

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

Faits saillants

LES MALADIES CHRONIQUES ET LEURS DÉTERMINANTS



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 de la page couverture : Zone Orange

Référence suggérée : LAPIERRE, R., *Faits saillants, Les maladies chroniques et leurs déterminants*, Collection *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2008, 17 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 : 978-2-921247-55-9 (version papier)
ISBN : 978-2-921247-56-6 (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^{me} Anne-Pascale Maltais, agente administrative, pour sa patiente relecture de tous les documents et l'excellent travail d'édition réalisé;

M^{me} 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;

M^{me} Myriam Duplain, pour la relecture critique de certaines parties des documents et la pertinence de ses commentaires et suggestions.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
FAITS SAILLANTS	3
Des facteurs de risque encore très présents au sein de la population régionale	3
L'évolution récente de la situation	4
Tous confrontés aux mêmes problèmes	5
Des groupes de population plus vulnérables	6
Les différences entre les hommes et les femmes	7
Le risque associé à l'âge et le vieillissement de la population	8
Des conséquences sur le moral des individus atteints de maladies chroniques	8
Le mot de la fin	9
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE	11
L'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007	13
L'Enquête psychosociale régionale de 2000	15
L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005	15
RÉFÉRENCES	17

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 »

FAITS SAILLANTS

L'analyse des données tirées de *l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007* concernant les maladies chroniques et leurs déterminants a permis de dégager plusieurs constats. Les principaux sont présentés dans ce document. Le lecteur intéressé à approfondir certains éléments présentés dans les pages qui suivent pourra référer à un des trois volumes produits dans le cadre de cet état de situation concernant les maladies chroniques et leurs déterminants. Ces documents sont présentés brièvement dans l'introduction qui précède.

❖ *Des facteurs de risque encore très présents au sein de la population régionale*

Les comportements et les conditions physiologiques étudiés dans les volumes I et II de la présente série constituent des facteurs de risque reconnus de plusieurs maladies chroniques. Ils accroissent les risques de développer une maladie cardiovasculaire, une maladie respiratoire, des problèmes ostéo-articulaires ou encore un cancer. Malheureusement, ces comportements ou conditions à risque sont encore très présents au sein de la population régionale :

- un adulte sur deux a une consommation quotidienne de fruits et légumes considérée insuffisante;
- près d'un adulte sur trois est sédentaire;
- un individu sur quatre fume;
- environ le tiers des adultes cumulent au moins deux de ces comportements à risque;
- la moitié des individus présente un excès de poids (plus précisément, 14 % sont obèses et 36 % font de l'embonpoint);
- un adulte sur cinq est hypertendu;
- 6 % des individus sont diabétiques;
- une proportion non négligeable d'adultes (13 %) cumulent deux conditions à risque parmi les trois étudiées (excès de poids, hypertension ou diabète).

Les maladies chroniques sont en général moins fréquentes que les comportements ou conditions à risque mentionnés précédemment. Parmi les maladies incluses dans *l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*, les problèmes d'arthrite et de rhumatisme occupent le premier rang, affectant un adulte sur cinq. L'asthme vient en second, touchant 9 % des adultes. La maladie cardiaque (5,5 %), la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (4,2 %) et les troubles dus à un accident vasculaire cérébral (AVC) (1,4 %) sont moins fréquents.

Ce qui est préoccupant, ce ne sont donc pas uniquement les maladies chroniques en elles-mêmes mais tout autant et sinon plus les comportements et les conditions physiologiques qui accroissent le risque de développer ces maladies : excès de poids et obésité, hypertension, tabagisme, sédentarité, alimentation inadéquate. Plus fréquents dans la population que les maladies chroniques, ces conditions ou comportements à risque constituent en quelque sorte la base de l'iceberg, le ferment qui permettra, à court et moyen terme, le développement de maladies chroniques qui elles-mêmes pourront entraîner des limitations d'activités, des épisodes d'hospitalisation et éventuellement le décès. Avec les facteurs d'ordre génétique, ces précurseurs potentiels de la maladie représentent la source du problème, et donc le lieu privilégié où faire porter les interventions en vue de réduire l'ampleur des maladies chroniques.

C'est ce qui explique entre autres qu'une des cinq orientations majeures du *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques* produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux vise à « agir prioritairement sur les déterminants de la santé et les facteurs de risque les plus importants pour prévenir les maladies chroniques¹ ». Le MSSS justifie ainsi cette orientation :

« Les habitudes de vie sont à l'origine de l'incidence et de complications des maladies cardiovasculaires (MCV), des maladies respiratoires, du diabète de type II et de l'obésité. Leur modification peut contribuer à réduire l'apparition, les complications, la gravité et les conséquences de ces maladies chroniques permettant ainsi d'améliorer la santé, et ce, à tout âge de la vie² ».

❖ *L'évolution récente de la situation*

Il faut donc idéalement réduire la prévalence des facteurs de risque de maladies chroniques dans la population. Qu'en est-il réellement et comment la situation observée en 2007 se compare-t-elle à celle qui prévalait il y a une dizaine d'années? La réponse à cette question est essentielle pour qui veut tenter de prévoir l'ampleur de ces maladies au cours des prochaines décennies.

Sur ce plan, un élément très positif se dégage. Le tabagisme a en effet 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. En d'autres termes, trois adultes sur quatre sont aujourd'hui non-fumeurs, et cette situation ne peut que contribuer à réduire l'ampleur future des maladies ou problèmes de santé associés au tabagisme tels les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies respiratoires.

Cette nette amélioration a été possible grâce à une conjugaison d'efforts collectifs et individuels : interventions législatives telles l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou interdiction de la publicité, médicaments offerts gratuitement aux personnes désirant cesser de fumer, promotion de l'arrêt tabagique, implantation de centres d'arrêt tabagique dans les établissements de santé, efforts répétés des individus pour cesser de fumer, soutien des proches, etc.

Cependant, sur plusieurs autres plans, l'évolution de la situation est moins réjouissante. Ainsi, on observe une hausse marquée de l'obésité depuis l'an 2000 (de 9,9 % à 14,0 %), tant chez les femmes que les hommes et chez les divers groupes d'âges.

Cette augmentation risque d'avoir des conséquences négatives sur tous les problèmes de santé associés à l'obésité, d'autant plus que la hausse de l'obésité touche tous les groupes d'âges : ainsi, les problèmes de santé chronique associés à l'obésité risquent d'apparaître plus tôt chez les individus et de perdurer plus longtemps. Le fait que l'on ait commencé à observer des cas de diabète de type II chez les adolescents en est une illustration concrète. Outre cette précocité accrue des problèmes de santé associés à l'obésité, une hausse de la prévalence du diabète, de la maladie cardiovasculaire et des problèmes ostéo-articulaires tels l'arthrite est à prévoir dans l'ensemble de la population si rien n'est fait pour réduire la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint.

Dans le cas du diabète, les données disponibles indiquent qu'il y a eu effectivement une hausse de la prévalence depuis quelques années. Selon les données du système de surveillance du diabète du MSSS, la proportion de diabétiques chez les individus de 20 ans et plus est passée de 4,5 % à 5,9 % dans la région, entre 2000 et 2005. Une hausse similaire a été observée pour l'ensemble du Québec. Le ministère, bien

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, document de travail, avril 2007, p. 22.

2. *Loc. cit.*

conscient des enjeux et des impacts négatifs potentiels d'une telle hausse, avait déjà mis sur pied, il y a quelques années, ce système de surveillance du diabète afin de suivre de près l'évolution de la situation. Et celle-ci risque de se détériorer. Ce système évaluait à 393 855 le nombre de québécois âgés de 20 ans et plus atteints de diabète en 2004-2005. Et ce chiffre pourrait augmenter de 80 000 environ au cours des prochaines années puisque « on estime qu'en 2015 le nombre de diabétiques au Québec pourrait atteindre 475 000 si rien n'est fait, notamment pour faire reculer les facteurs de risque y étant associés³ ».

La sédentarité, phénomène associé de très près à l'obésité et à l'embonpoint, demeure un comportement aussi fréquent dans la région en 2007 qu'il ne l'était en 2000. Après une certaine amélioration à la fin des années 90, il est possible qu'on assiste à un certain plafonnement de la situation. Pour ce qui est de l'hypertension et de la consommation de fruits et légumes, on ne disposait pas de données adéquates pour décrire l'évolution de ces phénomènes.

❖ *Tous confrontés aux mêmes problèmes*

L'évolution et l'ampleur des comportements ou conditions physiologiques qui accroissent les risques de maladies chroniques sont en bonne partie déterminées par des facteurs sociétaux liés au mode de vie occidental. C'est ce qui fait que la prévalence de ces divers facteurs de risque ou problèmes de santé, dans la région et dans chacun des territoires, est en général similaire à ce que l'on observe dans le reste du Québec.

Le tabagisme, l'obésité ou l'excès de poids ne sont effectivement pas plus fréquents ici qu'ailleurs au Québec. Dans le cas du tabagisme, il s'agit d'une bonne nouvelle puisque la région s'est longtemps caractérisée par une proportion plus élevée de fumeurs. En ce qui a trait au diabète, sa prévalence est même moins élevée dans la région qu'au Québec selon les données du système québécois de surveillance du diabète. Par contre, une des conditions physiologiques à risque étudiées, l'hypertension artérielle, est plus fréquente dans la région. Enfin, en ce qui a trait aux maladies chroniques étudiées, la seule différence significative concerne les problèmes d'arthrite et de rhumatisme, plus fréquents dans la région qu'au Québec.

Pour la même raison évoquée ci-dessus, les différences entre territoires de réseaux locaux de services (RLS) sont peu nombreuses, du moins en ce qui a trait aux facteurs de risque. De fait, on n'en observe aucune pour ce qui est de la prévalence des comportements à risque étudiés : tabagisme, sédentarité et consommation insuffisante de fruits et légumes sont des comportements aussi fréquents d'un territoire à l'autre. Le même constat s'applique aux facteurs de protection. Ainsi, la proportion de la population qui se conforme aux recommandations du programme préventif 0-5-30 demeure à peu de choses près la même, peu importe le territoire.

On constate par contre quelques différences en ce qui a trait aux conditions physiologiques à risque. Le territoire Maria-Chapdelaine se démarque par une prévalence plus élevée de l'excès de poids et de l'obésité et une prévalence plus faible du diabète. Compte tenu du lien entre les deux phénomènes, il est possible que le diabète soit sous diagnostiqué dans ce secteur de la région. Par ailleurs, le territoire Jonquière affiche une prévalence plus élevée de l'hypertension artérielle chez les femmes.

On observe davantage de différences au niveau des maladies chroniques. Le territoire La Baie se démarque avec une prévalence nettement plus élevée des problèmes d'arthrite et de rhumatisme et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Le territoire Domaine-du-Roy se distingue par une prévalence plus élevée des troubles dus à un AVC, notamment chez les hommes. Enfin, deux territoires se démarquent en ce qui a trait à la prévalence de l'asthme : celui de Lac-Saint-Jean-Est, où la prévalence pour l'ensemble de la population et chez la population féminine est plus faible que dans l'ensemble des autres territoires; et le

3. *Ibid.*

territoire Maria-Chapdelaine, où la prévalence de l'asthme chez les hommes est significativement plus élevée que dans l'ensemble des autres territoires.

❖ *Des groupes de population plus vulnérables*

Malgré ces quelques différences, la prévention des problèmes de santé chronique constitue un défi commun à l'ensemble des intervenants québécois ou régionaux oeuvrant dans ce domaine. Pour y faire face, la création d'environnements favorables à la santé et la promotion de saines habitudes de vie, par le biais notamment du programme 0-5-30⁴, constituent des stratégies essentielles. Les données analysées fournissent quelques pistes utiles pour guider ou soutenir l'intervention.

Un des constats importants qui se dégage de l'analyse des données est la vulnérabilité des groupes de population défavorisés économiquement ou en termes de scolarité. Tous les individus ne sont pas égaux face à la maladie et à ses déterminants. Les comportements à risque étudiés (tabagisme, sédentarité, consommation insuffisante de fruits et légumes) sont tous plus fréquents au sein des groupes économiquement défavorisés, que ce soit en termes de revenu du ménage, de perception que les gens ont de leur situation économique ou de scolarité.

De la même façon, l'adhésion aux recommandations du programme préventif 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.

Par contre, parmi les conditions physiologiques à risque étudiées (obésité, diabète, hypertension), seule l'obésité s'avère plus fréquente au sein des groupes de population moins nantis financièrement ou sous scolarisés.

Enfin, la presque totalité des maladies chroniques étudiées se révèlent associées aussi aux indicateurs de statut socioéconomique : les problèmes d'arthrite et de rhumatisme, la MPOC ainsi que l'asthme sont plus fréquents au sein des groupes défavorisés, que ce soit en termes de scolarité, de revenu du ménage ou de perception de sa situation économique. Ces relations se confirment en général pour tous les groupes d'âges. Le même genre de relation est observé aussi pour la maladie cardiovasculaire, mais uniquement dans le groupe d'individus âgés de 45 à 64 ans.

On peut se demander à juste titre si la relation entre le revenu et l'état de santé, et en particulier les maladies chroniques, ne joue pas dans les deux sens. Un mauvais état de santé peut en effet entraîner des effets négatifs sur l'employabilité et par conséquent sur le revenu. Les auteurs du troisième rapport du directeur national de santé publique sur l'état de santé de la population du Québec ont analysé la question et concluent que :

« [...] dans la plupart des cas, c'est la pauvreté qui agit sur l'état de santé. C'est ce qui ressort d'une analyse de seize études provenant de quatre pays et utilisant plusieurs mesures du statut socioéconomique [...] et de nombreuses mesures de l'état de santé (taux de mortalité, auto-évaluation de la santé, maladies chroniques, etc.) (Benzeval et Judge, 2001). Toutes étaient basées sur des observations longitudinales et permettaient donc de suivre les individus sur une certaine période de temps et de déterminer quel événement survient avant l'autre⁵ ».

4. 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activités physiques par jour.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Direction de santé publique, *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec, 2007, p. 43.

La réduction de la prévalence des comportements et conditions à risque ainsi que des maladies chroniques passe donc nécessairement par une amélioration de la situation au sein des groupes défavorisés. Ceci constitue en soi un défi de taille. Défi qui implique sans doute une meilleure prise en compte des facteurs d'ordre culturel, social mais aussi strictement économique, susceptibles d'expliquer les écarts observés. À titre d'exemples, mentionnons le prix et l'accessibilité à des aliments de qualité, à des équipements de loisir, le stress associé aux contraintes et difficultés d'ordre économique et les façons d'y répondre, etc. Cela rappelle aussi la pertinence de l'objectif de la réduction des inégalités adopté en santé publique il y a quelques années déjà. L'effet de ces inégalités sur la santé des jeunes constitue d'ailleurs le thème central du plus récent rapport du directeur national de santé publique sur l'état de santé de la population du Québec diffusé à l'automne 2007⁶.

❖ *Les différences entre les hommes et les femmes*

Un autre élément à considérer dans la planification des interventions concerne les différences et les similitudes observées en ce qui a trait aux hommes et aux femmes. Le profil de ces deux groupes diffère en effet sur plusieurs points.

Une des différences majeures est que la consommation insuffisante de fruits et légumes est un comportement beaucoup plus fréquent chez les hommes et ce, peu importe l'âge. Il s'agit donc d'une clientèle à privilégier si l'on veut améliorer le bilan global de la population sur cet élément du programme 0-5-30. Pour ce qui est des deux autres constituants du programme, on observe d'une part que la proportion de non fumeurs est similaire chez les hommes et les femmes, et ce peu importe l'âge. D'autre part, chez les 18-24 et les 65 ans et plus, la proportion de gens qui s'activent 4 fois par semaine ou plus, est plus élevée chez les hommes que chez les femmes; à l'inverse, cette proportion est plus élevée chez les femmes entre 45 et 64 ans. Enfin, toujours en ce qui a trait à la proportion d'actifs, il n'y a aucun écart entre les hommes et les femmes entre 25 et 44 ans. Il s'agit d'informations à considérer si l'on veut accroître la proportion d'individus qui adhèrent aux recommandations du programme 0-5-30.

Deux conditions physiologiques à risque associées à l'alimentation sont aussi plus fréquentes chez les hommes : l'obésité touche une proportion plus élevée d'hommes, en particulier avant 65 ans, et le diabète affecte un peu plus d'hommes que de femmes. Enfin, si plus de femmes déclarent faire de l'hypertension artérielle, on peut se demander si cette situation n'est pas due à une sous-utilisation des services de santé par les hommes qui contribuerait à ce que l'hypertension soit sous diagnostiquée dans ce groupe de population.

Compte tenu des constats précédents concernant plusieurs des facteurs de risque associés à la maladie cardiovasculaire, il est peu surprenant de constater que cette dernière est plus fréquente chez les hommes (6,3 %) que chez les femmes (4,8 %). L'écart persiste, peu importe l'âge.

Trois maladies chroniques affectent cependant davantage la population féminine : deux fois plus de femmes que d'hommes déclarent des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, ce qui correspond à ce que l'on observe au Canada et au Québec. Dans l'ensemble de la population adulte, l'asthme est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. L'écart est particulièrement accentué entre 25 et 64 ans. Enfin, la MPOC touche plus de femmes (5,1 %) que d'hommes (3,3 %). Ce constat demeure valide pour tous les groupes d'âges à l'exception des 65 ans et plus.

6. *Ibid.*

❖ *Le risque associé à l'âge et le vieillissement de la population*

La prévalence des conditions physiologiques à risque augmente avec l'âge. L'hypertension est la condition pour laquelle la progression est la plus forte; entre 35 et 64 ans, sa prévalence double à chaque tranche d'âges de 10 ans : de 7 % chez les 35-44 ans, elle passe à 18 % chez les 45-54 ans puis à 32 % chez les 55-64 ans et atteint finalement un sommet de 53 % chez les personnes de 75 ans et plus.

Dans le cas du diabète et de l'obésité, la progression est moins accentuée. Le diabète est peu fréquent avant 45 ans (1 % à 2 %) puis progresse ensuite continuellement pour atteindre 20 % chez les personnes de 75 ans et plus. L'obésité augmente graduellement avec l'âge jusqu'à 65 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. La prévalence atteint un sommet dans le groupe des 45-64 ans.

Compte tenu de ce qui précède, le vieillissement de la population provoquera à lui seul, au cours des prochaines années, une hausse du nombre d'individus confrontés à une ou plusieurs des conditions physiologiques mentionnées ci-dessus. Et ce, même si les taux de prévalence par groupe d'âges (de l'hypertension, à titre d'exemple), demeurent stables dans le temps. Si, de plus, la prévalence par groupe d'âges de certaines conditions à risque augmente (comme c'est le cas pour l'obésité et le diabète), cet accroissement s'ajoutera à l'effet démographique, augmentant d'autant le nombre de cas dans la population. Et, comme ces conditions physiologiques constituent des facteurs de risque majeurs pour plusieurs problèmes de santé (maladies cardiovasculaires, problèmes ostéo-articulaires, complications associées au diabète, etc.), ces problèmes toucheront davantage d'individus. La nécessité de limiter la croissance de ces conditions à risque dans la population apparaît donc clairement, dans le contexte des changements démographiques que nous traversons.

En ce qui a trait aux comportements à risque, les variations selon l'âge sont plus diversifiées. Dans le cas de la consommation insuffisante de fruits et légumes, la progression avec l'âge est peu accentuée : de 42 % chez les 18-34 ans, la prévalence de ce comportement passe à environ 55 % chez les 35-64 ans puis aux environs de 60 % chez les individus de 65 ans et plus. Par ailleurs, 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 chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Le tabagisme est le seul comportement étudié dont la prévalence diminue avec l'âge. Le tiers des 18-34 ans sont des fumeurs. Cette proportion baisse à environ 27 % chez les 35-54 ans, puis diminue constamment par la suite pour atteindre 8 % chez les personnes de 75 ans et plus; il faut par contre mentionner que la moitié des individus de 45 ans et plus sont des ex-fumeurs et que, dépendamment du nombre d'années pendant lesquelles ils ont fumé, ils peuvent être confrontés à des problèmes de santé associés au tabagisme malgré qu'ils aient cessé de fumer.

❖ *Des conséquences sur le moral des individus atteints de maladies chroniques*

Les maladies chroniques touchent un grand nombre d'individus et ont un impact notamment sur la qualité de vie et le vécu psychoaffectif. Un autre constat important de l'enquête est que les personnes atteintes de certaines maladies chroniques sont davantage touchées par la détresse psychologique (mesurée dans l'enquête par une série de 29 questions)⁷. C'est le cas des individus atteints de MPOC, de troubles dus à un AVC et d'asthme : la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique dans ces trois groupes se situe respectivement à 22 %, 19 % et 13 %, ce qui est de deux à trois fois plus élevé que ce que l'on observe chez les individus non atteints de la maladie en question. Le caractère incapacitant de ces maladies semble donc avoir un impact négatif sur le moral des gens qui en sont atteints.

7. L'échelle de détresse psychologique à 29 énoncés développée par Ilfeld a été utilisée.

Les données indiquent de plus que la prévalence de la détresse psychologique s'accroît constamment à mesure qu'augmente le nombre de maladies chroniques auxquelles est confronté l'individu. Cette proportion passe progressivement de 5 % dans le groupe de personnes ne déclarant aucune maladie chronique à 24 % chez celles déclarant trois maladies chroniques ou plus.

Ces constats soulignent d'une autre façon l'importance de prévenir l'apparition de maladies chroniques incapacitantes et l'impact positif que ces efforts de promotion de la santé et de prévention de la maladie pourraient avoir sur la réduction de la détresse psychologique au sein de la population.

❖ *Le mot de la fin*

Les constats et commentaires contenus dans les pages précédentes font suite à la rédaction des trois volumes qui constituent un état de situation régional en ce qui a trait à certaines maladies chroniques et à leurs déterminants. Le lecteur intéressé à fouiller davantage certains aspects de cette réalité est invité à consulter chacun de ces volumes, présentés en introduction. Il y trouvera, selon ses besoins, des informations détaillées sur chacune des maladies chroniques, des conditions physiologiques à risque et chacun des facteurs de risque inclus dans l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*. Cette lecture pourra certes alimenter sa réflexion concernant les enjeux et les défis que posent la prévention des maladies chroniques et l'amélioration de l'état de santé de la population régionale.

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'enquête¹ disponible sur le site Internet de l'Agence (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 du 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.

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	$\pm 3,7 \%$
Saguenay–Lac-Saint-Jean	4 941	$\pm 1,7 \%$

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-dénombrement².

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

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.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, document de travail, avril 2007, 44 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Direction de santé publique, *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec, 2007, 162 p.

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*.

