

ENQUÊTE DE SANTÉ DU SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN 2007

Les maladies chroniques et leurs déterminants

# LES COMPORTEMENTS À RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION

Volume

1



*La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.*

Analyse et rédaction : René Lapierre  
Service recherche, connaissance et surveillance

Conception et relecture : Anne-Pascale Maltais  
Agente administrative

Conception graphique de la page couverture : Zone Orange

Référence suggérée : LAPIERRE, R., *Les maladies chroniques et leurs déterminants - Volume I : Les comportements à risque et les facteurs de protection*, Collection *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2008, 45 pages.

.

Ce document est disponible en téléchargeant une copie électronique à l'adresse suivante:  
<http://www.santesaglac.gouv.qc.ca> (section : documentation)

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008  
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-921247-57-3 (version papier)  
ISBN : 978-2-921247-58-0 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec

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

## REMERCIEMENTS

*L'* auteur tient à remercier :

*toutes les personnes de la région qui ont participé à l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007. Celles-ci ont généreusement donné de leur temps pour répondre au questionnaire par le biais d'une entrevue téléphonique. Sans elles, nous n'aurions pu recueillir toutes les précieuses informations sur l'état de santé de la population régionale;*

*les responsables de la collecte de données de la firme SOM ainsi que tous les interviewers qui y ont participé, pour la qualité de leur travail et le professionnalisme dont ils ont fait preuve tout au long de la collecte;*

*tous les professionnels de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui ont participé à la consultation lors de l'élaboration du questionnaire et ont contribué à en enrichir le contenu;*

*les professionnels du Service recherche, connaissance et surveillance pour tout le travail d'équipe réalisé lors de la planification de l'enquête. Plus spécifiquement, l'auteur tient à remercier :*

*M. Régis Couture, responsable de l'enquête, pour l'excellent travail réalisé dans l'ensemble de la démarche;*

*M<sup>me</sup> Anne-Pascale Maltais, agente administrative, pour sa patiente relecture de tous les documents et l'excellent travail d'édition réalisé;*

*M<sup>me</sup> Myriam Duplain, pour l'écriture de la version préliminaire de la section III du document et la relecture critique de certaines parties des documents ainsi que la pertinence de ses commentaires et suggestions;*

*M<sup>me</sup> Ann Bergeron, coordonnatrice du service, pour sa lecture critique de tous les documents et la pertinence de ses commentaires et suggestions qui ont contribué à améliorer les produits finaux.*



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES FIGURES .....	ix
INTRODUCTION .....	1
SECTION I	
Le tabagisme .....	3
Problématique .....	5
La situation régionale en 2007 .....	7
La situation dans les territoires de RLS .....	8
Les variations selon l'âge et le sexe .....	8
Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques .....	9
Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection .....	9
L'état de santé des fumeurs .....	10
Principaux moyens pour cesser de fumer .....	11
SECTION II	
La sédentarité .....	13
Problématique .....	15
La situation régionale en 2007 .....	16
Les variations selon l'âge et le sexe .....	17
Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques .....	17
Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection .....	18
L'état de santé des personnes sédentaires .....	19
D'autres groupes à risque .....	20
SECTION III	
La consommation de fruits et légumes .....	21
Problématique .....	23
La situation régionale en 2007 .....	24
Les variations selon l'âge et le sexe .....	24
Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques .....	25
Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection .....	26
L'état de santé des personnes ayant une consommation inadéquate de fruits et légumes .....	27
SECTION IV	
Le cumul de facteurs de risque ou de protection .....	29
Problématique .....	31
La situation régionale en 2007 .....	31
Les variations selon l'âge et le sexe .....	32
Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques .....	33
La perception de son état de santé selon la conformité au programme 0-5-30 .....	33

BREF RAPPEL DES PRINCIPAUX CONSTATS .....	35
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE .....	39
L'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007 .....	41
L'Enquête psychosociale régionale de 2000 .....	43
L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005 .....	43
RÉFÉRENCES .....	43

# LISTE DES TABLEAUX

## SECTION I

Tableau 1.1	Fraction étiologique du risque associé au tabagisme pour diverses maladies chroniques, selon le sexe, Canada, 2002 .....	5
Tableau 1.2	Fumeurs actuels, quotidiens et occasionnels, selon le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	8
Tableau 1.3	Prévalence de divers comportements à risque pour la santé, ajustée pour l'âge, selon le statut tabagique, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	10
Tableau 1.4	État de santé perçu et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon le statut tabagique, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	10
Tableau 1.5	Principaux moyens utilisés pour cesser de fumer, ex-fumeurs de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	11

## SECTION II

Tableau 2.1	Résumé d'études ayant traité de la relation entre le niveau d'activité physique ou de condition physique et l'incidence de certaines maladies chroniques et de la mortalité totale .....	15
Tableau 2.2	Prévalence de la sédentarité, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	16
Tableau 2.3	Prévalence de divers comportements à risque pour la santé, ajustée pour l'âge, selon la présence de sédentarité, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	19
Tableau 2.4	État de santé perçu et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la présence de sédentarité, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	19

## SECTION III

Tableau 3.1	Population de 18 ans et plus, consommant moins de 5 portions quotidiennes de fruits et légumes, selon le territoire de RLS, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	24
Tableau 3.2	Prévalence de divers comportements à risque pour la santé, ajustée pour l'âge, selon la consommation de fruits et légumes, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	26
Tableau 3.3	État de santé perçu et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la consommation de fruits et légumes, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	27

## SECTION IV

Tableau 4.1 Répartition de la population, selon le nombre de comportements à risque de maladies chroniques, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	31
Tableau 4.2 Proportion de la population de 18 ans et plus, qui suit les recommandations 0-5-30, selon le territoire de RLS, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 .....	32

# LISTE DES FIGURES

## SECTION I

Figure 1.1	Prévalence du tabagisme, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2000 et 2007 .....	7
Figure 1.2	Prévalence du tabagisme, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007 .....	8
Figure 1.3	Prévalence du tabagisme, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007 .....	9
Figure 1.4	Prévalence du tabagisme, selon la perception de sa situation économique et le revenu du ménage, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007 .....	9

## SECTION II

Figure 2.1	Prévalence de la sédentarité, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2000 et 2007 .....	16
Figure 2.2	Prévalence de la sédentarité, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007 .....	17
Figure 2.3	Prévalence de la sédentarité, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007 .....	17
Figure 2.4	Prévalence de la sédentarité, selon la perception de sa situation économique et le revenu du ménage, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007 .....	17
Figure 2.5	Prévalence de la sédentarité, selon le niveau de scolarité et le statut résidentiel, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007 .....	18

## SECTION III

Figure 3.1	Proportion de la population de 18 ans et plus consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, selon l'âge, SLSJ, 2007 .....	24
Figure 3.2	Proportion de la population de 18 ans et plus consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2007 .....	25
Figure 3.3	Proportion de la population de 18 ans et plus consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, selon la perception de sa situation économique et le revenu du ménage, SLSJ, 2007 .....	25
Figure 3.4	Proportion de la population de 18 ans et plus consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, selon le niveau de scolarité et la présence d'insécurité alimentaire, SLSJ, 2007 .....	26

## SECTION IV

Figure 4.1	Proportion de la population suivant les recommandations du programme 0-5-30, selon l'âge, SLSJ, 2007 .....	32
Figure 4.2	Proportion de la population suivant les recommandations du programme 0-5-30, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2007 .....	32
Figure 4.3	Proportion de la population suivant les recommandations du programme 0-5-30, selon le revenu du ménage et la perception de sa situation économique, SLSJ, 2007 .....	33
Figure 4.4	Proportion de la population suivant les recommandations du programme 0-5-30, selon le niveau de scolarité et le statut résidentiel, SLSJ, 2007 .....	33
Figure 4.5	Perception de son état de santé, selon la conformité aux recommandations du programme 0-5-30, SLSJ, 2007 .....	33

## CARTE

Carte 1.1	Réduction du tabagisme, selon le territoire de RLS, SLSJ, 2000 à 2007 .....	8
-----------	---	---

## INTRODUCTION

Au cours de l'hiver 2007, l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean\* a réalisé une vaste enquête régionale auprès d'un échantillon de près de 5 000 répondants. L'enquête visait à fournir à l'Agence et à ses partenaires des données précises et fiables sur les principales thématiques en santé au niveau de chacun des six territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la région de façon à permettre le suivi de l'évolution de la santé de la population.

Grâce aux données recueillies lors de cette enquête, il a été possible de produire un état de situation régional en ce qui a trait à la prévalence de plusieurs maladies chroniques et des principaux facteurs de risque associés à ces maladies. Quatre documents distincts ont été produits afin de dresser un portrait le plus complet possible de la situation.

Les *Faits saillants* regroupent les principaux éléments à retenir des trois volumes présentés dans les paragraphes suivants. Les faits saillants sont mis en contexte et discutés à la lumière d'informations complémentaires tirées d'autres enquêtes ou documents pertinents.

Le volume I, intitulé *Les comportements à risque et les facteurs de protection*, présente l'état de situation en ce qui a trait à trois comportements à risque associés aux maladies chroniques, soit le tabagisme (section 1), la sédentarité (section 2) et la consommation insuffisante de fruits et légumes (section 3). Inversement, l'absence de ces comportements chez un individu constitue un facteur de protection. Une quatrième section traite du cumul de comportements à risque et de facteurs de protection chez un même individu. Une annexe méthodologique présentant brièvement les caractéristiques de l'enquête régionale et de deux enquêtes utilisées à titre comparatif clôt le document, ainsi que les deux autres volumes présentés ci-après.

Le volume II, intitulé *Les conditions physiologiques à risque*, présente les données relatives à des conditions physiologiques qui peuvent être considérées à la fois comme des facteurs de risque de maladies chroniques et comme des maladies chroniques en elles-mêmes : l'embonpoint et l'obésité (section 1), le diabète (section 2) et l'hypertension artérielle (section 3). Une dernière section traite du cumul de plusieurs conditions physiologiques à risque chez un même individu.

Le volume III, intitulé *Les maladies chroniques*, aborde la situation concernant certaines maladies chroniques qui peuvent être documentées à partir des données de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007* : la maladie cardiovasculaire (section 1), les maladies respiratoires, soit l'asthme (section 2) et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (section 3), et enfin les problèmes d'arthrite et de rhumatisme (section 4). Une dernière section traite de la présence de plusieurs maladies chroniques chez un même individu. Il faut souligner que le volume III exclut tout ce qui a trait au cancer, bien que celui-ci soit considéré comme une maladie chronique. Ceci est dû, d'une part, au fait que cette thématique n'a pas été incluse dans l'enquête et que, d'autre part, il est prévu que les cancers fassent l'objet d'une production ultérieure qui sera basée largement sur les données du Fichier des tumeurs du Québec.

Dans chacun de ces trois volumes, chaque chapitre ou section, qui traite d'une thématique particulière, est structurée de la même façon : après un résumé de la problématique, la situation en 2007 est présentée, d'abord pour la région et puis pour les territoires. Les variations de prévalence selon l'âge, le sexe et les variables socioéconomiques sont ensuite décrites, ce qui permet d'identifier des groupes de population davantage touchés par le phénomène. La section se termine par une présentation de données concernant les interrelations entre la perception de l'état de santé et la présence de diverses maladies chroniques d'une part et la présence ou l'absence de certains facteurs de risque ou conditions à risque d'autre part.

\* Ci-après, désignée « l'Agence »





***SECTION I***

***Le tabagisme***



❖ *Problématique*

Le tabagisme constitue un facteur de risque reconnu pour plusieurs maladies. On considère généralement que de 80 % à 90 % des cancers du poumon et des maladies pulmonaires obstructives chroniques lui sont attribuables, ainsi qu'environ 30 % des cancers et une proportion non négligeable des maladies cardiovasculaires (MCV). En 2004, le *Surgeon General* des États-Unis a ajouté plusieurs maladies à la liste de celles à l'égard desquelles on possède suffisamment de données probantes pour conclure à l'existence d'un lien de causalité entre le tabagisme et la maladie : cancer de l'estomac, cancer du rein, cancer du col de l'utérus, cancer du pancréas et pneumonie<sup>1</sup>. Le tabagisme est aussi un facteur aggravant dans les cas de diabète, d'asthme et d'hypertension.

Une étude récente de Santé Canada fournit des données à jour sur les liens entre tabagisme et maladies chroniques<sup>2</sup>. Les chercheurs ont calculé, pour plusieurs maladies chroniques, la fraction étiologique du risque (FER) associée au tabagisme, soit la proportion de tous les cas de maladie dans la population qui seraient attribuables au tabagisme. La FER est obtenue en utilisant les risques relatifs tirés des méta-analyses les plus exhaustives portant sur les liens entre tabagisme et maladies chroniques, et en les appliquant aux données de prévalence du tabagisme au Canada en 2002. Ces données sont tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1* (ESCC) de 2002.

Le tableau 1.1 présente les résultats obtenus par les chercheurs, résultats qui précisent la contribution du tabagisme aux diverses maladies chroniques. À titre d'exemple, chez les hommes, 89 % des cas de cancer du poumon et 83 % des cas de MPOC sont attribuables au tabagisme. Chez les femmes, ce sont 63 % des cas de cancer du poumon et 76 % des cas de MPOC qui sont dus au tabac. La FER est de fait, toujours plus élevée pour la population masculine et ce, pour toutes les maladies. Enfin, pour les maladies cardiovasculaires, la fraction étiologique du risque

est globalement plus faible que pour les autres maladies et de plus, elle varie selon l'âge.

**Tableau 1.1**  
Fraction étiologique du risque associé au tabagisme pour diverses maladies chroniques, selon le sexe, Canada, 2002

Maladies chroniques	Fraction étiologique du risque (FER)	
	Hommes %	Femmes %
Cancer du poumon	88,6	62,5
Cancer du larynx	67,0	59,1
Cancer de la vessie	67,9	51,3
Maladies respiratoires	65,4	51,2
MPOC	83,1	75,7
Grippe et pneumopathie	19,9	12,9
Maladies cardiovasculaires	18,7	11,3
Cardiopathies ischémiques		
Âge < 45 ans	51,9	45,1
45-59 ans	42,2	37,3
60-69 ans	29,1	23,4
Insuffisance cardiaque		
Âge < 45 ans	50,8	44,2
45-59 ans	42,2	37,3
60-69 ans	29,1	23,4
Maladies cérébrovasculaires		
Âge < 65 ans	39,2	35,2
65 ans +	14,3	9,6

Source : Baliunas, D. et al., 2007, « Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 27, n° 4, 2007, p. 168-177.

Les effets du tabagisme sur la santé ne sont pas nécessairement immédiats. Il faut plusieurs années de consommation avant que n'apparaissent des séquelles importantes. Le délai de latence varie selon la maladie et l'individu. Il est d'environ 20 ans dans le cas du cancer du poumon et des maladies respiratoires, mais plus court pour ce qui est des maladies cardiovasculaires (MCV). Conséquemment, à titre d'exemple, les taux d'incidence du cancer du poumon pour une période donnée sont un effet de la prévalence du tabagisme telle qu'elle était il y a environ vingt ans.

1. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *The Health Consequences of Smoking : a Report of the Surgeon General*, Atlanta, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2004.
2. D. BALIUNAS et al., « Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 27, n° 4, 2007, p. 168-177.

Malgré que ses effets néfastes sur la santé soient bien connus, le tabagisme a encore une bonne proportion d'adeptes dans la population. La forte dépendance que crée le tabac chez ses utilisateurs n'est pas étrangère à ce phénomène. Il est difficile de cesser de fumer et les fumeurs doivent s'y reprendre souvent à plusieurs reprises pour se débarrasser de cette habitude nocive. Pourtant, les effets positifs de l'arrêt tabagique sont bien documentés : « Il se dégage d'un certain nombre d'études de cohorte et d'essais cliniques que l'abandon de la cigarette entraînait une réduction de la mortalité associée à toutes les causes et avait pour effet de prévenir l'apparition ou la progression des affections, surtout des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires<sup>3</sup>. »

Compte tenu de ce qui précède, tout doit être mis en œuvre pour faciliter l'arrêt tabagique. Et de fait, depuis une quinzaine d'années, plusieurs mesures ont été prises en ce sens au Canada et au Québec. Les interventions ont été à la fois d'ordre législatif (restrictions concernant la publicité, interdictions de fumer dans les lieux publics) et financiers (aides pharmacologiques et services offerts aux fumeurs gratuitement) et ont touché divers milieux (milieux de travail, hôpitaux, institutions d'enseignement, etc.).

Une étude récente de Statistique Canada démontre très bien l'efficacité générale de telles mesures et l'effet d'entraînement qu'elles peuvent avoir<sup>4</sup>. D'une part, l'étude démontre que « les restrictions sur l'usage du tabac, tant à la maison qu'en milieu de travail, sont liées à l'abandon de la cigarette<sup>5</sup> ». Ceci est cohérent avec le fait que « plusieurs études ont démontré que les restrictions en milieu de travail sont liées à une prévalence plus faible de la consommation de tabac chez les travailleurs, ainsi qu'au renoncement au tabac<sup>6</sup> ».

D'autre part, l'adoption de dispositions législatives en vue de restreindre l'usage du tabac dans les lieux publics a coïncidé avec des augmentations du pourcentage de fumeurs déclarant des restrictions à la maison. Ainsi, une analyse des données d'enquêtes

auprès de la population canadienne démontre que « en 1996-1997, [...] seulement 17 % des fumeurs ont déclaré que leur maison était sans fumée. En 2006, la proportion était de 43 %, et même plus élevée, soit 55 %, dans le cas des fumeurs vivant avec des enfants, une constatation qui a été observée dans d'autres études [...] Ainsi, les interdictions de fumer dans les lieux publics peuvent inciter des personnes à adopter des pratiques similaires chez eux, ce qui aura pour effet, en dernier ressort, de réduire la prévalence de l'usage de la cigarette<sup>7</sup> ».

Enfin, autre effet positif, « les restrictions à la maison et en milieu de travail étaient aussi liées à une consommation plus faible de cigarettes. En 2005, les fumeurs vivant dans une maison sans fumée consommaient en moyenne 9 cigarettes par jour, comparativement à [...] 16 par jour pour ceux vivant dans une maison sans restriction. La relation était à peu près la même pour les interdictions en milieu de travail. Les fumeurs dans les milieux de travail où la cigarette était complètement interdite fumaient en moyenne 12 cigarettes par jour [...] et ceux ne faisant face à aucune restriction en milieu de travail, 17 par jour<sup>8</sup>. »

L'étude de Statistique Canada démontre donc l'effet positif de la conjugaison d'efforts collectifs (restrictions dans les lieux publics et en milieu de travail) et d'efforts individuels (restrictions à la maison, arrêt tabagique ou diminution de la quantité de cigarettes fumées quotidiennement). Ce n'est qu'ainsi que la prévalence du tabagisme pourra être réduite encore davantage.

Le tabagisme diminue constamment depuis le début des années 80, que ce soit dans la région, au Québec ou au Canada. Historiquement, la pratique du tabagisme a cependant toujours été plus élevée au Saguenay-Lac-Saint-Jean que dans l'ensemble de la province et du Canada : 2 à 5 points de pourcentage de plus que le Québec et 5 à 10 points de plus que le Canada entre 1985 et 2000. On peut donc supposer que c'était aussi le cas dans les années 70 et même

3. D. BALIUNAS et al., *op. cit.*, p. 175.

4. M. SHIELDS, « Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette », Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3, août 2007, p. 9-26.

5. *Ibid.*, p. 23.

6. *Ibid.*, p.10.

7. *Ibid.*, p. 21-23.

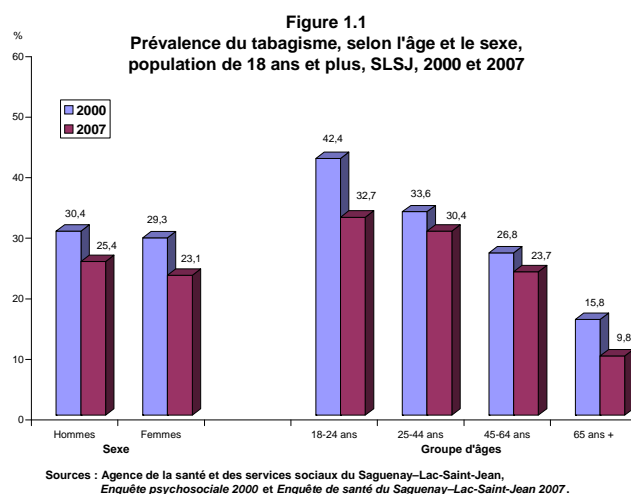
8. *Ibid.*, p. 21.

avant. Une réalité qui ne peut que se traduire par une plus forte prévalence des problèmes de santé et des besoins de soins associés au tabac. De fait, les maladies reliées au tabagisme ont fait plus de victimes dans la région où l'on a observé que depuis les années 80 jusqu'au début des années 2000, la mortalité par cancers du poumon et par maladies respiratoires y était significativement plus élevée qu'au Québec.

### ❖ La situation régionale en 2007

Depuis 2000, le tabagisme poursuit sa baisse dans la région. Ainsi, en 2007, la région compte 24 % de fumeurs chez les 18 ans et plus, comparativement à 30 % en 2000. La chute prononcée du tabagisme entre les deux enquêtes se manifeste par une diminution concrète estimée à plus de 13 000 fumeurs au total. Le nombre estimé de fumeurs est en effet passé de 66 846 à 53 721 dans cet intervalle, soit une attrition de près de 20 % des fumeurs. Il s'agit d'un résultat remarquable au regard des conséquences néfastes du tabagisme au plan de la santé.

La diminution majeure du taux de tabagisme entre 2000 et 2007 touche autant les hommes (baisse de 30 % à 25 %) que les femmes (baisse de 29 % à 23 %). De plus, la réduction affecte autant les plus jeunes que les plus âgés : ainsi, la proportion de fumeurs chute de 42 % à 33 % chez les 18-24 ans et de 16 % à 10 % chez les 65 ans et plus. La baisse est toutefois plus modeste chez les 25-44 ans et 45-64 ans et n'est pas statistiquement significative (figure 1.1).



Autre fait positif, l'écart entre la région, d'une part, et le Québec et le Canada, d'autre part, se réduit constamment. En 2005, année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles, la prévalence du tabagisme était respectivement de 24 % au Québec et 23 % au Canada. En d'autres termes, la situation régionale en 2007 est similaire à celle du Québec et du Canada en 2005.

L'analyse des données portant sur le type de fumeur démontre de plus une mutation des habitudes tabagiques chez les fumeurs. Cette transformation des comportements se manifeste par une forte baisse de la proportion des fumeurs réguliers dans la population adulte entre 2000 et 2007 (de 25,3 % à 17,8 %), accompagnée par une hausse de la proportion des fumeurs occasionnels (de 4,6 % à 6,4 %).

Cette situation devrait se traduire par un déclin important du nombre de cigarettes fumées. Hypothèse que confirment les données tirées de l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007. En effet, depuis sept ans, le nombre moyen de cigarettes fumées à chaque jour, chez les personnes qui fument quotidiennement, est passé de 16,7 à 14,4. Cette différence se traduit par un nombre de 108 132 cigarettes fumées en moins pour l'année 2007 par les 47 000 fumeurs quotidiens qui résident au Saguenay-Lac-Saint-Jean, par rapport à la consommation de 2000.

En plus de la réduction absolue du nombre de fumeurs décrite précédemment, un phénomène de modification des habitudes de ceux qui demeurent fumeurs se produit : on réduit l'usage de la cigarette. Ces effets sont le produit de la convergence de divers types d'interventions : mesures législatives décrétées par l'État pour réduire l'accès aux produits et leur utilisation, mesures de soutien aux fumeurs qui désirent cesser de fumer, efforts individuels de ces derniers et activités de promotion et prévention en santé publique.

❖ *La situation dans les territoires de RLS*

En 2007, la prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de 18 ans ou plus varie peu selon le territoire de réseau local de services (RLS) comme l'illustre le tableau 1.2. En fait, on ne note aucune différence statistiquement significative entre les territoires, que ce soit pour la proportion de fumeurs actuels, de fumeurs quotidiens ou de fumeurs occasionnels.

**Tableau 1.2**  
Fumeurs actuels, quotidiens et occasionnels, selon le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

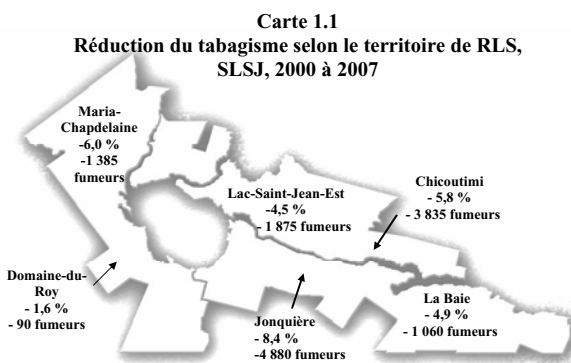
Territoires	Fumeurs actuels		Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels
	%	Nombre <sup>1</sup> estimé	%	%
La Baie	25,1	4 687	20,8	4,3
Chicoutimi	24,4	15 193	19,3	5,1
Jonquière	23,5	12 307	18,8	4,7
Domaine-du-Roy	25,9	6 736	21,5	4,4
Maria-Chapdelaine	23,7	4 963	19,2	4,6
Lac-Saint-Jean-Est	23,9	9 835	18,6	5,3
Saguenay-Lac-Saint-Jean	24,3	53 721	19,4	4,8

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.

1. Selon les perspectives démographiques de l'Institut de la statistique du Québec pour la population de 18 ans et plus du territoire en 2007 (fichier RSL200126groupeage.xls).

Cependant, l'ampleur de la diminution de la prévalence du tabagisme entre les enquêtes régionales de 2000 et de 2007 varie considérablement selon les divers territoires de la région (carte 1.1). Ainsi, dans Jonquière, la baisse du taux de tabagisme atteint 8,4 points de pourcentage, ce qui représente concrètement près de 4 900 fumeurs en moins.

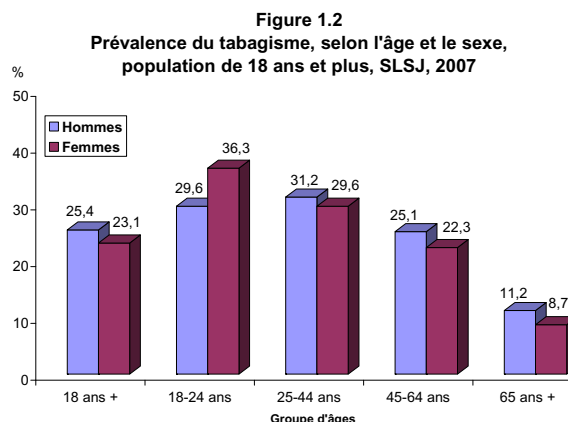
Dans les territoires de Chicoutimi (3 835 fumeurs de moins), Maria-Chapdelaine (1 385 fumeurs en moins), Lac-Saint-Jean-Est (baisse de 1 875 fumeurs) et La Baie (chute de 1 060 fumeurs), la réduction de la prévalence du tabagisme est similaire à celle de l'ensemble du Saguenay-Lac-Saint-Jean, soit de 4,5 à 6 points de pourcentage en moins. À l'inverse, le Domaine-du-Roy, qui bénéficiait du taux de prévalence le plus faible en 2000, profite d'une très modeste diminution de 1,6 point qui se traduit par une réduction du nombre de fumeurs estimée à un peu moins de 100.



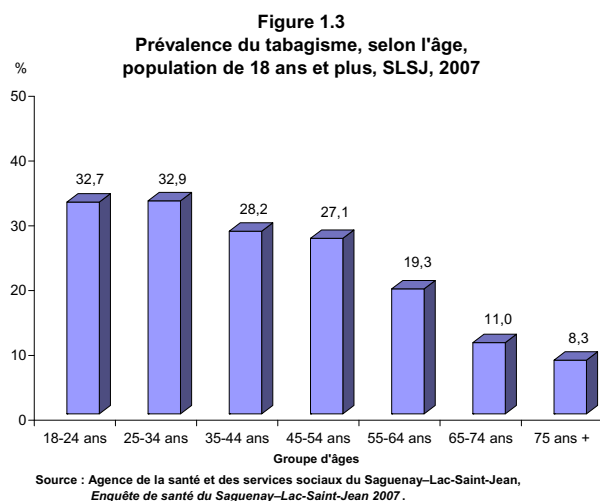
Sources: Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête psychosociale 2000 et Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007

❖ *Les variations selon l'âge et le sexe*

La proportion de fumeurs ne varie pas de façon significative selon le sexe : 25 % des hommes et 23 % des femmes fument (figure 1.2). Elle varie cependant selon l'âge, comme l'illustre la figure 1.3. Le tiers des personnes âgées de 18 à 34 ans sont des fumeurs. Cette proportion baisse à environ 27,5 % chez les 35-54 ans, puis diminue constamment par la suite pour atteindre 8 % chez les personnes de 75 ans et plus.

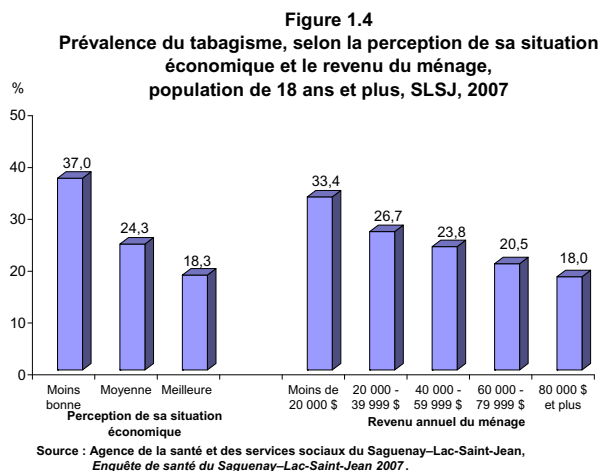


Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.



#### ❖ Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques

D'autres variables sont cependant plus fortement associées au tabagisme. Il est ainsi possible de cibler certains groupes chez qui le tabagisme est beaucoup plus fréquent. C'est le cas notamment des gens moins fortunés, c'est-à-dire ceux qui perçoivent leur situation économique comme étant inférieure à la moyenne. Ce groupe compte en effet 37 % de fumeurs comparativement à 18 % chez ceux qui considèrent leur situation économique comme meilleure que la moyenne. Ces données sont par ailleurs corroborées par celles concernant le revenu du ménage. Le tiers des individus (33 %) formant un ménage dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ par an sont des fumeurs et cette proportion diminue progressivement pour atteindre 18 % chez ceux disposant d'un revenu annuel de 80 000 \$ ou plus (figure 1.4)



On observe aussi un lien avec la scolarité, mais dans ce cas-ci, la relation n'est pas aussi linéaire. C'est chez les individus détenant un diplôme universitaire que la proportion de fumeurs est la plus faible (15 %). Mais ce sont ceux détenant un diplôme d'études secondaires qui sont le plus enclins à fumer (29 %) et non pas ceux qui n'ont aucun diplôme ou qui n'ont fait que des études primaires, où la proportion de fumeurs est de 23 %. Ceci est sans doute attribuable au lien entre l'âge, le niveau de scolarité et le tabagisme. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement moins scolarisées, mais sont aussi moins nombreuses à fumer.

#### ❖ Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection

Dans l'échantillon de l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007, les personnes qui fument ont en moyenne 5 ans de moins que les non-fumeurs, ce qui est cohérent avec le fait que la prévalence du tabagisme diminue avec l'âge. Les données de l'enquête indiquent en effet que l'âge moyen est de 43,8 ans chez les fumeurs et de 48,8 ans chez les non-fumeurs. Compte tenu de cet écart, les données utilisées pour comparer la prévalence d'autres comportements à risque pour la santé chez les fumeurs et les non-fumeurs ont été ajustées pour l'âge.

Le tabagisme est une habitude néfaste qui s'accompagne souvent d'autres comportements à risque pour la santé. Ainsi, les fumeurs sont moins actifs physiquement dans leur temps de loisir que les non-fumeurs. D'une part, la proportion de personnes sédentaires, soit celles qui s'activent moins d'une fois par semaine, est plus élevée chez les fumeurs (43 % vs 27 %). Inversement, ceux-ci sont moins nombreux à s'activer deux ou trois fois par semaine (26 % vs 35 %) et quatre fois par semaine ou plus (13 % vs 21 %) (tableau 1.3).

Le même type d'écart se reproduit aussi en ce qui a trait à l'intention de faire de l'activité physique de loisir pendant l'année qui vient. Interrogés à ce sujet, 49 % des fumeurs ont déclaré avoir certainement l'intention d'en faire, une proportion significativement inférieure à celle observée chez les non-fumeurs (62 %).

Par ailleurs, l'alimentation des fumeurs semble moins bonne globalement que celle des non-fumeurs. D'une part, un fumeur sur cinq (20 %) considère que ses habitudes alimentaires sont moyennes ou mauvaises, comparativement à un sur huit pour les non-fumeurs; inversement, 42 % des fumeurs jugent leurs habitudes comme étant excellentes ou très bonnes, une proportion inférieure à celle observée chez les non-fumeurs (50 %). D'autre part, la consommation insuffisante de fruits et légumes est plus fréquente chez les fumeurs (62 % vs 48 %). Près des deux tiers des fumeurs se privent ainsi d'une saine habitude qui a un effet protecteur démontré notamment sur la santé cardiovasculaire et sur certains types de cancer.

Enfin, les fumeurs sont plus nombreux à déclarer prendre 14 consommations d'alcool ou plus par semaine : 6,4 % le font, comparativement à 2,7 % des non-fumeurs.

**Tableau 1.3**  
Prévalence de divers comportements à risque pour la santé, ajustée pour l'âge, selon le statut tabagique, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

	Fumeurs	Non fumeurs	
	(n = 1 198)	(n = 3 743)	
	%	%	
<i>Activité physique (fréquence)</i>			
Moins d'une fois par semaine	43,0	27,4	***
Une fois par semaine	17,9	16,7	
2-3 fois par semaine	26,3	35,1	***
4 fois par semaine ou plus	12,7	20,9	***
Intention ferme de faire de l'activité physique de loisir	48,6	61,7	***
<i>Habitudes alimentaires</i>			
Excellentes ou très bonnes	42,4	50,1	***
Bonnes	37,7	38,1	n.s.
Moyennes ou mauvaises	19,9	11,8	***
Consommation insuffisante de fruits et légumes (moins de 5 portions / jr.)	62,2	47,8	***
<i>Consommation d'alcool</i>			
14 consommations ou plus / sem.	6,4	2,7	***

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*.

\*\*\* : indique une différence statistiquement significative entre les deux groupes (p < 0,001)

### ❖ L'état de santé des fumeurs

L'état de santé des fumeurs a été comparé à celui des non-fumeurs en ajustant les données selon l'âge, comme dans les paragraphes précédents.

Globalement, les fumeurs se perçoivent en moins bonne santé que les non-fumeurs. Ils sont moins nombreux à juger que leur état de santé est excellent ou très bon (56 %) comparativement aux non-fumeurs (65 %) et plus nombreux à considérer leur état de santé comme étant moyen ou mauvais (13 % vs 10 %) (tableau 1.4).

Cette appréciation plus négative de leur état de santé peut être attribuable en partie au fait qu'ils souffrent davantage de deux problèmes spécifiques, soit la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et la détresse psychologique. Chez les fumeurs, la MPOC est en effet plus fréquente : elle affecte 8 % d'entre eux, comparativement à 3 % des non-fumeurs. Ceci est cohérent avec le lien solidement établi entre le tabagisme et cette maladie, qui, dans 80 % à 90 % des cas, est attribuable au tabagisme.

**Tableau 1.4**  
État de santé perçu et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon le statut tabagique, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

	Fumeurs	Non-fumeurs	
	(n = 1 198)	(n = 3 743)	
	%	%	
<i>Perception de son état de santé</i>			
Excellent ou très bon	56,3	64,7	***
Bon	30,3	25,2	***
Moyen ou mauvais	13,4	10,2	**
<i>Prévalence de maladies chroniques</i>			
MPOC	8,1	3,3	***
Asthme	10,3	8,6	n.s.
Hypertension	16,4	21,3	n.s.
Diabète	5,4	6,5	n.s.
MCV	4,8	5,3	n.s.
Troubles dus à un AVC	1,9	1,2	n.s.
Arthrite et rhumatisme	17,9	19,3	n.s.
<i>Niveau élevé de détresse psychologique</i>			
	11,2	5,4	***

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*.

\*\* ou \*\*\* : indique une différence statistiquement significative entre les deux groupes (\*\* = p < 0,01 ; \*\*\* = p < 0,001)

Par ailleurs, la proportion d'individus présentant un niveau élevé de détresse psychologique, mesuré dans l'enquête par une série de 29 questions<sup>9</sup>, est deux fois plus élevée parmi les personnes qui fument (11 %) que parmi celles qui ne fument pas (5 %).

Plusieurs problèmes de santé pour lesquels le tabagisme constitue un facteur de risque ne sont pas plus fréquents chez les fumeurs. C'est le cas de la maladie cardiovasculaire, des troubles dus à un accident vasculaire cérébral (AVC), de l'hypertension et de l'asthme. Ce constat peut être attribuable à au moins deux facteurs : d'une part, en ce qui a trait à ces problèmes de santé, les effets néfastes du tabagisme ne sont pas immédiats et peuvent prendre un certain temps avant d'apparaître. D'autre part, il se peut que des individus souffrant de ces problèmes de santé aient cessé de fumer sous les conseils de leur médecin ou de leur propre gré, afin d'éviter une aggravation de leur état de santé. De fait, les données (non présentées) indiquent que la proportion d'anciens fumeurs est significativement plus élevée chez les individus déclarant être atteints d'hypertension, de maladie cardiaque ou de troubles dus à un AVC.

#### ❖ *Principaux moyens pour cesser de fumer*

Les anciens fumeurs ont été interrogés sur le moyen le plus efficace qu'ils ont trouvé pour mettre fin à leur usage du tabac. La grande majorité de ceux-ci (74 %) affirment avoir cessé par eux-mêmes, sans aide particulière (tableau 1.5).

Les timbres de nicotine remboursés par le gouvernement représentent, de loin, l'aide externe la plus utilisée pour combattre l'habitude de fumer. Leur usage est mentionné par 15 % des anciens fumeurs.

Chacun des autres moyens susceptibles d'être utilisés pour cesser de fumer (ex. : médicaments à base de Bupropion, pacte avec un ami ou un proche) n'a été mentionné que par 1 % ou 2 % des anciens fumeurs.

**Tableau 1.5**  
**Principaux moyens utilisés pour cesser de fumer, ex-fumeurs de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007**

	Nombre <sup>1</sup> de répondants	%
Par lui-même, sans aide	1 113	74,2
Timbres de nicotine	221	14,7
Activité physique	33	2,2
Médicament à base de Bupropion	30	2,0
Entente ou pacte avec un ami ou un membre de la famille	28	1,6
Acupuncture, hypnose, etc.	21	1,4
Par lui-même, avec aide	17	1,2
Autres	38	2,5

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*.

1. Nombre de répondants dans l'échantillon de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*.

9. L'échelle de mesure utilisée est celle développée par Ilfeld (Psychiatric Symptom Index), échelle validée et fréquemment utilisée dans les enquêtes auprès des populations.





***SECTION II***

***La sédentarité***



## ❖ Problématique

Un mode de vie actif est généralement reconnu comme un facteur favorisant l'amélioration de l'état de santé et le maintien d'un bon état de santé tout au long de la vie. Le Comité scientifique de Kino-Québec, dans un avis publié en 1999, résumait ainsi les avantages d'une vie physiquement active :

« Des études épidémiologiques longitudinales et transversales, effectuées auprès de grands groupes, ainsi que des recherches expérimentales et cliniques démontrent clairement que l'activité physique aide à prévenir l'apparition et la progression de plusieurs maladies chroniques [...] Un nombre important d'études épidémiologiques et cliniques révèlent que la pratique régulière d'activités physiques diminue les risques de souffrir de nombreux problèmes de santé, notamment de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'hypertension, d'obésité et du cancer du côlon. Un mode de vie physiquement actif diminue également le risque de mourir prématurément<sup>1</sup>. »

Cet avis scientifique était basé sur une revue exhaustive de la littérature concernant les liens entre l'activité physique ou la condition physique et diverses maladies ou affections. L'avis incluait aussi un résumé des résultats de recherches et d'études portant sur les liens entre activité physique et diverses maladies chroniques (tableau 2.1).

**Tableau 2.1**  
Résumé d'études ayant traité de la relation entre le niveau d'activité physique ou de condition physique et l'incidence de certaines maladies chroniques et de la mortalité totale

Condition	Nombre d'études	Effets observés
Mortalité toute cause	**	
Maladie coronarienne	**	
Hypertension	**	
Obésité	**	
Accident cérébrovasculaire	*	
Cancer du côlon	**	
Diabète non insulino-dépendant	*	

\* : de 5 à 10 études    \*\* : plus de 10 études

I : Certaines preuves de la réduction de l'incidence de maladie en fonction du niveau d'activité physique.

II : De bonnes preuves de la réduction de l'incidence de maladie en fonction du niveau d'activité physique.

III : De fortes preuves de la réduction de l'incidence de maladie en fonction du niveau d'activité physique et présence d'une relation progressive entre la quantité et les bénéfices pour la santé.

Reproduit de :

Kino-Québec (1999), *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé : Avis du comité scientifique de Kino-Québec*, Secrétariat au loisir et au sport, Gouvernement du Québec, p.12.

En ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires, la sédentarité est reconnue comme un facteur de risque indépendant aussi important que l'hypercholestérolémie, l'hypertension et le tabagisme. On considère que le risque de développer une maladie coronarienne est environ deux fois plus élevé chez les sédentaires que chez les personnes les plus actives.

L'effet positif de l'activité physique sur la santé cardiovasculaire s'accroît à mesure qu'augmentent la fréquence et l'intensité de la pratique. Cet effet est dû en partie à l'impact positif de l'activité physique sur le profil lipidique, et notamment à l'augmentation de 5 % à 10 % des niveaux de lipoprotéines de haute densité (HDL) observée chez les personnes physiquement actives. Cet accroissement du « bon cholestérol » favorise une meilleure protection contre la maladie cardiovasculaire.

Par ailleurs, l'activité physique régulière a aussi un effet bénéfique sur certains facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Elle diminue en effet le risque de développer une hypertension artérielle, du diabète ou encore du surpoids. Comme le mentionne avec raison l'avis scientifique de Kino-Québec, en ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires, « la sédentarité, en raison de sa grande prévalence dans la population québécoise, constitue donc un important facteur de risque dans une perspective de santé publique<sup>2</sup> ».

Enfin, les bienfaits de l'activité physique se font aussi sentir dans le domaine de la santé psychique, par une diminution du risque de souffrir de dépression, de stress ou d'anxiété<sup>3</sup>.

L'activité physique peut être classée en trois catégories : l'activité physique au travail, dans les loisirs et celle concernant les déplacements (pour le travail, les courses, etc.). Cette section du document ne concerne que l'activité physique de loisir.

1. KINO-QUÉBEC, *Quantité d'activité requise pour en retirer des bénéfices pour la santé. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*, Secrétariat au loisir et au sport, Gouvernement du Québec, 1999, p. 7.
2. *Ibid.*, p.14
3. H. GILMOUR, « Les Canadiens physiquement actifs », Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3, août 2007, p. 49.

Dans le cadre de ce document sur les maladies chroniques, les données concernant l'activité physique de loisir sont présentées sous l'angle de la sédentarité. Nolin définit la sédentarité comme une fréquence d'activités physiques de loisir inférieure à une fois par semaine, peu importe l'activité ou l'intensité<sup>4</sup>. Sont donc considérés sédentaires les individus qui ne font jamais d'activités physiques de loisir ou encore en font moins d'une fois par semaine.

Selon cette définition, le pourcentage de sédentaires durant les loisirs est à la baisse au Québec depuis le milieu des années 1990. Chez les hommes, ce pourcentage est passé de 37 % en 1994-1995, à 26 % en 2005. Dans le cas des femmes, il est passé de 33 % à 23 % durant la même période.

### ❖ La situation régionale en 2007

Selon la définition mentionnée précédemment, en 2007, dans la région, 31 % des adultes de 18 ans et plus sont sédentaires, ce qui représente concrètement environ 68 150 individus.

Dans les territoires de RLS de la région, les proportions de sédentaires demeurent près de la moyenne régionale et ne varient pas de façon significative. Le constat vaut aussi pour les populations masculine et féminine des territoires (tableau 2.2).

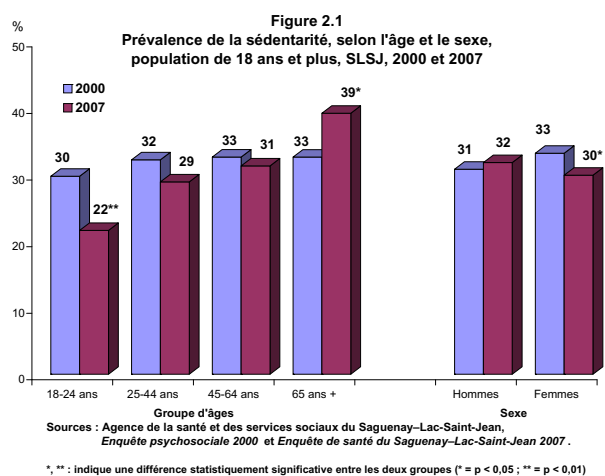
**Tableau 2.2**  
Prévalence de la sédentarité, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

Territoires	Sexes réunis		Hommes	Femmes
	%	Nombre <sup>1</sup> estimé		
La Baie	30,9	5 749	32,1	29,8
Chicoutimi	29,6	18 421	29,1	30,1
Jonquière	32,7	17 008	32,9	32,5
Domaine-du-Roy	30,7	7 985	34,5	26,9
Maria-Chapdelaine	32,2	6 742	35,6	28,9
Lac-Saint-Jean-Est	29,8	12 242	30,8	28,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	30,9	68 147	31,8	29,9

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.

1. Selon les perspectives démographiques de l'Institut de la statistique du Québec pour la population de 18 ans et plus du territoire en 2007 (fichier RSL200126groupeage.xls).

En ce qui a trait à la prévalence de la sédentarité, on constate quelques changements par rapport aux résultats observés lors de l'Enquête régionale de 2000. Bien que la prévalence pour l'ensemble de la population adulte n'ait pas changé de façon significative, passant de 32 % à 31 %, la situation est différente pour certains groupes d'âges. Ainsi, la sédentarité a régressé chez les plus jeunes (18-24 ans), passant de 30 % à 22 % entre les deux enquêtes alors qu'elle a augmenté chez les plus vieux (65 ans et plus), passant de 33 % à 39 %. Enfin, les femmes sont moins nombreuses à être sédentaires en 2007 (30 % vs 33 % en 2000) (figure 2.1).



La prévalence de la sédentarité observée dans la région en 2007 est-elle différente de ce que l'on observe pour l'ensemble du Québec en 2005, lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes? Il est difficile d'apporter une réponse claire à cette question pour des raisons d'ordre méthodologique. Même si la définition de la sédentarité que nous avons adoptée correspond à celle de Nolin mentionnée précédemment en ce qui a trait à la fréquence d'activités physiques, l'approche retenue pour la mesurer est différente : Nolin, à partir des questions de l'ESCC portant sur 18 activités différentes, établit les différents niveaux d'activités physiques (sédentaires, actifs, etc.) à partir de l'intensité, de la durée et de la fréquence. Cette façon de procéder, plus précise, fait que le répondant risque moins d'oublier certaines activités qu'il a pu faire, comparativement à l'approche adoptée dans notre

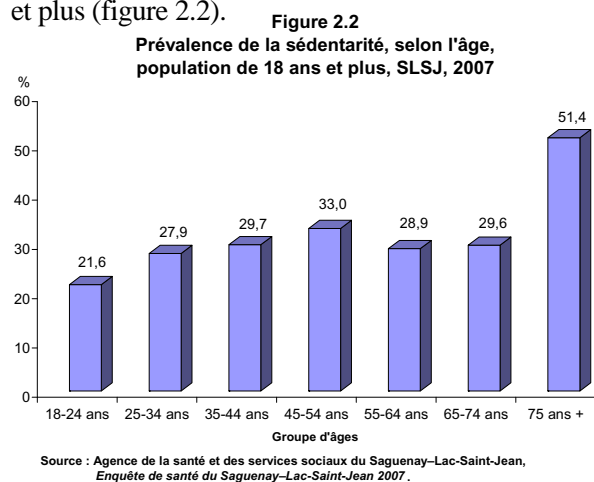
4. B. NOLIN, *Activité physique de loisir : codification et critères d'analyse, système québécois de surveillance des déterminants de la santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 10 p.

enquête où une seule question est utilisée pour déterminer la fréquence d'activités physiques de loisir. De plus, la collecte de données de l'ESCC 2005 s'étendait sur douze mois (la période de référence étant les trois derniers mois), ce qui peut aussi contribuer à mieux mesurer le niveau d'activité physique comparativement à notre enquête; pour cette dernière, la collecte a eu lieu de février au début d'avril et même si la période de référence pour la question était les douze derniers mois, cela peut entraîner un biais de saisonnalité. Pour toutes ces raisons, la proportion de sédentaires obtenue à partir de notre enquête n'est pas strictement comparable à celle dérivée de L'ESCC de 2005 où l'approche préconisée par Nolin avait été adoptée.

Par contre, on peut utiliser les données de l'ESCC pour comparer la région et le Québec en 2005. Ces données indiquent que la proportion de sédentaires chez les adultes de 18 ans et plus était, en 2005, significativement plus élevée dans la région (27,6 %) que dans le reste du Québec (24,2 %) ( $p < 0,05$ ). Les raisons de cet écart restent toutefois à élucider.

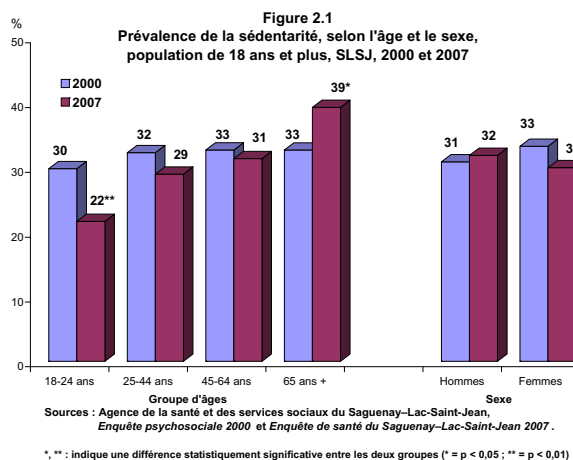
#### ❖ Les variations selon l'âge et le sexe

En ce qui a trait à l'âge, la proportion de sédentaires s'accroît régulièrement jusqu'à 55 ans. Par la suite, elle diminue légèrement entre 55 et 74 ans pour atteindre un sommet de 51 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus (figure 2.2).



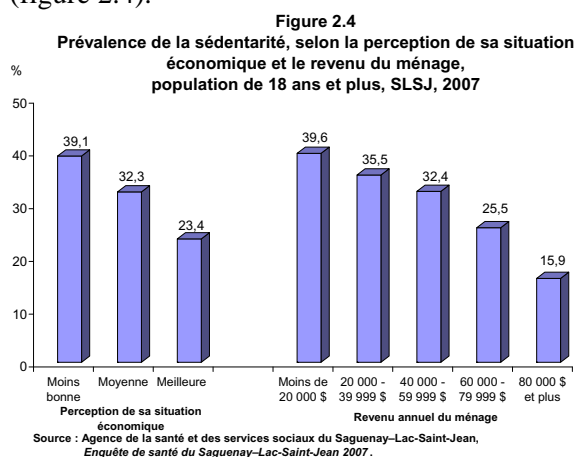
On n'observe globalement aucune différence statistiquement significative entre les hommes (32 %) et les femmes (30 %). Cependant, entre 25 et 64 ans, les hommes sont plus sédentaires dans leurs loisirs que les femmes. Chez les 18-24 ans et les

65 ans et plus, c'est plutôt l'inverse, la sédentarité étant plus fréquente chez les femmes (figure 2.3).



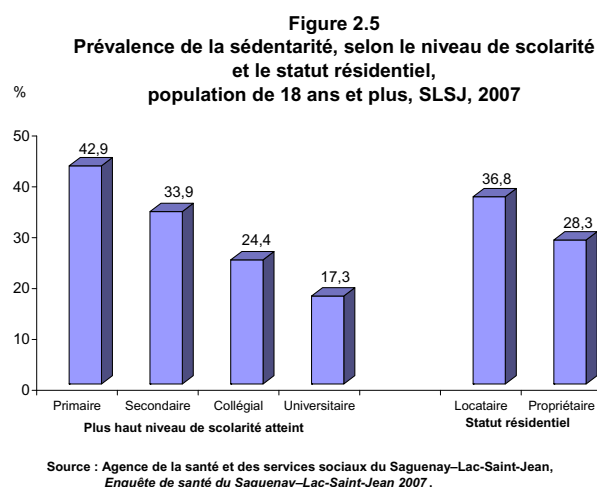
#### ❖ Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques

D'autres variables sont cependant plus fortement associées à la sédentarité. C'est le cas notamment du revenu et de la scolarité. La sédentarité est plus fréquente parmi les individus moins fortunés, c'est-à-dire ceux qui perçoivent leur situation économique comme étant inférieure à la moyenne; ainsi, 39 % d'entre eux sont sédentaires et cette proportion diminue progressivement pour atteindre 23 % chez ceux qui considèrent leur situation économique comme meilleure que la moyenne. Ces données sont par ailleurs corroborées par celles concernant le revenu du ménage : 40 % des personnes formant un ménage dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ par an sont sédentaires, et cette proportion diminue progressivement pour atteindre 16 % chez ceux disposant d'un revenu annuel de 80 000 \$ ou plus (figure 2.4).



Ces résultats sont cohérents avec le lien observé entre le fait d'être propriétaire ou locataire du logement que l'on habite : la proportion de sédentaires est en effet plus élevée parmi les locataires (37 %) que parmi les propriétaires (28 %). Ces relations entre les indicateurs de revenu et la sédentarité pourraient être dues en partie à l'âge. Après vérification, on constate cependant que sauf quelques rares exceptions, ces relations persistent peu importe le groupe d'âges.

La sédentarité est aussi fortement reliée au niveau de scolarité. Ainsi, la proportion de sédentaires atteint 43 % chez les individus les plus faiblement scolarisés et diminue progressivement à mesure que s'accroît le niveau de scolarité pour se situer à 17 % chez les personnes détenant un diplôme universitaire (figure 2.5). Cette relation se vérifie d'ailleurs pour tous les groupes d'âges.



#### ❖ Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection

Dans notre échantillon de répondants, les personnes sédentaires sont en moyenne plus âgées (50,7 ans) que les personnes plus actives, dont l'âge moyen est de 46,5 ans. Pour comparer la prévalence des facteurs de risque et de protection chez les deux groupes, les données utilisées ont été ajustées pour l'âge afin de rendre les deux groupes comparables sur ce plan. La même procédure a été utilisée dans l'analyse de l'état de santé des personnes sédentaires (sous-section suivante).

Les données indiquent clairement que la sédentarité est une habitude néfaste qui côtoie souvent d'autres comportements à risque pour la santé. Ainsi, les personnes sédentaires sont plus souvent obèses que celles qui s'activent plus régulièrement (18 % vs 12 %), ce qui apparaît tout à fait logique (tableau 2.3). De plus, leurs habitudes alimentaires sont globalement moins bonnes : 36 % d'entre eux les jugent excellentes ou très bonnes, une proportion nettement plus faible que celle observée chez les non sédentaires (53 %); inversement, 21 % les considèrent moyennes ou mauvaises, comparativement à 11 % chez ceux qui sont davantage actifs. Enfin, la consommation insuffisante de fruits et légumes est un comportement plus répandu chez les sédentaires (69 %) que chez ceux qui ne le sont pas (44 %). Les personnes inactives se privent ainsi d'une saine habitude ayant des effets protecteurs démontrés en ce qui a trait à la santé cardiovasculaire et à certains types de cancer.

Par ailleurs, un individu sédentaire sur trois est fumeur, comparativement à un sur cinq chez les personnes plus actives. Enfin, l'habitude de prendre 14 consommations ou plus d'alcool par semaine est plus répandue chez les individus sédentaires.

Compte tenu que les bénéfices associés à l'activité physique régulière sont de plus en plus connus de la population en général, on pourrait supposer que cela pourrait inciter les individus sédentaires à s'activer davantage. Or, les données de l'enquête semblent indiquer qu'il n'en est rien. À la question « Avez-vous l'intention, au cours de la prochaine année, de faire régulièrement de l'activité physique durant vos temps libres (loisirs) », le quart des personnes sédentaires répondent « certainement ». C'est trois fois moins que la proportion observée chez les individus non sédentaires (74 %). Par contre, 40 % déclarent qu'ils en feront probablement. L'intention est donc là, mais elle est moins ferme que chez ceux qui s'activent régulièrement. Enfin, le tiers (34 %) des personnes sédentaires affirment n'avoir probablement pas ou certainement pas l'intention de faire régulièrement de l'activité physique au cours de la prochaine année, comparativement à 4 % des personnes non sédentaires. Chez ce groupe de personnes sédentaires, plusieurs causes peuvent expliquer le manque d'intérêt pour l'activité physique de loisir : il peut s'agir de fait d'un

comportement bien ancré, difficile à modifier, mais cela peut aussi être dû à une incapacité qui limite sérieusement les possibilités de s'activer physiquement; enfin, il se peut que le type de travail implique un dépense énergétique suffisante pour que l'on ne sente pas le besoin de s'activer physiquement pendant ses loisirs.

**Tableau 2.3**  
Prévalence de divers comportements à risque pour la santé, ajustée pour l'âge, selon la présence de sédentarité population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

	Sédentaires	Non sédentaires	
	(N=1 516)	(N=3 401)	
	%	%	
<i>Poids corporel</i>			
Poids insuffisant	2,8	1,8	*
Poids normal	42,0	50,0	***
Embonpoint	37,4	35,8	n.s.
Obésité	17,8	12,4	***
<i>Habitudes alimentaires</i>			
Excellentes ou très bonnes	35,5	53,2	***
Bonnes	43,9	35,7	***
Moyennes ou mauvaises	20,6	11,1	***
Consommation insuffisante de fruits et légumes (moins de 5 portions / jr.)	68,5	44,3	***
<i>Tabagisme</i>			
Fumeurs quotidiens et occasionnels	33,3	20,4	***
<i>Consommation d'alcool</i>			
14 consommations ou plus / sem.	4,8	3,1	**
<i>Intention de faire de l'activité physique</i>			
Certainement	25,4	74,1	***
Probablement	39,5	22,4	***
Probablement pas, certainement pas	34,4	3,5	***

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*.

\*, \*\* ou \*\*\* : indique une différence statistiquement significative entre les deux groupes (\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; \*\*\* =  $p < 0,001$ )

### ❖ L'état de santé des personnes sédentaires

Les données de l'enquête indiquent que les personnes sédentaires ont une moins bonne perception de leur état de santé que celles qui sont plus actives : 53 % le considèrent comme étant excellent ou très bon, comparativement à 66 % chez les individus plus actifs. Inversement, 16 % jugent leur état de santé comme étant moyen ou mauvais, une proportion deux fois plus élevée que celle observée chez les personnes non sédentaires (9 %).

Chez les répondants à l'enquête, la prévalence de quelques maladies chroniques pour lesquelles la sédentarité constitue un facteur de risque est de fait plus élevée chez les individus sédentaires. C'est le cas notamment pour le diabète (7,6 % vs 5,5 %) et la maladie cardiaque (6,7 % vs 4,7 %). Par contre, on ne note aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes pour ce qui est de l'hypertension et des problèmes ostéo-articulaires.

Au sein des individus sédentaires, on retrouve proportionnellement plus de gens atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). L'hypothèse la plus plausible est que chez une certaine portion des individus atteints de MPOC, la maladie entraîne un niveau d'incapacité qui restreint sérieusement les possibilités de s'activer physiquement.

Enfin, la détresse psychologique, mesurée dans l'enquête par une série de 29 questions<sup>5</sup>, touche davantage les personnes sédentaires (9,4 %) que celles qui ne le sont pas (5,6 %).

**Tableau 2.4**  
État de santé perçu et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la présence de sédentarité, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

	Sédentaires	Non sédentaires	
	(N=1 520)	(N=3 404)	
	%	%	
<i>Perception de son état de santé</i>			
Excellent ou très bon	52,6	66,3	***
Bon	31,3	25,1	***
Moyen ou mauvais	16,1	8,7	***
<i>Prévalence de maladies chroniques</i>			
Hypertension	22,0	19,8	n.s.
Diabète	7,6	5,5	**
MCV	6,7	4,7	**
Troubles dus à un AVC	1,1	1,4	n.s.
Arthrite et rhumatisme	20,7	18,7	n.s.
Asthme	9,8	8,4	n.s.
MPOC	6,0	3,2	***
<i>Niveau élevé de détresse psychologique</i>			
	9,4	5,6	***

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*.

\*\* ou \*\*\* : indique une différence statistiquement significative entre les deux groupes (\*\* =  $p < 0,01$ ; \*\*\* =  $p < 0,001$ )

5. L'échelle de mesure utilisée est celle développée par Ilfeld (Psychiatric Symptom Index), échelle validée et fréquemment utilisée dans les enquêtes auprès des populations.

L'ensemble des résultats décrits dans cette sous-section et la précédente sont en général cohérents avec ceux obtenus à partir des données tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2005 : « Les Canadiens physiquement actifs étaient mieux classés que leurs homologues inactifs en ce qui concerne plusieurs mesures de la santé. En effet, les personnes actives durant leurs loisirs, étaient plus susceptibles de juger leur santé excellente ou très bonne (par opposition à bonne, passable ou mauvaise). De plus, ces personnes ont déclaré de plus faibles niveaux de stress que les personnes inactives, étaient moins susceptibles de se dire hypertendues et moins enclines à l'embonpoint ou à l'obésité. Les différences entre ces deux catégories de personnes se dégagent chez les hommes comme chez les femmes [...] En outre, elles persistent lorsqu'on tient compte de l'effet de certaines caractéristiques sociodémographiques, du niveau d'activité physique en dehors des loisirs et des limitations de l'activité.<sup>6</sup> »

#### ❖ *D'autres groupes à risque*

Outre les sédentaires, d'autres personnes ont un risque accru de développer des problèmes de santé en raison de leur faible propension à l'activité physique de loisir : 17 % des adultes de la région ne font des activités physiques de loisir qu'une fois par semaine, soit une fréquence insuffisante pour en retirer des bénéfices pour leur santé. Cette proportion demeure sensiblement la même chez les hommes et les femmes. Elle ne varie pas non plus de façon significative selon le territoire.

Si l'on ajoute ce groupe de personnes faiblement actives au groupe de sédentaires, on constate que près de la moitié des adultes de la région (48 %) ne pratiquent pas des activités physiques de loisir à une fréquence suffisante pour en retirer des bénéfices pour leur santé. Il s'agit donc d'un comportement largement répandu dans la population qui entraîne des effets négatifs sur la santé. Par contre, il faut souligner qu'une certaine proportion des individus peu ou pas actifs physiquement durant leurs loisirs peuvent l'être suffisamment pendant leur travail pour en retirer des bénéfices pour leur santé.

---

6. H. GILMOUR, *Les Canadiens physiquement actifs*, Statistique Canada, Rapports sur la santé, vol. 18, n° 3, août 2007, p. 53.



***SECTION III***

***La consommation de fruits et légumes***



## ❖ Problématique

L'alimentation est un autre déterminant de la santé qui est associé aux maladies chroniques. Tout comme dans le cas de l'activité physique, des modifications des habitudes alimentaires peuvent réduire les risques de développer plusieurs problèmes de santé. À cet égard, le *Programme national de santé publique 2003-2012* cible tout particulièrement la consommation de fruits et légumes dans ses objectifs d'amélioration des saines habitudes de vie des québécois<sup>1</sup>. Cette attention portée aux fruits et légumes s'appuie sur la démonstration scientifique qu'une consommation adéquate se traduit par un effet protecteur contre plusieurs maladies chroniques en raison notamment de propriétés antioxydantes.

Depuis plusieurs années, il est reconnu qu'une alimentation riche et variée en fruits et légumes peut réduire les risques de maladies cardiovasculaires (MCV). Ce choix alimentaire est préférable à des aliments riches en gras saturés ou en sucres car il permet de diminuer, entre autres, le niveau de cholestérol sanguin<sup>2</sup>. Parmi les éléments nutritifs jouant un rôle préventif relativement aux MCV, notons, entre autres, les glucides, les vitamines A et C, le potassium, le magnésium et certaines vitamines B (folate)<sup>3</sup>. De plus, comme l'indice glycémique des fruits et légumes est généralement faible, ils sont recommandés pour prévenir le diabète de type II.

Plus récemment, des études épidémiologiques ont établi des liens entre une consommation suffisante de fruits et légumes et des risques moins élevés pour certains cancers dont ceux de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et du colon/rectum. Dans son plus récent rapport, le World Cancer Research Fund identifie les micronutriments qui sont responsables de l'effet protecteur probable des fruits et légumes<sup>4</sup> en ce qui a trait aux cancers : il s'agit des folates, de la bêta-carotène, des caroténoïdes, de la vitamine C et du lycopène.

La quantité jugée efficace pour prévenir les maladies chroniques est une consommation minimale de cinq portions quotidiennes, soit 400 g par jour. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) inscrit cet objectif dans sa stratégie mondiale de nutrition, laquelle vise à réduire la charge de morbidité attribuable à la faible consommation de fruits et légumes dans le monde<sup>5</sup>. Dernièrement, le Canada a modifié son guide alimentaire où les recommandations pour les fruits et légumes sont plus élevées que dans l'édition précédente et diffèrent en fonction du sexe et du groupe d'âges.

Diverses méthodes permettent de mesurer la consommation quotidienne de ce groupe d'aliments au sein de la population. On peut avoir recours à des enquêtes sur la nutrition où l'ensemble des aliments consommés chaque jour sont pesés et recensés dans un journal alimentaire. Mais comme ce genre d'étude est plutôt difficile à mener pour une population, on profite des enquêtes générales de santé pour introduire des questions où les répondants indiquent la consommation moyenne journalière des fruits et légumes. Ces questions servent au calcul d'une variable dérivée qui mesure la proportion de la population respectant ou non la recommandation. À titre d'exemple, selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1* (ESCC) de 2003, 41 % de la population de 12 ans et plus du Saguenay–Lac-Saint-Jean consommaient au moins cinq fruits ou légumes quotidiennement<sup>6</sup>.

Dans les pages suivantes, l'analyse se concentre essentiellement sur la consommation insuffisante de fruits et légumes sur une base quotidienne, soit moins de cinq portions par jour, et ce, afin d'identifier des groupes à risque. Toutes les données présentées proviennent de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*. C'est la première fois que cet indicateur est documenté dans une enquête régionale.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 pages.
2. Thomas E. KOTTKE, « What is the Optimal Diet for Cardiovascular Health? », *British Medical Journal*, 2003, n° 327, p. 31-32.
3. SANTÉ CANADA, *Bien manger avec le guide alimentaire canadien – Ressources à l'intention des éducateurs et communicateurs*, 2007, p.11.
4. WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC : AIRC, 2007, 537 pages.
5. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/2/lock0205abstract/fr/>, page consultée le 27 novembre 2007.
6. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003*. Fichier de microdonnées à grande diffusion. Données pondérées.

Il provient de l'addition du nombre de portions de fruits et de légumes consommés à chaque jour, tel que déclaré par les répondants à deux questions<sup>7</sup>. Le libellé de la question s'inspire de la formule d'une campagne promotionnelle dans le cadre du Défi Santé 5-30. Il ne peut toutefois être directement comparé à celui développé dans l'ESCC car les questions servant à le construire sont différentes et moins nombreuses.

### ❖ La situation régionale en 2007

En 2007, la moitié (51 %) de la population adulte régionale consomme moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. Cette proportion correspond à celle observée dans l'ensemble du Canada en 2004, lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, volet Nutrition<sup>8</sup>.

On estime donc que dans la région, il y aurait environ 111 215 personnes ne respectant pas cette recommandation de santé publique qui constitue un facteur de protection. Pour les territoires locaux, les proportions varient entre 49 % et 55 % mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives (tableau 3.1).

**Tableau 3.1**  
Population de 18 ans et plus consommant moins de 5 portions quotidiennes de fruits et légumes, selon le territoire de RLS, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

Territoires	%	Nombre estimé <sup>1</sup>
La Baie	50,8	9 373
Chicoutimi	49,1	29 766
Jonquière	53,1	27 205
Domaine-du-Roy	52,5	13 412
Maria-Chapdelaine	54,4	11 147
Lac-Saint-Jean-Est	50,2	20 309
Saguenay-Lac-Saint-Jean	51,3	111 215

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*.

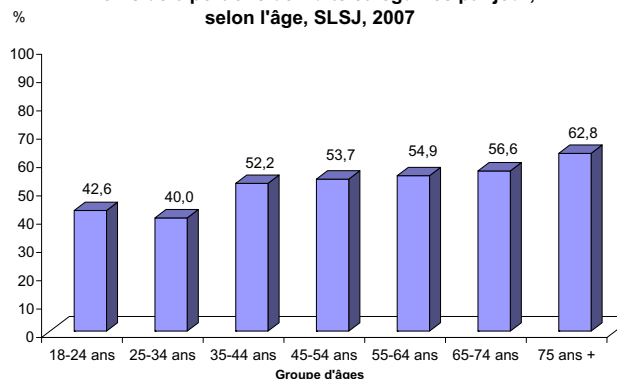
1. Selon les perspectives démographiques de l'Institut de la statistique du Québec pour la population de 18 ans et plus du territoire en 2007 (fichier RSL200126groupeage.xls).

La population régionale est donc encore loin d'avoir atteint l'objectif du *Programme national de santé publique 2003-2012* qui vise à augmenter à 80 %, d'ici 2012<sup>9</sup>, la proportion d'adultes consommant au moins cinq fruits et légumes par jour. Ce constat sur la cible visée signale l'importance de multiplier les campagnes de sensibilisation auprès de la population et de poursuivre les virages pour accroître l'offre de choix alimentaires plus sains dans les lieux publics.

### ❖ Les variations selon l'âge et le sexe

La proportion de la population consommant moins de cinq portions quotidiennes de fruits et légumes connaît de grandes variations en fonction de l'âge et ces différences sont statistiquement significatives ( $p < 0,001$ ). Les proportions les plus faibles se retrouvent au sein des 18-34 ans. Un peu plus de six personnes sur dix (63 %) âgées de 75 ans et plus ont une consommation considérée insuffisante (figure 3.1).

**Figure 3.1**  
Proportion de la population de 18 ans et plus consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, selon l'âge, SLSJ, 2007



Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*.

7. Pour l'ESCC 2.1, cet indicateur est couvert par six questions sur la fréquence de la consommation quotidienne.

8. D. GARRIGUET, « Les habitudes alimentaires des Canadiens », *Rapports sur la santé*, vol.18, no 2, Avril 2007, Statistique Canada, p. 20.

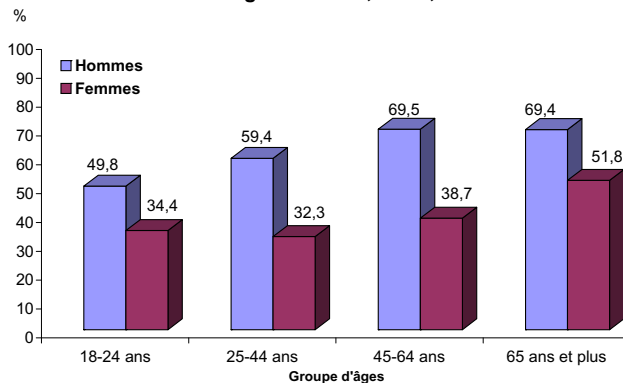
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Op. cit.*, p. 45.

❖ *Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques*

Au sein de la population adulte, les hommes sont beaucoup plus à risque alors que 61 % d'entre eux consomment moins de cinq portions par jour comparativement à 36 % des femmes. L'écart persiste peu importe l'âge et est particulièrement marqué entre 25 et 64 ans, où près de deux fois plus d'hommes que de femmes ont une consommation insuffisante. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus lors de l'ESCC, cycle 1.1 (2000-2001) : on avait alors constaté qu'au sein de la population canadienne de 20 ans et plus, les hommes consommaient en moyenne 4,2 portions de fruits et légumes par jour comparativement à 4,9 pour les femmes<sup>10</sup>.

Par ailleurs, il y a une augmentation marquée et continue de la proportion d'individus qui ont une consommation insuffisante de fruits et légumes chez les hommes entre les plus jeunes (18-24 ans) et ceux âgés de 45 à 64 ans. Pour les femmes, la proportion reste relativement stable entre les 18-24 ans et les 45-64 ans alors qu'elle connaît une hausse importante chez les 65 ans et plus. De plus, il n'y a qu'un seul groupe d'âges féminin où la proportion dépasse les 50 % alors que c'est le cas pour trois groupes d'âges masculins (figure 3.2).

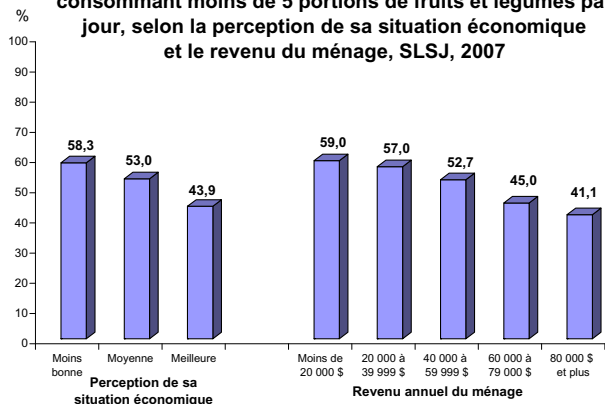
**Figure 3.2**  
Proportion de la population de 18 ans et plus consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2007



Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.

D'autres variables de l'enquête, caractérisant les conditions socioéconomiques, sont associées à la consommation de fruits et légumes. Les deux premières réfèrent à la perception de sa situation économique ainsi qu'au niveau de revenu du ménage. La proportion de personnes qui consomment moins de cinq portions quotidiennes est de 58 % pour celles qui perçoivent leur situation comme moins bonne que la moyenne et elle diminue constamment pour atteindre 44 % chez celles qui se perçoivent comme étant mieux nanties (figure 3.3).

**Figure 3.3**  
Proportion de la population de 18 ans et plus consommant moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, selon la perception de sa situation économique et le revenu du ménage, SLSJ, 2007

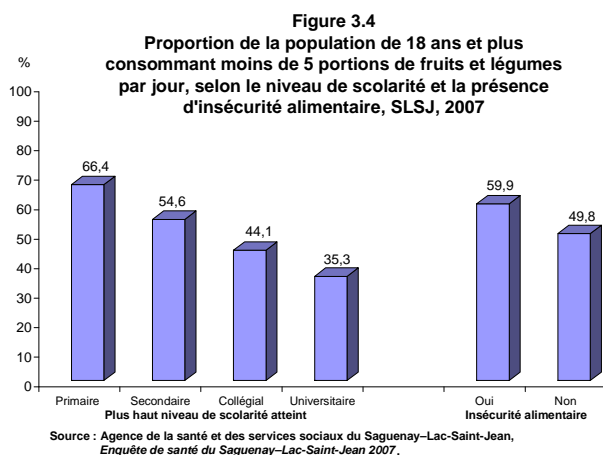


Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.

Le même type d'association est observé pour le revenu du ménage : la proportion diminue constamment à mesure que croît le revenu, passant progressivement de 59 % chez les personnes déclarant les revenus les plus bas (moins de 20 000 \$) à 41 % chez celles déclarant les revenus plus élevés (80 000 \$ et plus). Les populations moins aisées économiquement sont donc plus vulnérables.

10. Claudio E. PÉREZ, « Consommation de fruits et légumes », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 3, mars 2002, Statistique Canada, p. 27.

Deux autres caractéristiques jouent un rôle dans la consommation de fruits et légumes et révèlent également des populations plus exposées à un risque pour leur santé. Les individus moins scolarisés sont proportionnellement plus nombreux à avoir une consommation insuffisante : la proportion diminue progressivement, passant de 66 % chez ceux ayant des études primaires à 35 % chez les individus ayant un diplôme universitaire (figure 3.4). Les personnes faisant partie de ménages touchés par l'insécurité alimentaire sont aussi plus nombreuses à avoir une consommation insuffisante de fruits et légumes : 60 % sont dans cette situation, comparativement à 50 % chez ceux qui ne vivent pas d'insécurité alimentaire.



### ❖ Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection

Dans notre échantillon de répondants, les personnes qui consomment moins de cinq fruits et légumes par jour sont en moyenne plus âgées (49,6 ans) que celles ayant une consommation jugée adéquate, dont l'âge moyen est de 45,4 ans. Pour comparer la prévalence des facteurs de risque et de protection chez les deux groupes, les données utilisées ont été ajustées pour l'âge afin de rendre les deux groupes comparables sur ce plan. La même procédure a été utilisée dans l'analyse de l'état de santé (sous-section suivante).

Les individus qui ont une consommation de fruits et légumes jugée insuffisante ont des habitudes alimentaires moins bonnes : le tiers d'entre eux seulement les considèrent excellentes ou très bonnes, alors que c'est le cas pour près des deux tiers (64 %) des personnes dont la consommation est adéquate.

Inversement, 22 % jugent que leurs habitudes sont moyennes ou mauvaises, une proportion près de quatre fois plus élevée que celle observée chez ceux qui se conforment à la recommandation de 5 portions quotidiennes ou plus (tableau 3.2).

**Tableau 3.2**  
Prévalence de divers comportements à risque pour la santé, ajustée pour l'âge, selon la consommation de fruits et légumes, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

	Consommation de fruits et légumes		
	Insuffisante (N = 2 481)	Adéquate (N = 2 357)	
	%	%	
<i>Poids corporel</i>			
Poids insuffisant	1,9	2,2	n.s.
Poids normal	45,4	50,3	***
Embonpoint	38,1	33,8	**
Obésité	14,7	13,8	n.s.
<i>Habitudes alimentaires</i>			
Excellentes ou très bonnes	32,7	63,5	***
Bonnes	45,4	30,7	***
Moyennes ou mauvaises	21,9	5,8	***
<i>Tabagisme</i>			
Fumeurs quotidiens et occasionnels	29,6	18,7	***
<i>Activité physique de loisir</i>			
Sédentarité	40,5	20,2	***
Intention de faire de l'activité physique	49,7	69,1	***
<i>Consommation d'alcool</i>			
14 consommations ou plus / sem.	5,1	2,1	***

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.

\*\* ou \*\*\* : indique une différence statistiquement significative entre les deux groupes

En ce qui a trait au poids corporel, on note quelques différences entre les deux groupes. Il y a moins d'individus qui ont un poids normal chez les personnes à la consommation inadéquate (45 % vs 50 %). En contrepartie, il y a davantage de personnes présentant de l'embonpoint dans ce groupe (38 % vs 34 %).

La consommation insuffisante de fruits et légumes s'accompagne souvent d'autres comportements préjudiciables à la santé. Ainsi, les individus qui consomment moins de cinq portions par jour sont plus souvent fumeurs que ceux dont la consommation est adéquate (30 % vs 19 %). Ils sont aussi deux fois plus nombreux à être sédentaires (41 % vs 20 %). De plus, la moitié seulement d'entre eux ont l'intention ferme de faire de l'activité physique durant leurs loisirs pendant l'année qui vient, une proportion nettement plus faible que celle observée chez les personnes ayant une consommation adéquate (69 %). Enfin, la consommation fréquente d'alcool (14 consommations ou plus par semaine) est une habitude plus répandue dans le groupe consommant peu de fruits et légumes.

Ces résultats sont cohérents avec ceux observés à partir des données de l'ESCC de 2000-2001. Une analyse de ces données<sup>11</sup> a démontré que la consommation peu fréquente de fruits et de légumes était associée à d'autres comportements ou états posant un risque pour la santé, notamment l'inactivité physique, l'usage du tabac, l'obésité et la dépendance à l'égard de l'alcool.

❖ *L'état de santé des personnes ayant une consommation inadéquate de fruits et légumes*

Les données de l'enquête indiquent que les personnes qui consomment moins de fruits et légumes ont une perception un peu plus négative de leur état de santé : 57 % le considèrent comme étant excellent ou très bon, comparativement à 67 % des individus dont la consommation est adéquate. Inversement, 12 % jugent leur état de santé comme étant moyen ou mauvais, une proportion un peu plus élevée que celle observée chez les personnes non sédentaires (10 %) (tableau 3.3).

Par contre, on observe peu de différences entre les deux groupes en ce qui a trait à la prévalence de plusieurs maladies chroniques. Les seuls écarts significatifs concernent la maladie cardiovasculaire, les troubles consécutifs à un accident vasculaire cérébral et la détresse psychologique. Ces trois affections sont un peu plus fréquentes chez les personnes qui consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour.

**Tableau 3.3**  
État de santé perçu et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la consommation de fruits et légumes, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

	Consommation de fruits et légumes		
	Insuffisante (N = 2 481)	Adéquate (N = 2 357)	
	%	%	
<i>Perception de son état de santé</i>			
Excellent ou très bon	57,3	66,8	***
Bon	30,3	23,1	***
Moyen ou mauvais	12,4	10,1	*
<i>Prévalence de maladies chroniques</i>			
Hypertension	20,0	21,3	n.s.
Diabète	5,9	7,1	n.s.
MCV	6,4	4,7	**
Troubles dus à un AVC	1,7	1,0	*
Arthrite et rhumatisme	19,5	19,0	n.s.
Asthme	9,1	8,4	n.s.
MPOC	4,7	3,7	n.s.
<i>Niveau élevé de détresse psychologique</i>	8,6	4,9	***

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.

\*, \*\* ou \*\*\* : indique une différence statistiquement significative entre les deux groupes (\* = p < 0,05 ; \*\* = p < 0,01 ; \*\*\* = p < 0,001)

11. Claudio E. PÉREZ, *Op. cit.*, p. 26-27.





***SECTION IV***

***Le cumul de facteurs de risque ou de  
protection***



## ❖ Problématique

La présence, chez un même individu, de plusieurs des comportements à risque présentés dans les sections précédentes accroît évidemment les risques de développer une maladie chronique. Inversement, la présence de plusieurs facteurs de protection chez un même individu lui procure un avantage certain en ce qui a trait à la prévention des maladies chroniques.

Une étude d'envergure publiée récemment<sup>1</sup> a évalué l'impact du cumul, chez un même individu, de quatre facteurs de protection de la santé : être non-fumeur, ne pas être inactif physiquement, consommer au moins cinq fruits et légumes par jour<sup>2</sup> ainsi qu'avoir une consommation modérée d'alcool (1 à 14 consommations par semaine). Les chercheurs ont suivi en moyenne pendant onze ans environ 20 000 hommes et femmes britanniques âgés entre 45 et 79 ans. Les taux de mortalité, ajustés pour plusieurs facteurs confondants (âge, sexe, indice de masse corporelle et statut socioéconomique), ont été quatre fois plus faibles au sein du groupe cumulant les quatre facteurs de protection que dans le groupe d'individus qui n'en cumulaient aucun. L'effet était plus marqué pour la mortalité par maladies cardiovasculaires mais demeurait tout de même apparent dans le cas du cancer et pour d'autres maladies.

Ces résultats corroboraient ceux obtenus lors de trois autres études récentes qui avaient évalué l'effet du cumul de plusieurs facteurs de protection. L'avantage que constitue l'adoption et la combinaison d'habitudes favorisant le maintien d'un bon état de santé apparaît donc de mieux en mieux démontré.

## ❖ La situation régionale en 2007

Les données indiquent que 7,1 % des individus sont à la fois fumeurs, sédentaires et consomment moins de cinq fruits et légumes par jour. Concrètement, cela représente environ 15 725 adultes dans la région. Près du quart des adultes (23,8 %) cumulent deux comportements à risque. Enfin 37 % n'ont qu'un seul comportement à risque et 32 % n'en ont aucun.

Le tableau 4.1 présente en détail la répartition de la population selon le nombre et le type de comportements à risque. Ainsi, à titre d'exemple, on y voit que parmi les personnes cumulant deux comportements à risque, la combinaison la plus fréquente consiste à être à la fois sédentaire et avoir une consommation insuffisante de fruits et légumes : 13,8 % des adultes de la région correspondent à cette situation, ce qui représente concrètement 30 620 individus. De la même façon, parmi les personnes n'ayant qu'un seul comportement à risque, le plus fréquent (22,9 %) est le fait de consommer moins de cinq portions de fruits et légumes quotidiennement.

**Tableau 4.1**  
Répartition de la population, selon le nombre de comportements à risque de maladies chroniques, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

	%	Nombre estimé <sup>1</sup>
<b>Trois comportements à risque</b>	<b>7,1</b>	<b>15 727</b>
<b>Deux comportements à risque</b>	<b>23,8</b>	<b>52 718</b>
Sédentarité et consommation insuffisante de fruits et légumes	13,8	30 620
Tabagisme et consommation insuffisante de fruits et légumes	7,5	16 710
Tabagisme et sédentarité	2,4	5 417
<b>Un seul comportement</b>	<b>37,0</b>	<b>81 945</b>
Consommation insuffisante de fruits et légumes	22,9	50 636
Tabagisme	7,1	15 746
Sédentarité	7,0	15 563
<b>Aucun comportement à risque</b>	<b>32,1</b>	<b>71 103</b>

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*.

1. Selon les perspectives démographiques de l'Institut de la statistique du Québec pour la population de 18 ans et plus du territoire en 2007 (fichier RSL200126groupeage.xls).

Une façon intéressante de présenter les données est de construire un indice basé sur les recommandations du programme 0-5-30, *combinaison-prévention*. Ce programme vise à accroître la proportion de la population qui est non-fumeur (0 tabac), consomme au moins cinq fruits et légumes par jour et fait 30 minutes d'activités physiques quotidiennement. Dans certaines régions, l'absence de fumeur à domicile est un second élément requis pour correspondre à la catégorie « 0 tabac ».

1. Kay-Tee Khaw et coll., « Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study », *PLoS Medicine online*, January 2008, vol. 5, Issue 1, e12, p. 0001-0009. ([www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)).

2. Validée par une mesure de la concentration plasmatique de vitamine C supérieure à 50 mmol/l.

Cet indice a pu être construit à partir des données de l'enquête. La seule distinction avec les recommandations du programme concerne la fréquence d'activités physiques de loisir; le seuil utilisé pour construire l'indice est de quatre fois par semaine ou plus, ce qui ne correspond pas tout à fait au programme. Par ailleurs, le critère concernant l'absence de fumeur à domicile n'a pas été retenu dans la construction de l'indice. Les données indiquent cependant que dans la très grande majorité des cas (87 %), le domicile des non-fumeurs est un environnement sans fumée.

Selon cet indice, dans la région, seulement 10,3 % des adultes de 18 ans et plus ont des habitudes de vie qui correspondent aux recommandations du programme 0-5-30 : ils sont non-fumeurs, consomment au moins cinq fruits et légumes par jour et s'activent physiquement quatre fois par semaine ou plus. Cette proportion demeure à peu de chose près la même dans chacun des territoires de la région (tableau 4.2).

**Tableau 4.2**  
Proportion de la population de 18 ans et plus, qui suit les recommandations du programme 0-5-30, selon le territoire de RLS, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

Territoires	Sexes réunis		
	%	Hommes %	Femmes %
La Baie	10,5	9,0	12,0
Chicoutimi	9,7	8,6	10,8
Jonquière	10,7	8,2	13,1
Domaine-du-Roy	9,9	8,2	11,5
Maria-Chapdelaine	10,9	10,7	11,2
Lac-Saint-Jean-Est	10,7	11,1	10,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	10,4	8,7	11,7

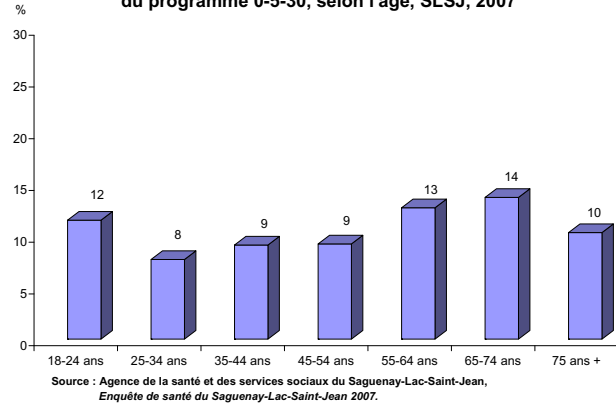
Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean  
Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.

### ❖ Les variations selon l'âge et le sexe

En ce qui a trait à l'âge, la proportion d'individus qui se conforment aux recommandations est moins élevée entre 25 et 54 ans, se situant entre 8 % et 9 % (figure 4.1). La conformité aux recommandations du programme est plus élevée entre 55 et 74 ans, notamment parce que la proportion de non-fumeurs est plus forte à cet âge. L'adhésion aux recommandations 0-5-30 est plus élevée aussi chez les 18-24 ans malgré que le tabagisme soit un peu plus fréquent à cet âge; ceci est attribuable à leur

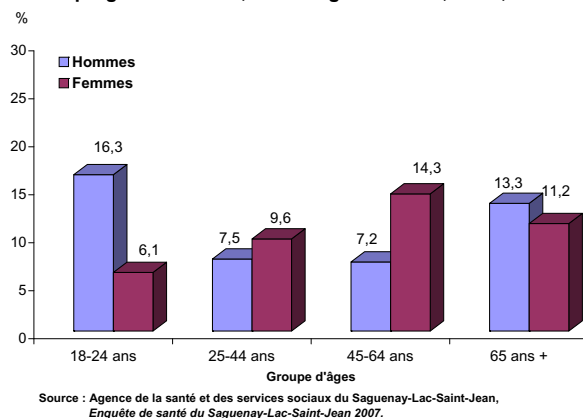
plus grande propension à être physiquement actifs et à consommer au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement.

**Figure 4.1**  
Proportion de la population suivant les recommandations du programme 0-5-30, selon l'âge, SLSJ, 2007



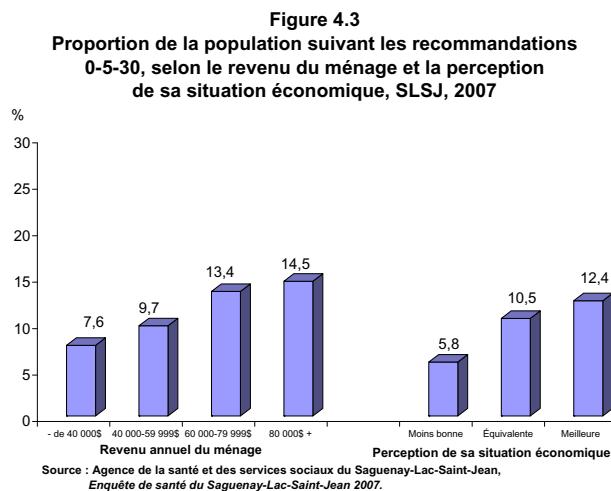
En ce qui a trait aux groupes d'âges et sexe, les écarts les plus importants concernent les 18-24 ans et les 45-64 ans. Dans le premier groupe (18-24 ans), les hommes adhèrent davantage aux recommandations du programme notamment parce qu'ils sont plus nombreux à s'activer régulièrement et plus nombreux à être non-fumeurs. Chez les 45-64 ans, à l'inverse, la conformité aux recommandations du programme est deux fois plus élevée chez les femmes, qui sont aussi deux fois plus nombreuses à cet âge à consommer au moins 5 fruits et légumes par jour (figure 4.2). Chez les deux autres groupes d'âges, les différences entre hommes et femmes sont moins accentuées.

**Figure 4.2**  
Proportion de la population suivant les recommandations du programme 0-5-30, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2007



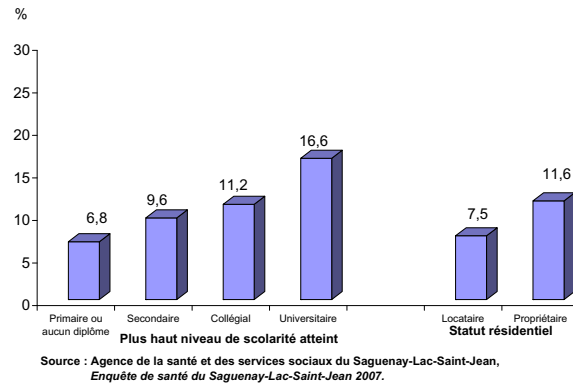
### ❖ Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques

La conformité aux recommandations du programme 0-5-30 semble plus accessible chez les gens plus fortunés ou ayant un niveau de scolarité plus élevé. On constate en effet un net gradient selon divers indicateurs de statut socioéconomique. Ainsi, la proportion d'individus dont le comportement est conforme aux recommandations double progressivement, passant de 7,6 % chez ceux disposant d'un revenu inférieur à 40 000 \$ par an à 14,5 % chez ceux dont le revenu est supérieur à 80 000 \$ (figure 4.3). Cette relation se confirme chez tous les groupes d'âges ( $p < 0,001$ ). De la même façon, la conformité aux recommandations double en fonction de la perception de sa situation économique, passant de 5,8 % chez les personnes qui perçoivent leur situation comme étant inférieure à la moyenne à 12,4 % chez celles qui la considèrent supérieure à la moyenne. Là encore, la relation se confirme chez tous les groupes d'âges ( $p < 0,001$ ) sauf chez les 65 ans et plus.



Les variations observées selon le niveau de scolarité vont dans le même sens : 6,8 % des individus ayant une faible scolarité ont un comportement conforme, comparativement à 16,6 % de ceux détenant un diplôme universitaire (figure 4.4). Cette relation se confirme chez tous les groupes d'âges ( $p < 0,001$ ) et demeure tout à fait linéaire et progressive. La scolarité et le revenu procurent donc un très net avantage en ce qui a trait au respect des recommandations du programme 0-5-30. Par ailleurs, 7,5 % des personnes locataires de leur logement adhèrent aux prescriptions du programme, contre 11,6 % des personnes qui sont propriétaires.

**Figure 4.4**  
Proportion de la population suivant les recommandations 0-5-30, selon le niveau de scolarité et le statut résidentiel, SLSJ, 2007

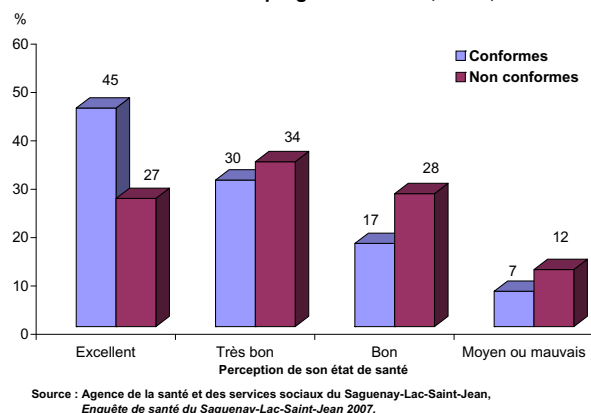


L'indice d'insécurité alimentaire peut aussi être vu comme un indicateur du statut socioéconomique. Les données indiquent que 6,0 % des individus qui sont en situation d'insécurité alimentaire se conforment aux recommandations, contre 11,1 % des individus qui ne sont pas confrontés à l'insécurité alimentaire.

### ❖ La perception de son état de santé selon la conformité au programme 0-5-30

Les individus qui suivent les recommandations du programme 0-5-30 ont une perception plus positive de leur état de santé : 45 % d'entre eux le considèrent excellent, comparativement à 27 % des individus qui ne suivent pas les recommandations du programme (figure 4.5). Inversement, la proportion de ceux qui jugent leur santé moyenne ou mauvaise est plus faible au sein des personnes qui adhèrent aux recommandations du programme (7 %) que chez celles qui ne les suivent pas (12 %).

**Figure 4.5**  
Perception de son état de santé, selon la conformité aux recommandations du programme 0-5-30, SLSJ, 2007



Le fait de se conformer aux recommandations du programme 0-5-30 semble donc procurer des avantages immédiats : les gens qui adhèrent à celles-ci se perçoivent en meilleure santé. De plus, de nombreuses études épidémiologiques confirment que si ces personnes maintiennent leurs bonnes habitudes, elles diminuent aussi le risque de développer une maladie chronique. Malheureusement, force est de constater que les personnes moins nanties financièrement ou sous-scolarisées sont nettement moins nombreuses à suivre les recommandations du programme 0-5-30. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cette situation : le coût des fruits et légumes, le coût des équipements sportifs, le stress qu'engendre une situation économique difficile, une plus grande difficulté à se projeter dans l'avenir et conséquemment, à adopter un comportement préventif. Le constat est important et constitue un élément à considérer dans le déploiement de ce programme au sein de la population.

*Bref rappel des principaux constats*



Dans ce premier volume du profil des maladies chroniques au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les données concernant trois comportements associés à un risque accru de développer une ou plusieurs maladies chroniques ont été analysées : le tabagisme, la sédentarité et la consommation insuffisante de fruits et légumes. Inversement, l'absence de ces comportements est considérée comme un facteur de protection contre les maladies chroniques. L'analyse a permis de dégager certains constats, les principaux étant les suivants :

- Ces comportements à risque sont encore très présents au sein de la population adulte :
  - un adulte sur deux (51 %) a une consommation quotidienne de fruits et légumes considérée insuffisante;
  - près d'un adulte sur trois est sédentaire, pratiquant des activités physiques de loisir moins d'une fois par semaine;
  - un sur quatre (24 %) fume, de façon régulière (19 %) ou occasionnelle (5 %).
- Une proportion non négligeable d'adultes cumulent deux comportements à risque ou plus :
  - 7 % des adultes sont à la fois fumeurs, sédentaires et consomment moins de cinq fruits et légumes par jour. Concrètement, cela représente environ 15 725 personnes dans la région;
  - près du quart des individus (24 %) cumulent deux comportements à risque. La combinaison la plus fréquente consiste à être à la fois sédentaire et avoir une consommation insuffisante de fruits et légumes;
  - enfin 37 % n'ont qu'un seul comportement à risque et 32 % n'en ont aucun.
- Le fait d'avoir un comportement préjudiciable à la santé accroît les probabilités d'en avoir d'autres. À titre d'exemple, la sédentarité et la consommation insuffisante de fruits et légumes sont des comportements plus fréquents chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.
- En ce qui a trait aux facteurs de protection, 26 % des adultes de 18 ans et plus ont des habitudes de vie qui correspondent aux recommandations du programme 0-5-30 combinaison-prévention : ils sont non-fumeurs, consomment au moins cinq fruits ou légumes par jour et s'activent physiquement 2-3 fois par semaine ou plus.
- Le tabagisme a subi une baisse importante depuis l'an 2000. La proportion de fumeurs chez les 18 ans et plus, qui était de 30 % cette année-là, a été réduite à 24 % en 2007. Ceci représente concrètement environ 13 000 fumeurs de moins dans la région. La réduction touche autant les hommes que les femmes et les divers groupes d'âges. De plus, l'écart entre la région et le Québec a été réduit, si bien que la prévalence régionale en 2007 (24 %) est équivalente à celle observée au Québec en 2005, année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour le Québec.
- La sédentarité demeure par contre un comportement aussi fréquent en 2007 qu'il ne l'était en 2000.
- En ce qui a trait à la consommation insuffisante de fruits et légumes, on ne dispose pas de données permettant de bien suivre l'évolution de ce comportement.

- On n'observe aucune différence entre les territoires de RLS en ce qui a trait à la prévalence des comportements à risque, que ce soit le tabagisme, la sédentarité ou la consommation insuffisante de fruits et légumes. Le même constat s'applique au cumul des facteurs de protection ou à la conformité aux recommandations du programme 0-5-30.
  
- Le profil des hommes et des femmes diffère sur les points suivants :
  - la consommation insuffisante de fruits et légumes est un comportement beaucoup plus fréquent chez les hommes : 64 % d'entre eux en consomment moins de cinq portions quotidiennement, comparativement à 39 % des femmes; l'écart s'observe chez tous les groupes d'âges mais est particulièrement accentué entre 25 et 64 ans;
  - les femmes sont plus enclines à suivre les recommandations du programme 0-5-30 que les hommes : dans l'ensemble de la région, 31 % des femmes le font, comparativement à 20 % des hommes. Cet écart s'observe chez tous les groupes d'âges supérieurs à 25 ans et est particulièrement accentué dans le groupe des 45-64 ans, où deux fois plus de femmes que d'hommes adhèrent aux recommandations de ce programme. La différence est attribuable en grande partie au fait que les femmes sont nettement plus nombreuses à adhérer à la recommandation concernant la consommation quotidienne de fruits et légumes.
  
- En ce qui a trait aux facteurs socioéconomiques, on constate que tous les comportements à risque et inversement, les facteurs de protection, sont associés aux différents indicateurs de statut socioéconomique. Plus précisément, on observe ce qui suit :
  - le tabagisme, la sédentarité et la consommation insuffisante de fruits et légumes sont plus fréquents au sein des groupes économiquement défavorisés, que ceux-ci soient définis par le revenu du ménage ou par la perception que les gens ont de leur situation économique. La fréquence de ces trois comportements diminue progressivement à mesure que s'accroît le revenu du ménage;
  - ces trois comportements sont aussi associés au niveau de scolarité. Dans le cas de la sédentarité et de la consommation de fruits et légumes, la relation est très linéaire : la proportion de personnes présentant le comportement à risque diminue progressivement à mesure que s'accroît le niveau de scolarité. Dans le cas du tabagisme, la relation est moins linéaire mais la scolarité procure néanmoins un avantage très net, la proportion de fumeurs passant de 29 % chez ceux détenant un diplôme d'études secondaires à 15 % chez les individus détenant un diplôme universitaire;
  - l'adhésion aux recommandations du programme 0-5-30 semble plus accessible chez les gens plus fortunés ou ayant un niveau de scolarité plus élevé. On constate en effet un net gradient selon divers indicateurs de statut socioéconomique (revenu du ménage, perception de sa situation économique, niveau de scolarité). La scolarité et le revenu procurent donc un très net avantage en ce qui a trait au respect des recommandations du programme 0-5-30.

## *Annexe méthodologique*



Les données présentées dans ce document sont tirées en grande partie de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*, réalisée par l'Agence de la santé et des services sociaux. Les pages qui suivent présentent d'abord brièvement les caractéristiques méthodologiques de cette enquête. Le lecteur intéressé à en savoir davantage sur les aspects méthodologiques peut consulter le rapport sommaire de l'enquête<sup>1</sup> disponible sur le site Internet de l'Agence ([www.santesaglac.gouv.qc.ca](http://www.santesaglac.gouv.qc.ca)).

Afin de comparer les résultats observés dans la région en 2007, nous avons eu recours principalement à deux autres enquêtes : l'*Enquête psychosociale régionale* réalisée par l'Agence de la santé et des services sociaux en 2000 et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005, cycle 3.1*. Une brève description de ces deux enquêtes clôt l'annexe méthodologique.

#### ❖ *L'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*

Cette enquête visait à fournir au directeur de santé publique de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et aux divers partenaires du réseau de la santé et des services sociaux des données récentes de façon à permettre le suivi de l'état de santé de la population. Les données devaient être fiables et suffisamment précises au niveau des territoires de chacun des six RLS de la région.

La population visée par l'enquête se définit comme « la population adulte (18 ans et plus) vivant dans un logement privé occupé et résidant dans la région Saguenay–Lac-Saint-Jean ». Ceci exclut donc tout logement collectif (hôpital, centre d'accueil ou d'hébergement, prison, pensionnat, communauté religieuse, camp forestier, hôtel). La définition adoptée circonscrit donc la population à l'étude aux personnes qui ne vivent pas en institution.

L'échantillon utilisé pour cette enquête est de type stratifié non proportionnel à deux degrés :

- Au premier degré, l'échantillon est composé de six strates correspondant à chacun des territoires de RLS de la région. Chaque strate est considérée comme une « population » indépendante, à partir de laquelle un échantillon de numéros de téléphone est tiré. L'échantillon est généré aléatoirement (RDD ou Random Digit Dialing) parmi l'ensemble des numéros de téléphone en usage sur le territoire du RLS.
- Au deuxième degré, soit au sein de chacun des ménages rejoints, un répondant adulte a été aléatoirement sélectionné pour participer à l'enquête parmi l'ensemble des adultes résidant dans le ménage. Une procédure informatisée assurait une probabilité égale de sélection à chacun des membres du ménage.

Le questionnaire d'enquête a été conçu par l'équipe de chercheurs de la Direction de santé publique à l'Agence de la santé et des services sociaux, en collaboration avec les professionnels de la direction. Le questionnaire utilisé comprend 144 questions et aborde un ensemble de thématiques associées à l'état de santé : perception de son état de santé physique, mental, comportements à risque pour la santé, présence de maladies chroniques, environnement psychosocial au travail, etc. Les questions sont tirées le plus souvent d'enquêtes provinciales ou nationales et ont donc été pour la plupart déjà utilisées et validées.

Le questionnaire a été testé une première fois le 30 janvier 2007 et 32 entrevues ont alors été réalisées. Lors de ce prétest, la durée moyenne d'entrevue était trop longue et certaines mesures ont par la suite été adoptées de façon à réduire la durée totale d'entrevue. Un deuxième prétest a été tenu le 2 février 2007 auprès de 20 nouveaux répondants.

1. Ann BERGERON et autres, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007 – Rapport sommaire*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de santé publique, 2007, 104 p.

Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues téléphoniques d'une durée moyenne de 19 minutes réalisées auprès des répondants ayant accepté de participer à l'enquête. La collecte des données, réalisée par une firme spécialisée en la matière, choisie après un processus d'appel d'offres, a eu lieu du 8 février au 2 avril 2007. Des procédures éprouvées de contrôle de qualité ont été utilisées tout au long de la collecte, de la saisie et du traitement informatisé des données recueillies afin d'assurer une qualité optimale de celles-ci.

L'échantillon final comprend 4 941 répondants répartis de façon à peu près égale entre les six territoires de RLS, pour un taux de réponse de 66 %. La marge d'erreur d'échantillonnage maximale, soit celle calculée pour une caractéristique présente chez 50 % de l'ensemble des répondants, est de  $\pm 1,7 \%$  à l'échelle régionale, à un niveau de confiance de 95 %. Elle se situe entre  $\pm 3,7 \%$  et  $\pm 3,8 \%$  au niveau des territoires sociosanitaires.

Territoire de RLS	Nombre d'entrevues complétées	Marge d'erreur
Domaine-du-Roy	833	$\pm 3,7 \%$
Maria-Chapdelaine	821	$\pm 3,8 \%$
Lac-Saint-Jean-Est	816	$\pm 3,8 \%$
La Baie	823	$\pm 3,7 \%$
Chicoutimi	822	$\pm 3,7 \%$
Jonquière	826	$\pm 3,7 \%$
<b>Saguenay-Lac-Saint-Jean</b>	<b>4 941</b>	<b><math>\pm 1,7 \%</math></b>

Comme la taille des échantillons tirés de chaque territoire n'est pas proportionnelle au poids démographique de chacun de ceux-ci dans l'ensemble régional, un processus de pondération est utilisé lors de l'analyse des données régionales. On obtient ainsi des résultats tenant compte du poids démographique de chacun des territoires et donc, représentatifs de la population régionale dans son ensemble.

Les données sont pondérées d'abord par le nombre d'adultes dans le ménage pour tenir compte de la probabilité de sélection des individus au deuxième degré du plan de sondage. Par la suite, elles sont pondérées en fonction de la répartition de la population régionale en 2007 selon l'âge (7 groupes), le sexe (2 groupes) et le territoire de RLS (6 territoires). L'estimation des effectifs de population a été produite par l'Institut de la statistique du Québec à partir des données du recensement de 2001 corrigées pour le sous-dénombrement<sup>2</sup>.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoires des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*, édition 2005.

### ❖ *L'Enquête psychosociale régionale de 2000*

L'enquête a été réalisée par l'Agence de la santé et des services sociaux en 2000. La méthodologie adoptée était essentiellement la même qu'en 2007. Le nombre total de répondants était cependant moins élevé (3 023) et conséquemment, la précision des estimations était moins grande, notamment au niveau des territoires de RLS.

Les données de cette enquête ont été utilisées pour comparer la situation régionale en 2000 et en 2007 sur les thématiques ou variables communes aux deux enquêtes. La comparaison a été réalisée en ayant recours au test de la différence entre deux proportions tirées d'échantillons indépendants. Le seuil alpha minimal retenu est de 0,05.

### ❖ *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005*

Cette vaste enquête nationale est la troisième d'une série réalisée par Statistique Canada depuis 2000-2001. L'échantillon pour le Québec, utilisé pour la plupart des comparaisons présentées dans ce document, comprenait un total d'environ 27 000 répondants sélectionnés selon un plan d'échantillonnage complexe à plusieurs niveaux. La taille de cet échantillon permet une excellente précision des estimations pour l'ensemble de la population québécoise, mais aussi pour les grands groupes d'âges et chacun des deux sexes.

Les données de cette enquête ont été utilisées pour comparer la situation régionale en 2007 à celle observée pour le reste du Québec (soit l'ensemble du Québec moins la région) en 2005. Afin de tenir compte des différences de structure d'âges entre les deux populations, la comparaison a été réalisée pour chacun des grands groupes d'âges (18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus). Les comparaisons ont été faites en ayant recours au test de la différence entre deux proportions tirées d'échantillons indépendants. Le seuil alpha minimal retenu est de 0,05.



## RÉFÉRENCES

BALIUNAS, D. et al. « Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 27, n°4, 2007, p. 168-177.

BERGERON, Ann et autres. *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007 – Rapport sommaire*. Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de santé publique, 2007, 104 p.

GILMOUR, H. « Les Canadiens physiquement actifs », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3, août 2007, Statistique Canada, p.49-70.

GARRIGUET, D. « Les habitudes alimentaires des canadiens », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 2, avril 2007, Statistique Canada, p. 17-33.

KINO-QUÉBEC. *Quantité d'activité requise pour en retirer des bénéfices pour la santé. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport*, Gouvernement du Québec, 1999, 27 p.

KOTTKE, Thomas E. « What is the Optimal Diet for Cardiovascular Health? », *British Medical Journal*, 2003, n° 327. p. 31-32.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 pages.

NOLIN, B. *Activité physique de loisir : codification et critères d'analyse, système québécois de surveillance des déterminants de la santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 10 p.

PÉREZ, Claudio E. « Consommation de fruits et légumes ». *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 3, mars 2002. Statistique Canada, p. 25-34.

SANTÉ CANADA, *Bien manger avec le guide alimentaire canadien – Ressources à l'intention des éducateurs et communicateurs*, 2007, p.11.

SHIELDS, M. « Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3, août 2007, Statistique Canada, p. 9-26.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003*. Fichier de microdonnées à grande diffusion. Données pondérées.

WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective*. Washington DC : AIRC, 2007, 537 pages, <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/2/lock0205abstract/fr/>, page consultée le 27 novembre 2007.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *The Health Consequences of Smoking : a Report of the Surgeon General*, 2004, Atlanta : Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.

