottawa Carleton Headstart Association for Preschools
PHPDB	Provincial Health Planning Database (Ontario)
PODCS	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
PPESO	Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario (base de données périnatales Niday)
RHS	Ratio d'hospitalisation standardisé
RSM	Ratio standardisé de mortalité
SAE	Société d'aide à l'enfance
SHAPES	School Health Action, Planning and Evaluation System
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIPSS	Système informatique de planification des services de santé
SISP-i	Système d'information en santé publique intégré
SMSN	Syndrome de mort subite du nourrisson
SSRFR	Système de surveillance rapide des facteurs de risque
Test de Pap	Test de dépistage du cancer du col utérin portant le nom de George Papanicolaou
THM	Trihalométhane
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental

B. Glossaire

Terme	Définition
Années potentielles de vie perdues (APVP)	Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont une mesure du décès prématuré. Cette mesure représente le nombre d'années non vécues, à partir de la naissance, par une personne qui meurt avant l'âge de 75 ans, et donne plus d'importance aux causes des décès prématurés qu'à celles des décès survenant à un âge avancé.
Avertissement de smog	Il existe deux types d'avertissement de smog : un préavis de smog est émis lorsque les risques de voir se développer un épisode de smog dans les trois prochains jours sont d'au moins 50 %, tandis qu'un avis de smog signale une forte possibilité qu'un épisode de smog débute au cours des 24 prochaines heures ou fait état d'un épisode de smog survenu sans qu'on l'ait prévu. Il y a épisode de smog lorsque l'IQA est ou sera vraisemblablement d'au moins 50 pendant plusieurs jours.
Classification internationale des maladies (CIM)	Système international normalisé de classification des diagnostics pour l'ensemble des fins épidémiologiques générales et de nombreux aspects de la gestion de la santé. Ce système est utilisé pour classer les maladies et divers problèmes de santé. La version actuelle, CIM-10, a été entérinée par l'Organisation mondiale de la santé en 1990 et adoptée par les États membres de l'OMS en 1994. Le Canada utilise une version élargie du système international connue sous le nom d'ICD-10-CA.
Écllosion	Il y a écllosion lorsque l'incidence d'une maladie transmissible particulière dans un lieu défini est plus élevée que prévu.
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)	L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé représente le nombre d'années prévues de vie en parfaite santé, déterminé en fonction de l'état de santé actuel d'une population donnée.
Facteur de risque	Facteur associé à une fréquence élevée de cas d'une maladie (Kelsey, 1996).
Faible revenu	Pourcentage de familles ou de personnes seules dont la part de revenu consacrée au logement, à la nourriture et aux vêtements dépasse d'au moins 20 % la moyenne.
Humidex	Calcul combinant la température de l'air et l'humidité relative, exprimé en degrés Celsius. L'humidex représente l'impression de chaleur attribuable à la faible évaporation de l'humidité corporelle.
Incidence	Nombre total de nouveaux cas d'une maladie déterminée diagnostiqués au cours d'une période donnée et au sein d'une population définie.
Indice d'activité physique	L'indice d'activité physique d'une personne est la somme de toute l'énergie qu'elle dépense en moyenne par jour dans ses temps libres. Les personnes sont ainsi classées dans l'une des catégories suivantes : 3 kcal/kg/jour ou plus = actif; 1,5-2,9 kcal/kg/jour = modérément actif; moins de 1,5 kcal/kg/jour = inactif.
Indice de la qualité de l'air (IQA)	L'Indice de la qualité de l'air est un indicateur qui mesure six polluants principaux : l'ozone (O ₃), les particules fines (PM _{2,5}), le dioxyde d'azote (NO ₂), le monoxyde de carbone (CO), le dioxyde de soufre (SO ₂) et les composés de soufre réduit total (SRT).
Intervalle de confiance (IC)	Intervalle à l'intérieur duquel se situe la valeur réelle d'une variable telle une moyenne, une proportion ou un taux (dernière évaluation : 2001). Dans le présent rapport, la probabilité de l'intervalle calculé est de 95 %.

Terme	Définition
Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires	Document publié par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et établissant les exigences minimales pour les programmes et les services essentiels de santé publique destinés à prévenir les maladies ainsi qu'à promouvoir et à protéger la santé.
Minutes-MET	Les MET sont des multiples du rythme métabolique au repos. Une minute-MET est calculée en multipliant le résultat MET d'une activité par la durée, en minutes, de l'activité. Les résultats exprimés en minutes-MET équivalent à des kilocalories pour une personne de 60 kilogrammes. Le taux d'activité physique peut être calculé en pondérant chaque type d'activité par sa demande en énergie définie en MET, produisant un résultat exprimé en minutes-MET.
Morbidité	La morbidité désigne toute perte de la santé ou du bien-être, mais elle se rapporte souvent à l'état de maladie ou aux blessures dans une population (dernière évaluation : 2001).
Mortinatalité	Produit de la conception au stade gestationnel de 20 semaines ou plus ou fœtus pesant au moins 500 grammes, qui ne respirait pas et ne montrait aucun signe de vie lorsqu'il est sorti du ventre de sa mère.
Moyenne mobile	Variable atténuant les irrégularités dans les données pour permettre de discerner les tendances. L'illustration graphique des moyennes mobiles sur trois ans facilite le dégagement de tendances à long terme pour les taux qui, autrement, seraient brouillés par les fluctuations qui se produisent sur de courtes périodes (dernière évaluation : 2001).
Naissance vivante	Par naissance « vivante », on entend un nouveau-né qui, à la naissance, respire ou montre d'autres signes de vie, même s'il meurt peu de temps après.
Naissances simples	Naissance où le nouveau-né n'est pas un jumeau ou membre d'une naissance multiple autre.
Prévalence	Nombre de cas (p. ex., d'une maladie en particulier) relevés au sein d'une population à un point précis dans le temps (dernière évaluation : 2001). La prévalence se rapporte à tous les cas existants tandis que l'incidence n'a trait qu'aux nouveaux cas.
Proportion	Rapport dont le numérateur est inclus dans le dénominateur (dernière évaluation : 2001).
Puerpéralité	Période s'étalant sur les six semaines suivant la naissance et au cours de laquelle les divers changements occasionnés par la grossesse se résorbent et où le corps de la femme recouvre son état normal.
Rapport	Valeur obtenue par la division d'une quantité par une autre. Un rapport exprime la relation entre le numérateur et le dénominateur, lesquels sont habituellement deux quantités distinctes exclusives l'une de l'autre (dernière évaluation : 2001).
Ratio d'hospitalisation standardisé (RHS)	Le ratio d'hospitalisation standardisé (RHS) selon l'âge est le rapport entre le nombre d'hospitalisations enregistrées dans une population donnée et le nombre prévu si cette population avait le même taux selon l'âge que la population de référence.
Ratio standardisé de mortalité (RSM)	Le ratio standardisé de mortalité (RSM) selon l'âge est le rapport entre le nombre de décès observés dans une population donnée et le nombre de décès prévus si cette population avait les mêmes taux selon l'âge que la population de référence.

Terme	Définition
Seuil de faible revenu (SFR)	En 2004, le seuil de faible revenu (SFR) avant impôt établi en 1992 dans une communauté urbaine de plus de 500 000 habitants variait entre 20 337 \$ pour une personne et 37 791 \$ pour une famille comptant quatre membres.
Statistiquement significatif	Termes servant à décrire un écart observé entre deux groupes qui, selon toute vraisemblance, exprime un écart réel qui n'est pas le fruit du hasard. La plupart du temps, cet écart est considéré comme la probabilité du véritable écart dans une proportion de 95 %.
Taux brut	Nombre de cas (p. ex., de naissances, de décès, de cancers, de tabagisme) par année, chez une population donnée. Ce taux représente le taux réel pour la population à l'étude, mais il ne doit pas être utilisé pour comparer des populations dont la répartition des âges, des groupes ethniques, et des sexes varie.
Taux brut de natalité chez les adolescentes	Nombre de naissances vivantes pour 1 000 naissances (naissances vivantes, mortinaissances et avortements compris) enregistrées chez des mères âgées de 15 à 19 ans au cours d'une période donnée.
Taux d'avortement	Nombre d'avortements pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans au cours d'une période donnée.
Taux d'avortement à l'adolescence	Nombre d'avortements pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans au cours d'une période donnée.
Taux d'hospitalisation	Nombre d'hospitalisations chez une population donnée au cours d'une année donnée, divisé par le nombre de personnes au sein de cette population. Aux fins du présent rapport, le taux d'hospitalisation comprend les données sur les malades hospitalisés mais non sur les patients d'un jour.
Taux d'incidence	Nombre total de nouveaux cas d'une maladie déterminée diagnostiqués au cours d'une période donnée par rapport au nombre total de personnes à risque au sein de la population.
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance	Nombre de naissances vivantes où le nouveau-né pèse moins de 2 500 grammes pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une période donnée.
Taux d'insuffisance pondérale à la naissance des bébés nés d'une mère adolescente	Nombre de naissances vivantes où le nouveau-né pèse moins de 2 500 g pour 1 000 naissances enregistrées chez des mères âgées de 15 à 19 ans au cours d'une période donnée.
Taux de chômage	Pourcentage de la population active qui recherche activement du travail mais qui se trouve momentanément sans emploi. Les personnes qui ne cherchent pas de travail ne sont pas prises en considération dans le calcul du taux de chômage et ne font pas partie de la population active.
Taux de fécondité ou taux global de fécondité (TGF)	Le taux global de fécondité est le rapport entre le nombre de naissances vivantes pendant une période donnée et le nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans au sein de la population. Ce taux diffère du taux brut de natalité, car le dénominateur ne se rapporte qu'au nombre de femmes en âge de procréer (dernière évaluation : 2001).
Taux de grossesses chez les adolescentes	Nombre de grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans au cours d'une période donnée.

Terme	Définition
Taux de mortalité	Nombre total de décès au sein d'une population, divisé par l'effectif global d'une population au cours d'une période donnée. On peut calculer le taux de mortalité associé à une maladie, à une situation, à un groupe d'âge ou à un sexe en particulier, par exemple.
Taux de mortalité infantile	Rapport exprimant le nombre de décès d'enfants de moins de un an (mortinaissances exclues) pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une même année civile.
Taux de mortalité périnatale	Nombre de décès, par année civile, de fœtus et de nourrissons entre la fin de la 20 ^e semaine de gestation et la fin du 6 ^e jour suivant la naissance pour 1 000 naissances (mortinaissances et naissances vivantes) survenant au cours de cette même année.
Taux de mortinatalité	Nombre total de mortinaissances divisé par le nombre total de naissances (naissances vivantes et mortinaissances).
Taux de naissances prématurées	Nombre total de naissances vivantes à moins de 37 semaines de gestation pour 1 000 naissances vivantes.
Taux de natalité	Nombre de naissances vivantes pour une population donnée au cours d'une période donnée (habituellement par année).
Taux de prévalence	Nombre total de personnes ayant une certaine caractéristique ou une certaine maladie à un point précis dans le temps (ou au cours d'une période précise), divisé par la population à risque associée à cette caractéristique ou à cette maladie au même moment ou à la moitié de la période déterminée (dernière évaluation : 2001).
Taux de surcharge pondérale à la naissance	Nombre de naissances vivantes où le nouveau-né pèse plus de 4 000 g pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une période donnée.
Taux de tabagisme chez les femmes enceintes	Proportion de femmes fumant pendant la grossesse par rapport au nombre total de femmes enceintes au cours d'une période donnée.
Taux de vaccination	Nombre de personnes immunisées contre une certaine maladie, divisé par le nombre de personnes qu'il serait possible d'immuniser contre cette maladie.
Taux selon l'âge	Taux pour un groupe d'âge en particulier. Le numérateur et le dénominateur se rapportent au même groupe d'âge (dernière évaluation : 2001).
Taux standardisé selon l'âge	Le taux standardisé selon l'âge est obtenu en pondérant les taux selon l'âge en fonction de la répartition de la population pour laquelle ils seront généralisés (Kelsey, 1996). Le taux standardisé selon l'âge n'est pas le taux réel (taux brut) de la population mais un taux remanié utilisé pour comparer deux populations dont la répartition des âges diffère.
Variabilité de l'échantillon	Incohérence relevée parmi les échantillons tirés d'une même population, ce qui est normal lorsque les personnes sont sélectionnées au hasard au sein de cette population. Une forte variabilité de l'échantillon peut indiquer que la valeur estimée n'est pas aussi précise qu'elle pourrait l'être. Exemples de facteurs augmentant la variabilité de l'échantillon : échantillon de petite taille, faible prévalence, maladie rare.

C. Sources de données

Base de données	Source	Description
Recensement	Statistique Canada	Réalisé tous les cinq ans, le recensement est la principale source de données qui décrit les caractéristiques de la population et des habitations du Canada. Il fournit des renseignements démographiques et socioéconomiques non seulement pour le Canada, mais pour chaque province et territoire, de même que pour des secteurs géographiques plus ciblés, comme des villes ou des districts municipaux. Les dénominateurs servant à calculer les indicateurs de santé proviennent principalement du recensement.
Provincial Health Planning Database (PHPDB)	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario	La PHPDB est une ressource d'information tenue à jour par la Direction de la gestion des connaissances et communication de l'information du MSSLD de l'Ontario. Elle utilise la technologie « entrepôt de données » pour recueillir, gérer et rendre accessibles des renseignements liés à la santé consolidés à partir de différentes sources. La PHPDB est l'une des principales sources de données sur la morbidité et la mortalité en Ontario, notamment sur l'hospitalisation (visites en salle d'urgence, congés d'hôpital, chirurgies d'un jour, etc.) et les statistiques de l'état-civil (naissances et décès).
Système informatique de planification des services de santé (SIPSS)	MSSLD de l'Ontario	Le Système informatique de planification des services de santé est une initiative de la Direction de la santé publique du MSSLD de l'Ontario, qui consiste en une série de fichiers de données liées à la santé et aux statistiques de l'état civil mis à la disposition des services de santé de l'Ontario. Le SIPSS est l'une de nos seules sources d'importance en matière d'avortement et de mortalité infantile.
SEERstat, Action Cancer Ontario	Action Cancer Ontario	Les données consignées dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario sont diffusées au moyen de SEERStat, un logiciel statistique conçu pour l'analyse des données relatives au cancer. Le logiciel permet de consulter des données dans les dossiers, de calculer des fréquences et des taux relatifs à l'incidence du cancer et à la mortalité par le cancer et de générer des statistiques sur la survie au cancer.

Base de données	Source	Description
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Statistique Canada; diffusion assurée par le MSSLD de l'Ontario	Enquête réalisée auprès des ménages de l'ensemble de la population dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, à l'exception des populations des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. L'enquête recueille des renseignements sur la santé des Canadiennes et des Canadiens de 12 ans et plus ainsi que des données socioéconomiques. Les données sont recueillies sur un cycle de deux ans qui comprend deux parties distinctes : un sondage sur la santé dans les régions la première année, visant un échantillon total de 130 000 répondants, et un sondage provincial la deuxième année, visant un échantillon total de 30 000 répondants. La collecte des données a débuté en 2000 et porte sur des thèmes diversifiés comme l'état de santé, les déterminants de la santé et l'utilisation du système de santé. Les données disponibles pour Ottawa ont été recueillies en 2000-2001 et en 2003 auprès d'un échantillon d'environ 1 900 résidents. De nombreux indicateurs de santé générés par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé sont fondés sur les résultats de l'ESCC.
Système de surveillance rapide des facteurs de risque (SSRFR)	Santé publique Ottawa; dirigé par l'Institute for Social Research de l'Université York	Le SSRFR est un sondage téléphonique à composition aléatoire mené actuellement auprès d'adultes de 18 ans et plus par l'Institute for Social Research de l'Université York pour le compte de divers services de santé publique de l'Ontario (23 jusqu'à présent). À Ottawa, le premier volet du sondage a débuté en avril 2001; des ménages étaient choisis au hasard dans la ville et, tous les mois, un échantillon de 100 résidents étaient interrogés sur leurs comportements risqués pour la santé, leurs connaissances, leurs attitudes et leur degré de sensibilisation à l'égard de sujets qui sont importants pour le secteur de la santé publique, par exemple le tabagisme, l'immunisation et la protection contre le soleil. Pour veiller à ce que la population francophone soit fidèlement représentée, environ 15 % de l'échantillon mensuel était sélectionné dans les secteurs de recensement majoritairement habités par des francophones.
Profil de l'usage du tabac à l'école et programme School Health Action, Planning and Evaluation System (SHAPES)	Santé publique Ottawa, en collaboration avec le Centre de recherche sur le comportement et d'évaluation des programmes, de l'Université de Waterloo	L'enquête Profil de l'usage du tabac à l'école est le fruit d'une collaboration entre Santé publique Ottawa et le Centre de recherche sur le comportement et d'évaluation des programmes, de l'Université de Waterloo. En 2003, des élèves de 27 écoles secondaires d'Ottawa ont répondu à un sondage sur le tabagisme. L'enquête SHAPES, anciennement connue sous le nom de Profil de l'usage du tabac à l'école, a été élargie pour inclure des questions sur le tabagisme et l'activité physique. À l'automne 2005, des élèves de 19 écoles secondaires d'Ottawa y ont répondu.

Base de données	Source	Description
Sondage sur les soins aux nourrissons	Santé publique Ottawa	Le Sondage sur les soins aux nourrissons a été mené auprès de 800 mères de nourrissons âgés entre trois et six mois afin de déterminer l'état de santé des parents et des nourrissons, les facteurs influant sur leur santé et les services de santé dont ils se sont prévalus. Le sondage a également cerné les méthodes les plus couramment utilisées par les parents pour prendre soin de leur nourrisson.
Parenting Survey	Santé publique Ottawa	<p>En 2003, Santé publique Ottawa a commandé à The Flett Consulting Group Inc. ainsi qu'à Social Data Research Ltd. un sondage sur l'art d'être parent devant être réalisé auprès de 1 205 ménages comptant au moins un enfant de moins de six ans. Le sondage a mesuré le comportement des parents, le fonctionnement de la famille, le soutien et les services utilisés, la préparation à l'école, l'application de mesures préventives, la sécurité alimentaire et le recours aux services de garde.</p> <p>En 2005, Santé publique Ottawa a commandé à l'Institute for Social Research de l'Université York un sondage reprenant les questions du SSRFR et visant 570 ménages comptant au moins un enfant de moins de 12 ans. Les thèmes abordés comprenaient : les blessures chez les enfants (croyances, perceptions et mécanismes), la sensibilisation à la violence familiale et les comportements parentaux.</p>
Système d'archivage des dossiers d'immunisation (SADI)	Santé publique Ottawa	Le SADI est une base de données servant à recueillir et à tenir à jour les données sur l'immunisation de tous les enfants fréquentant des écoles et des garderies agréées de l'Ontario.
Système d'information en santé publique intégré (SISP-i)	MSSLD de l'Ontario	Le Système d'information en santé publique intégré est un système permettant la tenue des dossiers de santé des patients et la déclaration de maladies en ligne. Il est utilisé pour la surveillance des maladies transmissibles à l'échelle locale et provinciale.
Base de données périnatales Niday du Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario (PPESO)	Programme de partenariat périnatal de l'est et du sud-est de l'Ontario	La base de données périnatales Niday peut être consultée en ligne (elle utilise comme plate-forme le système CritiCall Ontario) et recueille des renseignements relatifs à chaque naissance à l'hôpital et à domicile ayant lieu dans l'est et le sud-est de l'Ontario, notamment le profil de la mère (âge, tabagisme, code postal), les caractéristiques du travail et de l'accouchement (type de travail, mode d'accouchement, interventions chirurgicales) et le profil du nouveau-né (sexe, poids, réanimation, indice d'Apgar, mortinaissance, etc.) Tous les hôpitaux offrant des soins obstétricaux consignent isolément les données pour chaque naissance. Le PPESO tient la base de données à jour, offre de l'assistance aux utilisateurs et vérifie régulièrement les données.

D. Questions touchant aux données

Les données contenues dans le présent rapport reposent sur les renseignements les plus récents dont nous disposons dans le domaine de la santé à Ottawa. Cependant, certaines limites associées aux données devraient être prises en considération dans l'interprétation de ces renseignements.

Données du sondage : La collecte de données exactes sur les problèmes de santé chroniques et les habitudes de vie présentant des risques peut être coûteuse et exigeante. La façon la plus simple de mesurer ces indicateurs consiste à mener des sondages (comme l'ESCC ou le SSRFR) dans lesquels les gens sont invités à signaler leurs problèmes de santé passés ou présents, leurs comportements et leurs habitudes de vie actuels ou antérieurs, leurs connaissances, leurs attitudes et leur degré de sensibilisation à l'égard de la santé. Les données offertes par les personnes interrogées et par leurs soignants peuvent comporter des erreurs imputables à des souvenirs flous ou encore à des surdéclarations et à des sous-déclarations dues à la désirabilité sociale (APHEO). Prenons l'exemple de données signalées par l'intéressé à propos de maladies chroniques actuelles ou antérieures : elles peuvent être surestimées ou sous-estimées à cause d'une difficulté à se rappeler de la maladie ou encore parce que celle-ci n'a jamais été diagnostiquée. Les quantités de nourriture ingérées déclarées sont généralement sous-estimées alors que les niveaux d'intensité, de durée et de fréquence de l'activité physique ont tendance à être surestimés, à cause de l'imprécision des souvenirs et de la désirabilité sociale.

Hospitalisations : Les données sur l'hospitalisation ont été recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). Il convient de faire preuve de circonspection lorsque les données sur l'hospitalisation sont interprétées en tant qu'indicateurs d'incidence puisque seuls les cas les plus graves se présentent à l'urgence ou sont hospitalisés. Les calculs individuels du nombre de cas n'ont pas été pris en compte puisqu'une personne peut se rendre à l'hôpital plus d'une fois par année pour les mêmes raisons. Par ailleurs, les pratiques d'aiguillage médical, d'admission, d'examen préalable et de traitement peuvent varier au fil du temps, ce qui se répercute sur la possibilité d'étudier les tendances. Les données des années 1996 à 2001 ont été codifiées selon la Classification statistique internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9), et les données des années 2002 à 2004, selon la dixième révision (CIM-10). Les nouvelles normes de classification adoptées en 2002 ont affecté les tendances de bon nombre de causes d'hospitalisation. Ce changement a été intégré à tous les graphiques du rapport, le cas échéant.

Mortalité : Les données sur la mortalité ont été recueillies par le Bureau du registraire général de l'Ontario et distribuées par le MSSLD. Les décès hors province des résidents de l'Ontario n'y ont pas été intégrés. Ce dernier élément pourrait modifier particulièrement les statistiques d'Ottawa, puisque cette région borde la province de Québec. Les données des années 1986 à 1999 ont été codifiées selon les codes de la CIM-9 et celles des années 2000 à 2002, selon les codes de la CIM-10. Les nouvelles normes de classification introduites en 2000 ont influé sur les tendances établies pour de nombreuses causes de mortalité. Ce changement a été intégré, à tous les graphiques du rapport, le cas échéant.

Naissances : Les données sur les naissances en Ontario proviennent de l'Ontario Live Birth Database (de 1986 à 2002) et peuvent être incomplètes puisque les naissances de mères ontariennes ayant eu lieu à l'extérieur de la province ont été exclues, par souci de cohérence temporelle. Les frais introduits en 1996 pourraient avoir réduit le nombre de naissances enregistrées; ainsi, les naissances vivantes ne sont pas toutes consignées dans la base de données de natalité. Les données sur les naissances provenant de la base de données périnatales Niday ont été utilisées pour le signalement des taux de natalité à Ottawa. Cependant, il était impossible de les comparer aux données provinciales puisque celles-ci n'étaient pas accessibles.

Maladies transmissibles : Avant 2005, les données sur les maladies transmissibles étaient recueillies par le Reportable Disease Information System (RDIS). À compter de septembre 2005, un nouveau système a été implanté à Ottawa et dans tout l'Ontario : le Système d'information en santé publique intégré (SISP-i). Comme seules les données de 2004 ont été présentées dans ce rapport, les données d'énumération sont considérées exactes et fiables à la date de diffusion du rapport. Toutefois, des modifications pourraient être apportées à ces données dans de futurs rapports à la suite des contrôles de qualité des données effectués régulièrement.

Le nombre de cas pourrait être sous-déclaré pour diverses raisons : certains cas ne sont pas symptomatiques; les cas symptomatiques ne font pas tous l'objet d'une consultation médicale à moins qu'il s'agisse de cas graves; et les personnes qui consultent un médecin ne se soumettent pas toutes à des tests sur échantillonnage. Le taux de sous-déclaration estimé dépend de la maladie en question. La proportion de cas sous-déclarés est plus élevée pour les maladies autolimitatives ou les maladies pour lesquelles des échantillons de laboratoire ne sont pas toujours prélevés, comme la grippe légère et quelques maladies entériques. Les maladies plus graves, comme le streptocoque du groupe A invasif et la méningococcie, sont moins susceptibles d'être sous-déclarées.

Les cas sont énumérés dans le présent rapport selon la date de l'épisode, ce qui correspond à la première date parmi les suivantes : date de l'apparition des symptômes, du diagnostic clinique, du prélèvement, des tests de laboratoire ou du signalement des cas aux services de santé publique.

Les cas sont confirmés selon les définitions de cas produits par le MSSLD et comprennent généralement une confirmation positive en laboratoire. Se fier à ces définitions de cas types permet de faire des comparaisons au niveau provincial, mais pas nécessairement au niveau national, s'il existe des différences dans les définitions de cas d'une maladie.

Comparaison des taux : En ce qui a trait aux données sur la mortalité et les hospitalisations, des taux standardisés ont été présentés en fonction de l'âge, car ils ont l'avantage d'offrir des chiffres sommaires permettant de comparer différentes populations. Cependant, ceux-ci ne représentent pas une image fidèle de la maladie, de l'hospitalisation ou de la mortalité dans la collectivité. Les taux bruts devraient plutôt être employés pour dresser un portrait réaliste de la situation à ces égards (voir l'annexe D).

E. Tableaux de données

Tableau E.1 : Sommaire des taux d'incidence bruts de certains cancers, Ottawa, 2002

Taux d'incidence bruts (cas par 100 000 habitants)			
Type de cancer	Total	Hommes	Femmes
Sein	---	---	123,4
Prostate	---	99,8	---
Poumon	54,1	60,3	48
Colorectal	54,2	57,8	50,6
Ovaire	---	---	18,3
Lymphome non hodgkinien	16,9	17,4	16,4
Mélanome	13,9	13,9	14
Vessie	11,6	16,1	7,2
Rein	9,5	11,4	7,7
Pancréas	9,1	9,4	8,7
Leucémie	8,9	9,4	8,4
Cavité buccale et pharynx	8,1	9,9	6,3
Estomac	6,1	7,9	4,3
Cerveau	5,5	7	4,1
Utérus	---	---	4,6
Col de l'utérus	---	---	4,6
Œsophage	4,2	6	2,4

Source : Incidence du cancer en 2002, Action Cancer Ontario

Tableau E.2 : Sommaire des taux de mortalité bruts de certains cancers, Ottawa, 2002

Taux de mortalité bruts (décès par 100 000 habitants)			
Type de cancer	Total	Hommes	Femmes
Poumon	46	53,4	38,8
Sein	---	---	32,6
Colorectal	19,3	20,9	17,8
Prostate	---	19,1	---
Ovaire	---	---	10,2
Pancréas	8,4	7,9	8,9
Lymphome non hodgkinien	6,9	7,9	5,8
Leucémie	5,9	5,7	6
Cerveau	4,2	4,7	3,6
Œsophage	4,2	5,5	2,9
Vessie	3,9	5,5	2,4
Estomac	3,8	4,2	3,4
Rein	3,6	4	3,1
Cavité buccale et pharynx	3,1	4,2	1,9
Mélanome	3,1	4	2,2

Taux de mortalité bruts (décès par 100 000 habitants)			
Type de cancer	Total	Hommes	Femmes
Utérus	---	---	2,4
Col de l'utérus	---	---	1

Source : Mortalité attribuable au cancer en 2002, Action Cancer Ontario

Tableau E.3 : Sommaire des taux d'hospitalisation bruts de certains problèmes de santé chroniques, Ottawa, 2004

Taux d'hospitalisation bruts (cas par 100 000 habitants)			
	Total	Hommes	Femmes
Toutes les maladies du système circulatoire	805	969,6	646,3
Cardiopathie ischémique	361,3	504,7	223
Maladie pulmonaire obstructive chronique	161,6	141,4	181,1
Accident vasculaire cérébral	114,8	104,2	124,9
Diabète	56,8	61,2	52,6
Asthme	34,5	32,9	36

Source : Hospital In-patient Data 2004, Provincial Health Planning Database (PHPDB); extrait le 29 décembre 2005, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)

Tableau E.4 : Sommaire des taux de mortalité bruts de certains problèmes de santé chroniques, Ottawa, 2002

Taux de mortalité bruts (décès par 100 000 habitants)			
	Total	Hommes	Femmes
Toutes les maladies du système circulatoire	205,4	192,4	218
Cardiopathie ischémique	116,9	115,2	118,6
Accident vasculaire cérébral	39,4	30,8	47,7
Maladie pulmonaire obstructive chronique	21,9	19,9	23,9
Diabète	19,2	20,4	18,1

Source : Ontario Mortality Data 2002, Provincial Health Planning Database (PHPDB); extrait le 2 février 2006, Direction de la planification des services de santé, MSSLD (Ontario)