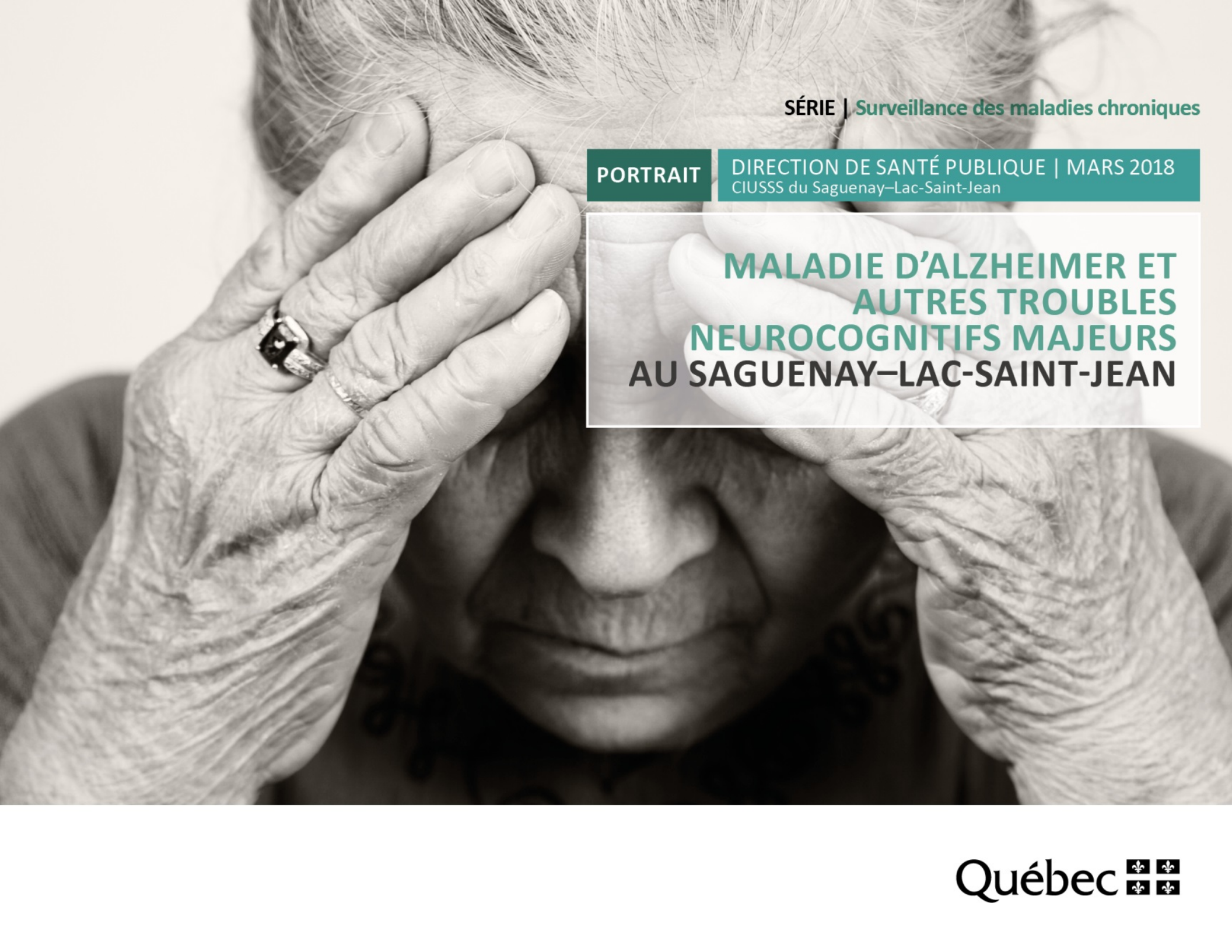




SÉRIE | Surveillance des maladies chroniques

PORTRAIT

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE | MARS 2018
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

**MALADIE D'ALZHEIMER ET
AUTRES TROUBLES
NEUROCOGNITIFS MAJEURS
AU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN**

AUTEUR

Fabien Tremblay, agent de planification, de programmation et de recherche, direction de santé publique

RELECTURE

Ann Bergeron, médecin-conseil responsable en surveillance de l'état de santé de la population, direction de santé publique

Audrey Bolduc, adjointe à la direction, direction de santé publique

ÉDITION

Produit par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean à l'adresse suivante : www.santesaglac.gouv.qc.ca (section Documentation).

CONCEPTION GRAPHIQUE

Stéphanie Gobeil, service des relations médias et communications publiques

DÉPOT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN (version PDF) : 978-2-550-800028-6

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018



UN ENJEU MAJEUR ET GRANDISSANT DE SANTÉ PUBLIQUE

On estime que plus de 111 000 québécois vivent avec la maladie d'Alzheimer ou un autre trouble neurocognitif majeur en 2014-2015. En outre, et ce, à l'instar de ce que l'on peut observer ailleurs dans le monde (Helmer et autres, 2016), on s'attend à ce que ce nombre continue d'augmenter de façon importante au cours des prochaines années, pour atteindre près de 180 000 personnes en 2030 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

La maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs qui lui sont apparentés, que l'on regroupe souvent sous la dénomination de démences, représentent un défi de taille pour les personnes atteintes, leurs proches et la société en général (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). C'est pourquoi ils préoccupent de plus en plus les autorités sociosanitaires de partout. L'Organisation mondiale de la Santé recommandait d'ailleurs, en 2012, d'en faire une priorité (World Health Organization et autre, 2012), car bien qu'il n'existe toujours pas de traitement curatif efficace, on sait que « des leviers existent pour agir en amont tant pour développer la santé cognitive que pour la protéger en réduisant des facteurs de risque reconnus » (Aubé, 2017 : 1).

Afin de mieux cibler les actions à poursuivre et à entreprendre en ce qui concerne ces problèmes de santé, ce document présente les données relatives au Saguenay-Lac Saint Jean les plus récentes produites par le *Système de surveillance des maladies chroniques du Québec*. Dans un premier temps, il dresse le portrait de la prévalence et de l'incidence de ces maladies, en fonction du sexe, de l'âge et du réseau local de services (RLS). Dans un deuxième temps, il présente les tendances relatives à leur évolution dans le temps et fait état, finalement, de quelques enjeux de santé publique leur étant associés.

FAITS SAILLANTS



Environ **une personne de 65 ans et plus sur 15** (7 %) souffre d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur dans la région.



La prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs est en **forte augmentation**.



Le vieillissement accéléré de la population et l'augmentation de son espérance de vie expliquent en grande partie ce **phénomène**.

Défi

Ces problèmes de santé chroniques constituent **un défi de taille** pour les personnes atteintes, leurs proches et la société en général.



Les troubles neurocognitifs sont **associés** à plusieurs autres enjeux de santé publique : perte d'autonomie, polypharmacie, recours aux soins grandissant, chute, isolement social, etc.



La diffusion de données épidémiologiques fiables sur la maladie est fondamentale pour relever collectivement les différents défis que posent la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs.

UN DÉFI POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION ET DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs qui lui sont apparentés sont parmi les maladies neurodégénératives les plus fréquentes (Carcaillon-Bentata et autres, 2016). En outre, la maladie d'Alzheimer est le trouble neurocognitif le plus prévalent, 54 % des cas environ lui étant associés (Lobo et autres, 2000). « Selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation, en 2015 au Canada, la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs apparentés occupent le deuxième rang des causes de mortalité, soit 12 %, le troisième rang des causes de mortalité prématurée et le quatrième rang en ce qui concerne le fardeau de la maladie » (Aubé, 2017 : 4). À elle seule, la maladie d'Alzheimer constitue la sixième cause de mortalité au Saguenay–Lac-Saint-Jean (2009-2013). Somme toute, elle est directement responsable de près d'un décès sur vingt, annuellement, dans la région.

Les troubles neurocognitifs de type Alzheimer apparaissent le plus fréquemment après 65 ans. Ils altèrent au quotidien le fonctionnement des personnes, en perturbant leur mémoire, leur jugement, leur organisation, leur orientation, leur langage ou le contrôle de leur comportement et de leurs émotions. Ainsi, ces maladies entraînent une perte de l'autonomie fonctionnelle et constituent un lourd et important fardeau pour les personnes atteintes, leurs familles et les proches aidants, mais également pour les professionnels et le système de santé (World Health Organization et autre, 2012). En somme, puisque « l'entourage joue un rôle incontournable dans la prise en charge des patients et doit en supporter les conséquences, aussi bien sur le plan personnel et émotionnel qu'au niveau social et financier » (Davin et Paraponaris, 2016 : 475), ces graves problèmes de santé affectent un nombre sans cesse grandissant d'aidants (Kerhervé et autres, 2008).

On ne connaît pas encore très bien les causes de ces maladies (Prince et autres, 2014). Cela dit, de récentes études tendent à démontrer une diminution de l'incidence à l'échelle mondiale (Helmer et autres, 2016), qui pourrait en partie s'expliquer par « une amélioration de la santé vasculaire cérébrale des aînés » (Kröger et autres, 2015 : 1). Malgré ces progrès, le vieillissement démographique rapide et l'augmentation de l'espérance de vie exposent des populations de partout, dont celle du Québec, à une augmentation importante du nombre de personnes souffrant de ces problèmes de santé. Ainsi, on estime que les coûts attribuables aux troubles neurocognitifs de type Alzheimer doubleront d'ici dix ans, passant, à l'échelle du Canada d'environ 35 à 75 milliards de dollars annuellement. Dans ce contexte, et ce à l'instar des autorités sociosanitaires d'un nombre grandissant de pays, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) faisait, en 2016, du vieillissement en santé l'une de ses priorités et retenait la santé cognitive comme un élément fondamental à considérer (Aubé, 2017).

En définitive, « la gravité de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés, et l'importance de leurs retentissements, nécessitent de pouvoir évaluer le plus précisément possible le nombre de personnes atteintes et tenter de prévoir son évolution » (Ankri, 2016 : 458). En ce sens, « la mise à disposition de données épidémiologiques fiables sur la fréquence de la maladie », en appui à la planification et l'organisation des soins, des programmes et des services, s'avère essentielle (*Ibid.* : 459).

MÉTHODOLOGIE

Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

La surveillance de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs porte sur l'ensemble de la population âgée de 40 ans et plus assurée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). L'incidence et la prévalence sont mesurées à partir des données du *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec* (SISMACQ) (figure 2) qui s'alimentent du jumelage de quatre fichiers médico-administratifs (Blais et autres, 2014) : le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) (assurance maladie et médicaments), qui couvre 100 % des personnes assurées; le fichier de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), qui couvre 100 % des hospitalisations; le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ qui contient les informations relatives au paiement des médecins et, finalement, le fichier des décès du Registre des événements démographiques (Gagnon et autres, 2017).

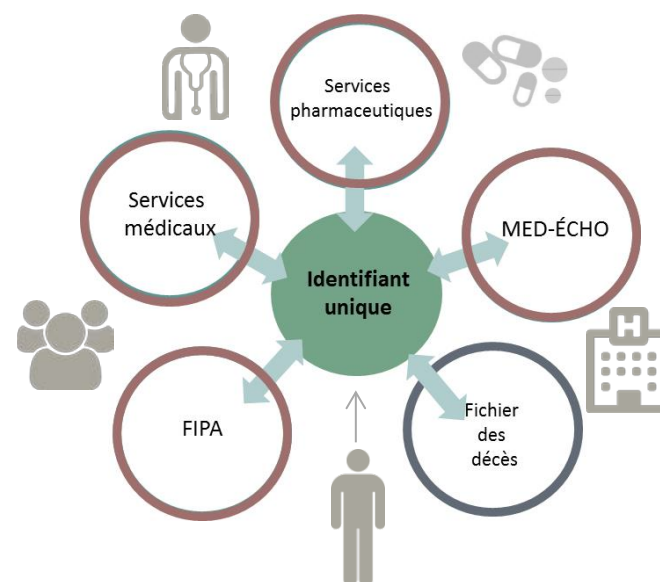
Définition de cas et méthodes de calcul

Une personne est considérée comme un cas incident de maladie d'Alzheimer ou d'un trouble neurocognitif majeur (ci-après regroupés sous le terme de maladie d'Alzheimer), si elle satisfait, pour la première fois, à l'un ou l'autre des critères suivants (Kröger et autres, 2015), soit :

1. avoir un diagnostic principal ou secondaire inscrit au fichier MED-ÉCHO au cours de l'annéeⁱ;
2. avoir trois diagnostics au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, à l'intérieur d'une période de deux ans, avec au moins 30 jours de délai entre deux réclamations;
3. avoir une prescription de médicaments spécifiques contre la maladie d'Alzheimer : Donepezil, Rivastigmine, Galantamine et Memantine (uniquement chez les 65 ans et plus)ⁱⁱ.

Le nombre de cas est arrondi aléatoirement à l'unité 5 et les taux sont ajustés selon la structure par âge (40 à 64, 65 à 74, 75 à 84, 85 ans et plus), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2001.

FIGURE 2
Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec



PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Le sexe

On estime que 765 nouveaux cas de la maladie d'Alzheimer ont été diagnostiqués chez des personnes de 40 ans et plus de la région au cours de l'année 2014-2015 (tableau 2). Ainsi, environ 4 075 personnes appartenant à cette tranche d'âges sont considérées comme atteintes en 2014-2015, ce qui représente 2,6 % de cette population (tableau 1).

La prévalence brute de la maladie d'Alzheimer est plus élevée chez les femmes (3,3 %) que chez les hommes (1,9 %) (tableau 1). L'incidence de la maladie varie aussi considérablement en fonction du sexe (tableau 2). Dans la région comme au Québec, les taux bruts de prévalence et d'incidence sont respectivement 74 % et 46 % plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

L'écart qui sépare les hommes et les femmes en ce qui concerne la prévalence et l'incidence de l'Alzheimer est un phénomène bien connu (Ankri, 2016; Helmer et autres, 2016; Lobo et autres, 2000). Il s'explique en partie par l'espérance de vie historiquement plus élevée des femmes, qui les expose à de plus grandes probabilités de développer la maladie. C'est en partie pourquoi on peut constater que l'écart qui les sépare des hommes, tant en ce qui concerne la prévalence que l'incidence, s'amenuise lorsque les taux sont ajustés afin d'isoler l'effet de l'âgeⁱⁱⁱ (tableaux 1 et 2).

TABLEAU 1

Prévalence de la maladie d'Alzheimer, selon le sexe, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2014-2015

		Nombre de cas	Taux brut ¹ %	Taux ajusté ² %	Écart/ reste du Québec
Saguenay–Lac-Saint-Jean	Hommes	1 450	1,9	1,8	n.s.
	Femmes	2 620	3,3	2,2	n.s.
	Sexes réunis	4 075	2,6	2,0	n.s.
Ensemble du Québec	Hommes	39 270	1,9	1,8	
	Femmes	72 235	3,3	2,1	
	Sexes réunis	111 660	2,6	2,0	

1. Taux pour 100 personnes.

2. Taux ajusté selon l'âge pour 100 personnes.

n.s. Écart non significatif par rapport au reste du Québec, au seuil de 1 %.

Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

TABLEAU 2

Incidence de la maladie d'Alzheimer, selon le sexe, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2014-2015

		Nombre de nouveaux cas	Taux brut ¹ ‰	Taux ajusté ² ‰	Écart/ reste du Québec
Saguenay–Lac-Saint-Jean	Hommes	305	4,1	4,1	n.s.
	Femmes	460	6,0	4,5	n.s.
	Sexes réunis	765	5,1	4,3	n.s.
Ensemble du Québec	Hommes	8 280	4,1	4,3	
	Femmes	12 835	6,0	4,5	
	Sexes réunis	21 120	5,1	4,4	

1. Taux pour 1 000 personnes.

2. Taux ajusté selon l'âge pour 1 000 personnes.

n.s. Écart non significatif avec le reste du Québec au seuil de 1 %.

Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

Le RLS

Dans l'ensemble, les taux de prévalence et d'incidence ajustés selon l'âge dans la région pour l'année 2014-2015 sont comparables à ceux observés à l'échelle du Québec, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (tableaux 1 et 2). Ils sont également semblables, d'un point de vue statistique, d'un RLS de la région à l'autre (annexe1).

Le sexe et l'âge

Comme mentionné précédemment, les probabilités d'être atteint d'Alzheimer augmentent en vieillissant. Dans la région, la proportion de personnes souffrant de la maladie est d'environ 1 % chez les hommes et les femmes âgés de 65 à 69 ans, de 6,5 % et 7,7 % respectivement chez ceux et celles âgés de 75 à 79 ans et de 13,1 % et 15,2 % entre 80 et 84 ans. Somme toute, on estime qu'environ une personne de 85 ans et plus de la région sur quatre (26,6 %) vit avec un diagnostic d'Alzheimer en 2014-2015 (figure 3), cette proportion étant significativement plus élevée chez les femmes (28,8 %) que chez les hommes (21 %).

Comme pour la prévalence, le nombre de nouveaux diagnostics d'Alzheimer, soit l'incidence, augmente considérablement en fonction de l'âge (figure 4). Pour l'année la plus récente étudiée dans la région, les taux bruts (pour 1 000 personnes) sont respectivement trois fois plus élevés chez les personnes âgées de 75 à 79 ans et dix fois plus chez celles de 85 ans et plus que chez celles de 70 à 74 ans. Contrairement à la prévalence, cependant, les taux d'incidence chez les femmes ne sont significativement plus élevés, comparativement aux hommes, qu'à partir de 85 ans.

FIGURE 3

Prévalence de la maladie d'Alzheimer selon le groupe d'âges, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2014-2015

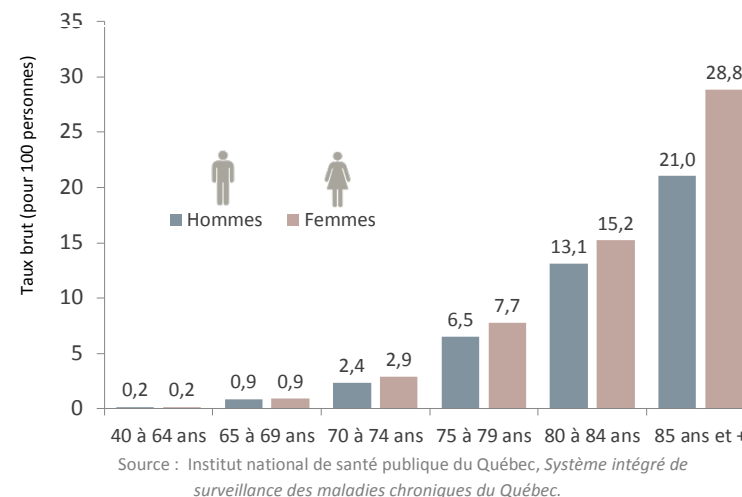
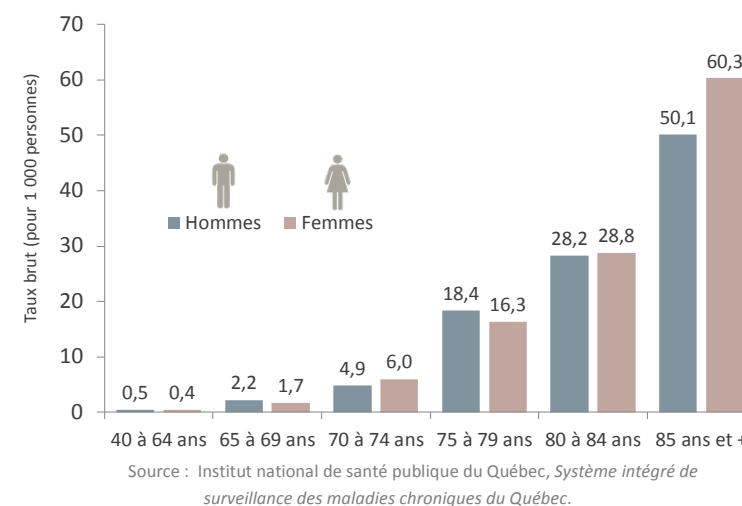


FIGURE 4

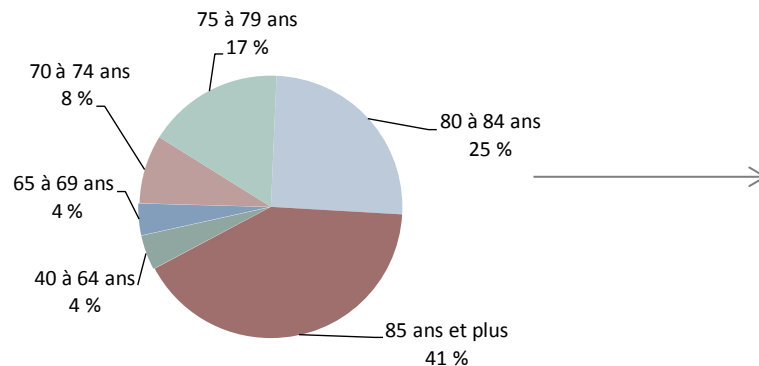
Incidence de la maladie d'Alzheimer selon le groupe d'âges, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2014-2015



Somme toute, on estime qu'environ une personne de 65 ans et plus de la région sur 15 (6,7 %) souffre d'Alzheimer en 2014-2015, ce qui représente, dans les faits, environ 3 900 personnes. En outre, on estime que 83 % des personnes atteintes sont âgées d'au moins 75 ans. Plus spécifiquement, 25 % ont entre 80 et 84 ans et 41 % ont 85 ans et plus (figure 5). Les femmes représentent 52 % de l'ensemble des cas chez les 40 à 74 ans et 67 % chez les 75 ans et plus.

FIGURE 5

Répartition du nombre de cas prévalents de la maladie d'Alzheimer selon le groupe d'âges, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2014-2015



Groupe d'âge	Nombre de cas		
	Hommes	Femmes	Sexes réunis
40 à 64 ans	90	80	175
65 à 69 ans	80	80	160
70 à 74 ans	150	195	345
75 à 79 ans	280	405	685
80 à 84 ans	390	635	1 030
85 ans et plus	455	1 230	1 685

Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

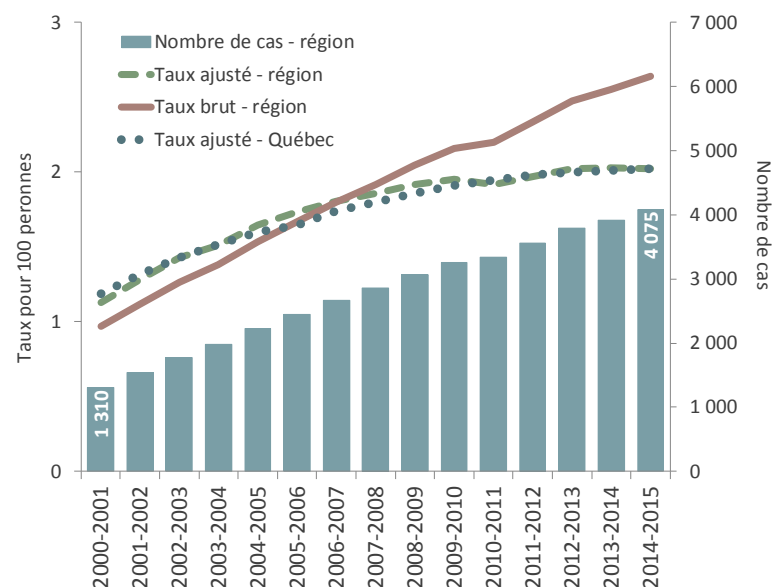
L'évolution dans le temps

La prévalence de l'Alzheimer a considérablement augmenté au cours des quinze années étudiées, tant dans la région qu'au Québec. Cette croissance a d'ailleurs été particulièrement marquée au Saguenay–Lac-Saint-Jean (figure 5). Au cours de cette période, le nombre de personnes atteintes a triplé, passant de 1 310 à 4 075, ce qui constitue une hausse annuelle moyenne de 8,4 % (7,2 % au Québec). Le taux brut de prévalence est ainsi passé de 1,0 % en 2000-2001 à 2,6 % en 2014-2015 (figure 5). La hausse moins importante du taux ajusté en fonction de l'âge (de 1,0 % en 2000-2001 à 2,0 % en 2014-2015), indique que le vieillissement de la population est en grande partie responsable de cette croissance.

La hausse du taux ajusté de prévalence est observable autant chez les hommes que chez les femmes (figure 6) et elle concerne tous les RLS (figure 7). De même, l'augmentation annuelle moyenne du nombre de cas est comparable d'un sexe à l'autre (8,8 % chez les hommes contre 8,3 % chez les femmes) (figure 6). Elle varie cependant en fonction du RLS; Chicoutimi et Lac-Saint-Jean-Est ayant enregistré des hausses annuelles moyennes d'environ 10 %, en comparaison aux autres RLS dont la hausse varie entre 6,6 % (La Baie) et 8,2 % (Domaine-du-Roy) (annexe 2).

FIGURE 5

Évolution de la prévalence de la maladie d'Alzheimer, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2000-2001 à 2014-2015

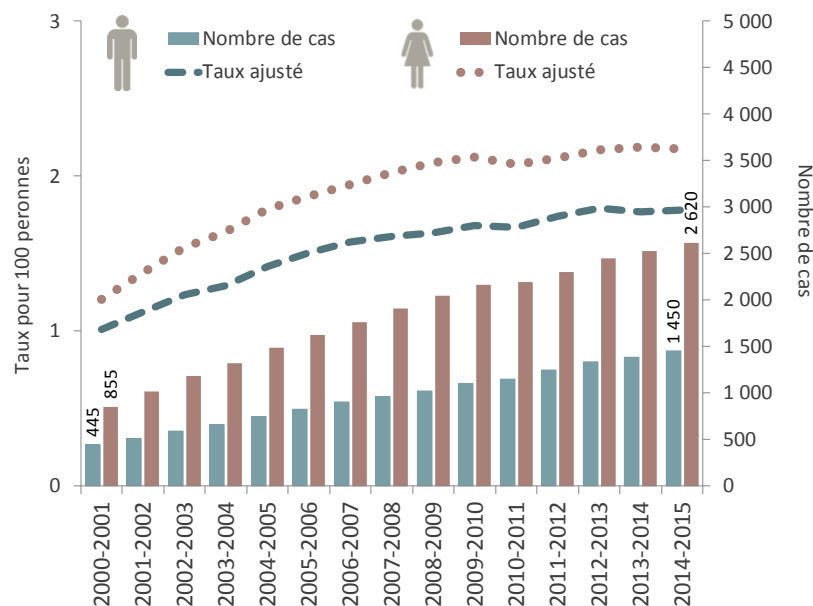


Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.



FIGURE 6

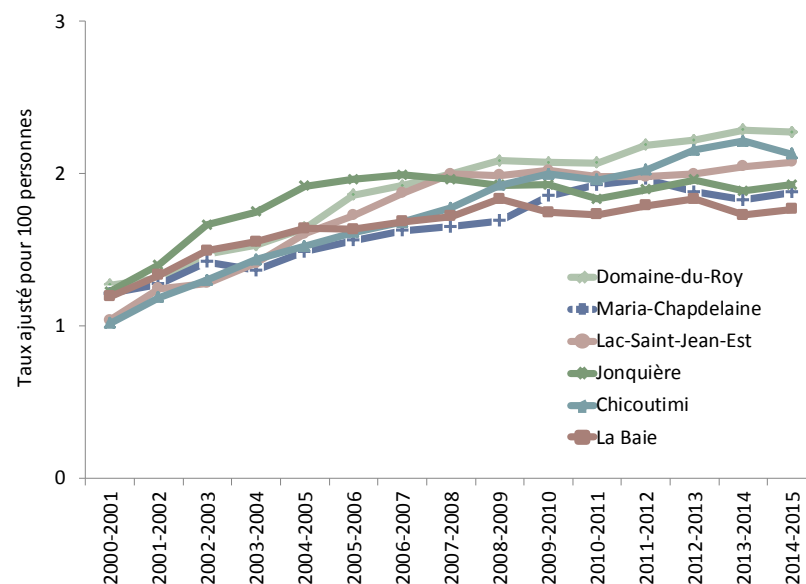
Évolution de la prévalence de la maladie d'Alzheimer, selon le sexe, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 2000-2001 à 2014-2015



Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

FIGURE 7

Évolution de la prévalence de la maladie d'Alzheimer, selon le RLS, Population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2001 à 2014-2015

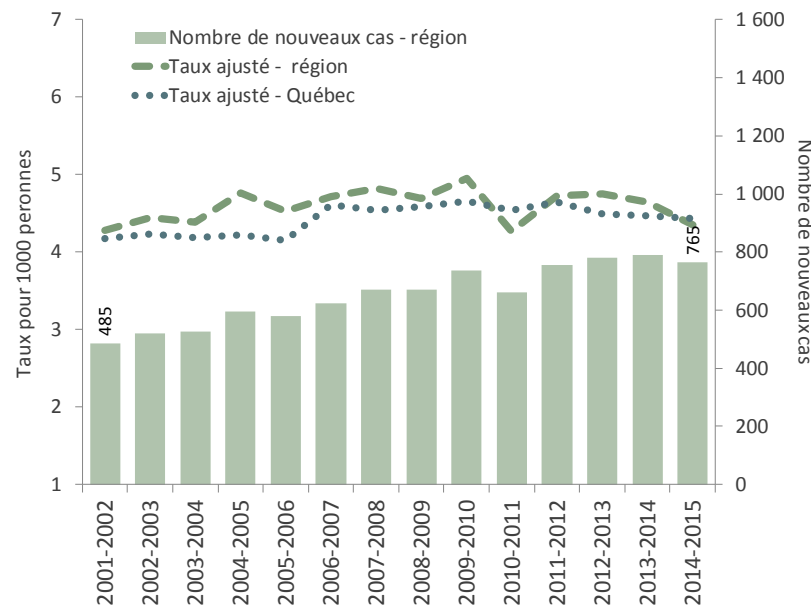


Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

Le taux d'incidence est demeuré relativement stable au cours de l'ensemble de la période étudiée, et ce, dans la région comme au Québec (figure 8). On observe néanmoins un accroissement important du nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans la région. Cette augmentation de 57 %, soit une croissance annuelle moyenne de 3,5 % entre 2001-2002 et 2014-2015 (3,1 % au Québec), s'explique en grande partie, encore une fois, par le vieillissement accéléré de la population régionale. Par ailleurs, soulignons que la hausse importante du nombre de nouveaux cas annuellement diagnostiqués dans la région est plus importante chez les hommes (4,4 % en moyenne annuellement) que chez les femmes (3,0 % en moyenne annuellement) (figure 9). Une tendance qui s'observe également à l'échelle du Québec (données non présentées).

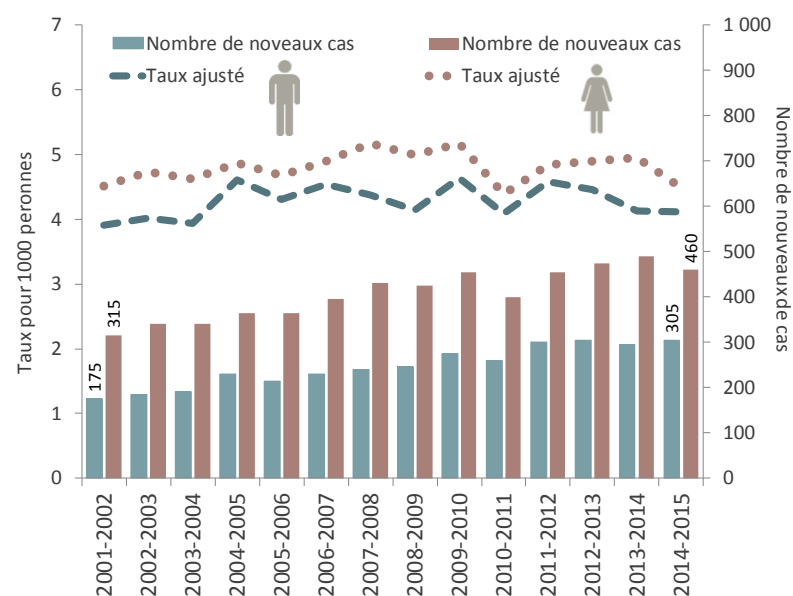


FIGURE 8
Évolution de l'incidence de la maladie d'Alzheimer,
population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec,
2001-2002 à 2014-2015



Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

FIGURE 9
Évolution de l'incidence de la maladie d'Alzheimer, selon le sexe,
population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean,
2001-2002 à 2014-2015

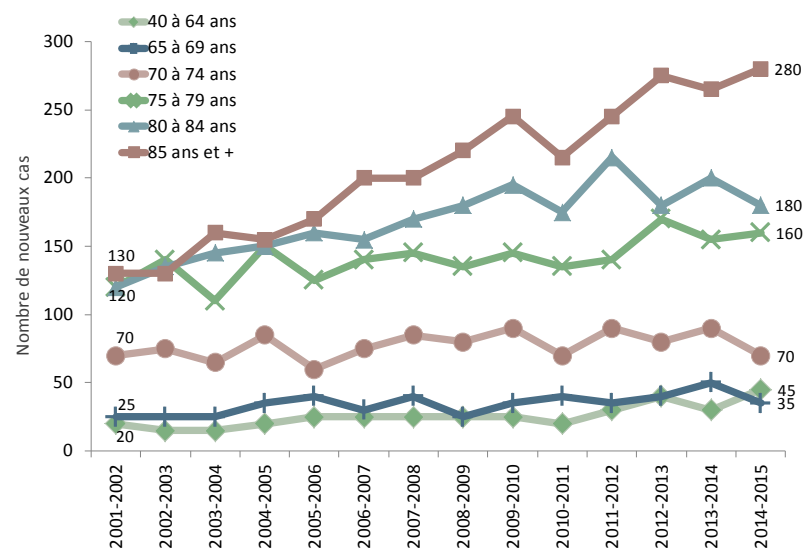


Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

La hausse du nombre de nouveaux cas varie également en fonction du groupe d'âges et du RLS. Les 40 à 64 ans (6,4 %) et les 85 ans et plus (6,1 %) sont ceux qui ont connus la plus forte hausse annuelle moyenne, alors que cette croissance tourne autour de 2 % pour les autres groupes d'âge (figure 10). De la même façon, Domaine-du-Roy et Marie-Chapdelaine ont enregistré des hausses annuelles moyennes de 5,9 % et de 4,9 %, en comparaison aux autres RLS dont l'augmentation varie entre 2 % (Jonquière) et 3,8 % (La Baie) (figure 11).

FIGURE 10

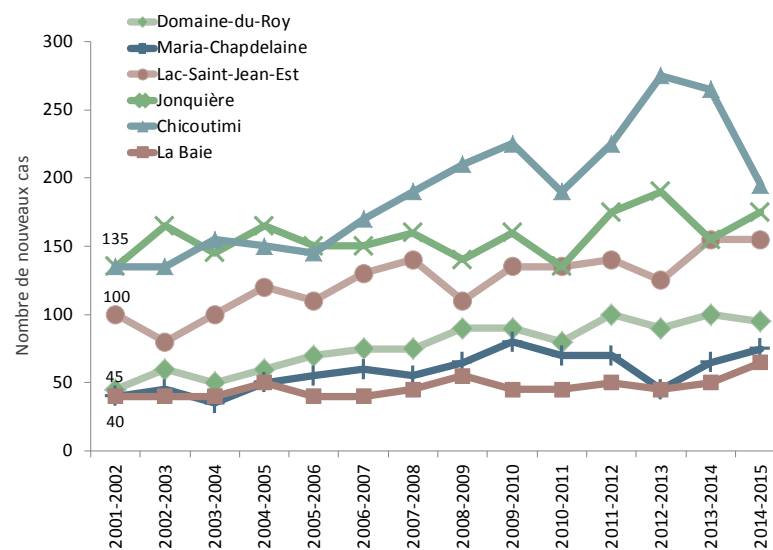
Évolution de l'incidence de la maladie d'Alzheimer, selon le groupe d'âges, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2001-2002 à 2014-2015



Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

FIGURE 11

Évolution de l'incidence de la maladie d'Alzheimer, selon le RLS, Population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2001-2002 à 2014-2015



Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.



DISCUSSION

Limites et utilité des données

Les données sur la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs qui lui sont apparentés qui sont produites par le SISMACQ comportent certaines limites qu'il incombe de souligner. Rappelons, d'abord, que le SISMACQ s'alimente de données médico-administratives, colligées à la base pour répondre à des besoins administratifs (Blais et autres, 2014). Il ne comprend donc que de l'information sur les personnes qui ont recours aux services de santé et il ne peut identifier que les personnes dont l'état a été diagnostiqué par un médecin rémunéré à l'acte. Pour cette raison, le SISMACQ sous-estime probablement le nombre de cas chez les personnes diagnostiquées et hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui sont généralement suivies par des médecins rémunérés selon un mode de paiement alternatif au paiement à l'acte et chez qui les médicaments ne sont plus remboursés par le régime de la RAMQ. Cette sous-estimation, cependant, est probablement faible puisque la majorité des diagnostics d'Alzheimer et de troubles apparentés sont posés avant que les personnes atteintes se retrouvent en hébergement (Kröger et autres, 2015).

Il existe également une potentielle sous-estimation du nombre de cas chez les 40-64 ans en raison de l'absence de données sur les services pharmaceutiques. Cependant, cette sous-estimation est fort probablement négligeable sur l'ensemble des cas en raison du faible nombre observé dans ce groupe d'âges. Qui plus est, « la prévalence de prise en charge chez les sujets jeunes est probablement plus proche de la prévalence réelle que chez les sujets plus âgés. En effet, chez les sujets jeunes, le retentissement de la démence sur la qualité de vie et les activités de la vie quotidienne est particulièrement important, ce qui les conduit à consulter plus facilement pour ce motif que les personnes âgées. De plus, en l'absence de polyopathie, plus souvent présente chez les personnes âgées, le diagnostic chez les patients jeunes se fait plus aisément » (Carcaillon-Bentata et autres, 2016).

Somme toute, « même si les estimations faites à partir du SISMACQ risquent quelque peu de sous-estimer le vrai fardeau causé par ces maladies, les tendances temporelles de ces estimations semblent en accord avec des observations faites aux États-Unis » (Kröger et autres, 2015 : 14). En outre, les données du SISMACQ s'avèrent d'une très grande utilité afin de pouvoir surveiller de façon soutenue l'évolution de la maladie d'Alzheimer et des troubles neurocognitifs majeurs dans une perspective populationnelle.

Les femmes plus touchées?

Les données du SISMACQ tendent à démontrer que les probabilités d'être atteint d'Alzheimer sont, selon toute vraisemblance, plus élevées chez les femmes que chez les hommes, un fait également rapporté par la littérature (Prince et autres, 2014). Somme toute, pour l'année 2014-2015, les femmes représentent 60,1 % des nouveaux cas diagnostiqués et 64,3 % de l'ensemble des cas observés chez les 40 ans et plus au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Certains facteurs génétiques peuvent expliquer cet écart (Cacciottolo et autres, 2016; Dubal et autres, 2017). Mais l'espérance de vie est sans doute un facteur important à considérer.

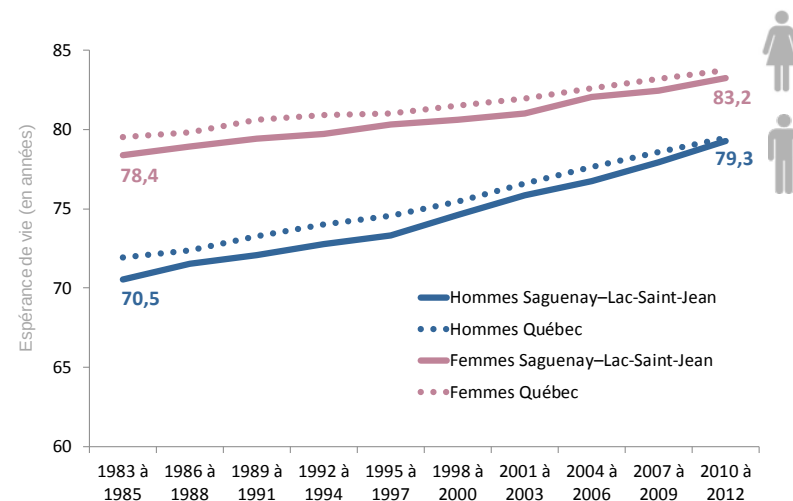
On sait bien, en effet, que les femmes ont une espérance de vie historiquement plus élevée que celle des hommes (figure 12) et, conséquemment, davantage de probabilités de développer des problèmes de santé associés à l'âge, tel que l'Alzheimer. Cela dit, l'écart qui sépare les femmes des hommes en ce qui concerne l'espérance de vie tend à s'amenuiser depuis quelques décennies (figure 12), ce qui pourrait peut-être expliquer l'augmentation légèrement plus importante du nombre de cas chez ces derniers.

Le vieillissement de la population

Le vieillissement démographique, qui se traduit par l'augmentation de plus en plus marquée du nombre de personnes d'âge plus avancé (75 à 84 ans, 85 ans et plus), est un phénomène qui affecte plusieurs pays. Il se manifeste toutefois à des vitesses variables dans ces différentes populations et il est, d'ailleurs, particulièrement rapide au Québec (Aubé, 2017 : 7).

Les données du SISMACQ démontrent que le vieillissement de la population a eu un impact marqué sur l'évolution du nombre de personnes atteintes d'Alzheimer dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Et, on peut s'attendre à ce que cette tendance se poursuive au cours des prochaines années. En effet, selon les plus récentes projections démographiques, on estime que le nombre d'aînés dans la région augmentera de 42 % en une dizaine

FIGURE 12
Évolution de l'espérance de vie, selon le sexe,
Saguenay–Lac-Saint-Jean et Québec, 1983-1985 à 2010-2012



Source : Ministère de la santé et des services sociaux, *Fichier des décès, Estimations et projections démographiques, Fichier des naissances.*

d'années (2016-2026), ce qui représente un accroissement d'environ 23 700 personnes de 65 ans et plus. D'ailleurs, la croissance du nombre d'ainés dans la région est plus importante depuis quelques années que celle observée à l'échelle québécoise, ce qui laisse présager que l'augmentation du nombre de cas d'Alzheimer pourrait aussi y être plus grande. Somme toute, on s'attend à ce que la proportion d'ainés atteigne 25,9 % en 2026 au Québec, comparativement à 32 % au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

LES ENJEUX ASSOCIÉS

Au-delà des données du SISMACQ permettant de prendre la mesure de leur incidence et de leur prévalence au sein de la population, il existe plusieurs enjeux importants de santé associés à la maladie d'Alzheimer et aux troubles neurocognitifs apparentés : perte d'autonomie, problème sensoriel, risque de chutes et de traumatismes, polypharmacie, isolement social, etc. (Mondor et autres, 2017). En outre, des travaux québécois ont démontré que « le taux de mortalité toutes causes confondues chez les individus âgés de 65 ans ou plus est plus élevé chez ceux qui sont atteints d'Alzheimer ou de maladies apparentées que chez les personnes non atteintes » (Kröger et autres, 2015 : 8). Au Canada, les données indiquent que « les hommes atteints de démence perdent en moyenne 16,0 années de vie en pleine santé en raison des incapacités et des décès prématurés, comparé à 15,2 années pour les femmes » (Agence de la santé publique du Canada, 2017 : 3). D'autres études soulignent également le fait que l'espérance de vie est globalement moins élevée chez les personnes atteintes d'Alzheimer ou d'un trouble majeur apparenté dû à leur propension plus grande de cumuler différents problèmes de santé chroniques (Haaksma et autres, 2017; Mondor et autres, 2017; Tonelli et autres, 2017; Tosto et autres, 2016). Cette plus grande vulnérabilité face aux problématiques de comorbidité et de multimorbidité est elle-même associée à d'autres préoccupations importantes sur le plan de la santé, pensons notamment au recours grandissant aux soins, à la polypharmacie et à la perte d'autonomie (Lau et autres, 2010; Lai et autres, 2012).

Perte d'autonomie

La perte d'autonomie des personnes atteintes de troubles neurocognitifs est un phénomène bien documenté. Récemment, des données canadiennes démontraient que « la grande majorité des personnes qui en étaient atteintes et vivaient dans un ménage privé [en 2010-2011], recevaient de l'aide au chapitre des soins médicaux (81 %), des tâches ménagères et de l'entretien de la maison (83 %), de la préparation des repas (88 %), du soutien affectif (90 %), du transport (92 %) et de la gestion des soins (92 %). Parmi les personnes recevant de l'aide, 85 % comptaient à tout le moins en partie sur des membres de leur famille, des amis ou des voisins. L'aidant principal tendait à être le conjoint (46 %) ou un enfant d'âge adulte (44 %), la plupart du temps une fille (71 %). La plupart des aidants principaux vivaient dans le même ménage (83 %) et fournissaient une aide sur une base quotidienne (86 %) » (Wong et autres, 2016 : 12).

Or, consacrer de l'aide à un proche peut avoir d'importants impacts sur la santé de l'aidant (Davin et Paraponaris, 2016). Selon un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques, les aidants auraient 20 % plus de risque d'être affectés par des problèmes de santé mentale. Aider un proche peut également générer du stress, qui peut être plus ou moins important selon l'âge de l'aidant, la lourdeur des tâches effectuées et le fait d'avoir eu ou non le choix de prendre soin de cette personne. Être aidant naturel peut également avoir des impacts sur l'emploi (retraite anticipée, démission, travail à temps partiel, conciliation soins/travail, etc.) et, conséquemment, sur la situation financière. Les aidants seraient en effet plus susceptibles que les non-aidants de vivre en situation de pauvreté.

Des leviers pour maintenir, développer et protéger la santé cognitive

De plus en plus de travaux démontrent que le déclin cognitif n'est pas un phénomène inéluctable. Ces recherches soutiennent en outre que « le vieillissement en soi n'explique pas à lui seul le développement d'un trouble cognitif léger ou d'un trouble neurocognitif majeur. Les effets cumulés du bagage génétique et surtout du parcours de vie contribuent à renforcer ou à fragiliser la santé cognitive » (Aubé, 2017 : 1). Il existe donc des leviers sur lesquels travailler afin de maintenir, de développer et de protéger la santé cognitive.

Les facteurs susceptibles d'agir sur la santé cognitive sont de divers ordres. « Les premiers incluent l'éducation et la stimulation intellectuelle, un mode de vie physiquement actif, l'entraînement cognitif et, sous réserve d'études complémentaires, les interactions sociales, l'alimentation et la qualité du sommeil » (*Ibid.* : 5). À l'inverse, d'autres facteurs dits de risque peuvent être « regroupés en fonction de leurs liens avec les maladies vasculaires cardiaques et cérébrales, avec les modes de vie, avec d'autres conditions médicales et enfin avec l'environnement. Les principaux facteurs de risque vasculaires pour lesquels les données probantes sont les plus robustes pour agir sont le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète. Des facteurs de risque d'ordre individuel retiennent l'attention : la dépression, la présence de déficits visuels ou auditifs. D'autres facteurs d'ordre environnemental peuvent être considérés tels : la pollution atmosphérique, les expositions neurotoxiques au travail et les traumatismes crâniens. À cela s'ajoute comme facteur d'intérêt la gestion non optimale des médicaments, parce que les aînés sont plus médicamentés que les plus jeunes, que plusieurs médicaments ont des effets cognitifs négatifs documentés et qu'il faut considérer le risque potentiellement accru de leurs effets combinés » (*Ibid.*).

CONCLUSION

Les troubles neurocognitifs majeurs, desquels fait notamment partie la maladie d'Alzheimer, affectent un nombre de plus en plus important de personnes, notamment en raison des changements démographiques qui affectent plusieurs populations du monde. Et la région, en raison du vieillissement particulièrement rapide de sa population, est très affectée par ce phénomène. À cela s'ajoute le fait que les personnes âgées ont une espérance de vie de plus en plus longue, ce qui accroît les probabilités qu'elles cumulent, en plus des troubles neurocognitifs, d'autres maladies liées à l'âge. On peut donc s'attendre à ce que le profil des personnes atteintes soit de plus en plus complexe, engendrant ainsi d'autres difficultés sur le plan de la santé (recours aux soins grandissant, polypharmacie, risque iatrogénique, perte d'autonomie, etc.). En outre, on peut s'attendre à ce que le nombre de proches aidants au sein de la population augmente de façon encore plus importante au cours des prochaines années, et l'aide octroyée par les proches constitue en elle-même un enjeu de santé publique.

La santé cognitive de la population constitue déjà, dans plusieurs pays du monde, un enjeu prioritaire de santé publique qui implique la mobilisation d'une vaste variété d'acteurs. Dans ce contexte, la diffusion de données épidémiologiques sur l'ampleur de la maladie au sein de la population est primordiale pour faire face à la « nécessaire réorganisation sanitaire et sociale » et ainsi relever collectivement les différents défis que posent ces enjeux au sein de la population. En effet, ces données, qui permettent de bien apprécier le fardeau de cette maladie chronique et d'en prévoir l'évolution, visent à soutenir la planification et l'organisation des soins et services et à favoriser la concertation pour améliorer nos actions (autant pour en réduire la fréquence dans la population que pour en réduire les conséquences auprès des patients) et pour en contenir les coûts.

En effet, il n'existe toujours pas de traitement curatif efficace pour combattre les troubles neurocognitifs majeurs du type Alzheimer. Cela dit, « des leviers existent pour agir en amont tant pour développer la santé cognitive que pour la protéger en réduisant des facteurs de risque reconnus. À un âge avancé, les effets combinés de ces leviers auront de grands impacts pour les aînés et pour leurs proches » (Aubé, 2017 : 1). Ces comportements, sont fortement influencés par les environnements, tant physiques, économiques, législatifs, culturels que sociaux. D'où l'importance d'interventions concertées visant à rendre ces environnements favorables à leur adoption.

NOTES

- i. Les codes des 9^e et 10^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics de la maladie d'Alzheimer. La codification CIM-9 a été utilisée pour l'ensemble du fichier des services médicaux et jusqu'au 31 mars 2006 pour le fichier MED-ÉCHO. Pour le fichier des services médicaux, les codes CIM-9 sont : 290, 331. Pour MED-ÉCHO, les codes CIM-9 sont : 046.1, 290.0, 290.1, 290.2, 290.3, 290.4, 294.1, 294.2, 331.0, 331.1, 331.5. Les codes CIM-10 sont : G30, F00, F01, F02, F03.

Codes de CIM-10	
G30	Maladie d'Alzheimer
F00	Démence de la maladie d'Alzheimer
F01	Démence vasculaire
F02	Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs
F03	Démence, sans précision

- ii. Les codes de l'*Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System* associés aux médicaments contre la maladie d'Alzheimer sont de la classe N06 et comprennent les médicaments suivants : Donepezil (DA02), Rivastigmine (DA03), Galantamine (DA04) et Memantine (DX01). Les codes DIN (Drug Identification Number) associés à ces médicaments ont été utilisés pour la programmation.
- iii. L'ajustement permet de contrôler l'effet que peut avoir l'âge sur les phénomènes étudiés et ainsi permettre de suivre dans le temps des phénomènes dans une population dont la structure d'âge pourrait changer ou encore permet de faire des comparaisons entre populations dont les structures d'âge diffèrent.



RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2017). *La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer : Faits saillants du système canadien de surveillance des maladies chroniques*, Agence de la santé publique du Canada, 6 p. En ligne au : <<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/dementia-highlights-canadian-chronic-disease-surveillance/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.pdf>>.
- ANKRI, J. (2016). « Maladie d'Alzheimer : l'enjeu des données épidémiologiques », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°28-29, p. 458-59.
- AUBÉ, D. (2017). *La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé*, Institut national de santé publique du Québec, 77 p. En ligne au : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323_sante_cognitive_vieillir_sante.pdf>.
- BLAIS, C., S. JEAN, C. SIROIS, L. ROCHETTE, C. PLANTE, I. LAROCQUE, M. DOUCET, G. RUEL, M. SIMARD et P. GAMACHE (2014). « Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, vol. 34, n°4, p. 247-56.
- CACCIOTTOLO, M., A. CHRISTENSEN, A. MOSER, J. LIU, C. J. PIKE, C. SMITH, M. JO LADU, P. M. SULLIVAN, T. E. MORGAN, E. DOLZHENKO, A. CHARIDIMOU, L.-O. WAHLUND, M. K. WIBERG, Sara SHAMS, G. C. YI CHIANG et C. E. FINCH (2016). « The APOE4 Allele Shows Opposite Sex Bias in Microbleeds and Alzheimer's Disease of Humans and Mice », *Neurobiology of Aging*, vol. 37, Supplement C, p. 47-57.
- CARCAILLON-BENTATA, L., C. QUINTIN, E. MOUTENGOU, M. BOUSSAC-ZAREBSKA, F. MOISAN et C. HA (2016). « Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles. », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°28-29, p. 459-67.
- DAVIN, B. et A. PARAPONARIS (2016). « Quelles sont les conséquences de l'aide apportée par les proches aux personnes souffrant de maladies neurodégénératives ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°28-29, p. 474-79.
- DUBAL, D. B. et C. ROGINE (2017). « Apolipoprotein E ε4 and Risk Factors for Alzheimer Disease—Let's Talk About Sex », *Neurobiology*, vol. 74, n°10, p. 1167-68.
- GAGNON, R., L. ROCHETTE, C. PLANTE et V. ÉMOND (2017). *Cadre de qualité des données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec : rapport méthodologique*, Institut national de santé publique du Québec, 38 p. En ligne au : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2863735>>, consulté le 25 octobre 2017.
- HAAKSMA, M. L., L. R. VILELA, A. MARENGONI, A. CALDERÓN-LARRAÑAGA, J.-M. S. LEOUTSAKOS, M. G. M. OLDE RIKKERT et R.J. F. MELIS (2017). « Comorbidity and Progression of Late Onset Alzheimer's Disease: A Systematic Review », *PLOS ONE*, vol. 12, n°5, 15 p.
- HELMER, C., K. PÉRÈS et J.-F. DARTIGUES (2016). « Évolution temporelle des démences: état des lieux en France et à l'international », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°28-29, p. 467-73.
- KERHERVÉ, H., M. C. GAY et P. VRIGNAUD (2008). « Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés », *Annales médico-psychologiques*, vol. 166, n°1, p. 251-59.
- KRÖGER, E., L. ROCHETTE, M. GAGNÉ, C. BOCTI et V. ÉMOND (2015). *Surveillance de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : étude de faisabilité à partir des fichiers administratifs*, Institut national de santé publique du Québec, 10 p. En ligne au : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1984_Surveillance_Alzheimer.pdf>.
- LAI, S.-W., C.-H. LIN, K.-F. LIAO, L.-T. SU, F.-C. SUNG et C.-C. LIN (2012). « Association Between Polypharmacy and Dementia in Older People: A Population-Based Case-control Study in Taiwan », *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 12, n°3, p. 491-98.



- LAU, D. T., N. D. MERCALDO, A. T. HARRIS, E. TRITTSCHUH, J. SHEGA et S. WEINTRAUB (2010). « Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication Use among Community-Dwelling Elders with Dementia », *Alzheimer Disease and Associate Disorders*, vol. 24, n° 1, p. 56-63.
- LOBO, A., L. J. LAUNER, L. FRATIGLIONI, K. ANDERSEN, A. DI CARLO, M. M. BRETELER, J. R. COPELAND, J. F. DARTIGUES, C. JAGGER, J. MARTINEZ-LAGE, H. SOININEN et A. HOFMAN (2000). « Prevalence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A Collaborative Study of Population-based Cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group », *Neurology*, vol. 54, n° 11, Supplement 5, p. S4-9.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Guide de mise en œuvre pour le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CISSS et les CIUSSS*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 48 p. En ligne au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-829-01W_Guide_pratiques_cliniques_complet_BR.pdf>.
- MONDOR, L., C. J. MAXWELL, D. B. HOGAN, S. E. BRONSKILL, A. GRUNEIR, N. E. LANE et W. P. WODCHIS (2017). « Multimorbidity and healthcare utilization among home care clients with dementia in Ontario, Canada: A retrospective analysis of a population-based cohort », *PLOS Medicine*, vol. 14, n° 3, 17 p.
- PRINCE, M., E. ALBENESE, M. GUERCHET et M. PRINA (2014). *World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction an Analysis of Protective and Modifiable Factors*, Alzheimer's disease International, 104 p. En ligne au : <<https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/world-report-2014-executive-summary.pdf>>.
- TONELLI, M., N. WIEBE, S. STRAUS, M. FORTIN, Bruce GUTHRIE, M. T. JAMES, S. W. KLARENBAACH, H. TAM-THAM, R. LEWANCZUK, B. J. MANNS, H. QUAN, P. E. RONKSLEY, P. SARGIOUS et B. HEMMELGARN (2017). « Multimorbidity, Dementia and Health Care in Older People: a Population-Based Cohort Study », *Canadian medical association journal*, vol. 5, n° 3, p. E623-31.
- TOSTO, G., T. D. BIRD, David A. BENNETT, B. F. BOEVE, A. M. BRICKMAN, C. CRUCHAGA, K. FABER, T. M. FOROUD, M. FARLOW, A. M. GOATE, N. R. GRAFF-RADFORD, R. LANTIGUA, J. MANLY, R. OTTMAN, R. ROSENBERG, D. J. SCHAID, N. SCHUPF, Y. STERN, R. A. SWEET et R. MAYEUX (2016). « The Role of Cardiovascular Risk Factors and Stroke in Familial Alzheimer Disease », *Journal of American Medical Association Neurobiology*, vol. 73, n° 10, p. 1231-37.
- WONG, S. L., H. GILMOUR et P. RAMAGE-MORIN (2016). « La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 27, n° 5, p. 12-17.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (2012). *Dementia: a Public Health Priority*, World Health Organization, 102 p.

ANNEXE 1

Prévalence de la maladie d’Alzheimer, selon le RLS, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2014-2015

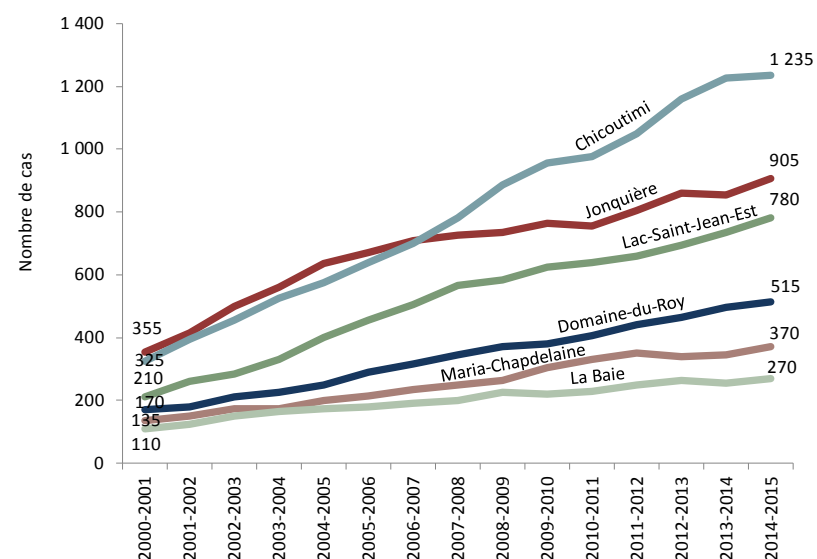
	Nombre de cas	Taux brut ¹ %	Taux ajusté ¹ %	Écart / reste du Québec	Écart / reste de la région
Domaine-du-Roy	515	2,9	2,3	n.s.	n.s.
Maria-Chapdelaine	370	2,5	1,9	n.s.	n.s.
Lac-Saint-Jean-Est	780	2,7	2,1	n.s.	n.s.
Jonquière	905	2,4	1,9	n.s.	n.s.
Chicoutimi	1 235	2,9	2,1	n.s.	n.s.
La Baie	270	2,2	1,8	n.s.	n.s.
Saguenay–Lac-Saint-Jean	4 070	2,6	2,0	n.s.	
Québec	111 660	2,6	2,0		

1. Taux pour 100 personnes.
n.s. Écart non-significatif au seuil de 1%.

Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

ANNEXE 2

Évolution du nombre de cas de la maladie d’Alzheimer, selon le RLS, population de 40 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000-2001 à 2014-2015



Source : Institut national de santé publique du Québec, *Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*.

***Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay–
Lac-Saint-Jean***

Québec 