



Les maladies chroniques

Un problème en croissance

La Direction de la santé publique se préoccupe depuis de nombreuses années de la prévention des maladies chroniques. Les rapports de la directrice de santé publique se sont penchés sur la problématique de l'obésité et sur les environnements physiques sains et sécuritaires, tous deux en lien avec les maladies chroniques. De plus, le rapport 2007 *Pour des communautés en santé: des environnements sociaux solidaires* illustre, entre autres, le lien entre la défavorisation matérielle et sociale et la mortalité pour certaines maladies chroniques.

Dans le contexte actuel du développement des réseaux clinico-administratifs sur les maladies chroniques et l'établissement du projet clinique des réseaux locaux de services (RLS), il est pertinent de rassembler les principales données concernant le cancer, les maladies de l'appareil circulatoire et le diabète en Montérégie.

Les maladies chroniques figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité en Montérégie. En 2005, près de 130 000 Montérégiens de 12 ans et plus déclaraient souffrir de diabète, d'une maladie cardiaque ou d'un cancer. De plus, le cancer et les

maladies de l'appareil circulatoire comptent, à eux seuls, pour près de 70 % des décès.

L'objectif de ce fait saillant est de documenter les principales maladies chroniques ainsi que les facteurs de risque qui s'y rattachent en lien avec l'obésité ou la qualité des environnements physiques. Le cancer, les maladies de l'appareil circulatoire et le diabète, en raison de l'importance de leur fardeau, feront l'objet de ce document. Règle générale, la prévalence, la morbidité hospitalière et la mortalité serviront à décrire chacune de ces maladies chroniques. À l'occasion, les différences entre les RLS et le reste du Québec seront mentionnées.

Le cancer

Il existe plusieurs types de cancer. Ils se caractérisent tous par une croissance désordonnée de cellules anormales et leur propagation dans certaines parties du corps (Santé Canada, 2007). La moitié de tous les cas de cancer pourraient être évités par l'adoption de saines habitudes de vie à la maison, à l'école et dans les loisirs (Agence de santé publique du Canada, 2007).

EN UN COUP D'ŒIL

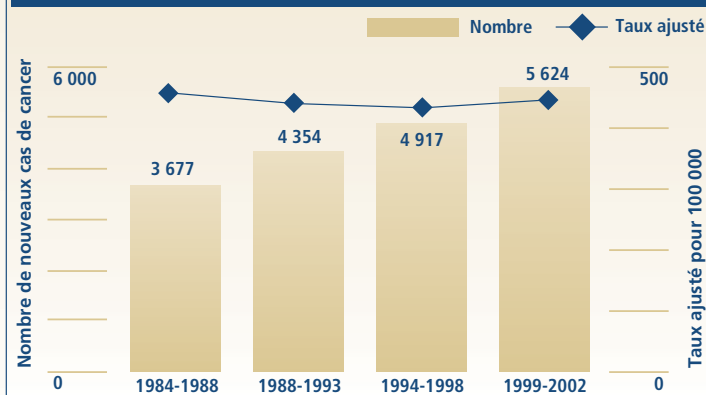
- 👉 Depuis les 20 dernières années, le taux d'incidence et de mortalité par cancer du poumon a diminué parmi la population masculine.
- 👉 Le cancer est maintenant la principale cause de décès en Montérégie. Depuis les 20 dernières années, le taux de mortalité par cancer du poumon chez la femme a augmenté d'environ 65 %.
- 📍 En Montérégie, seul le RLS Haut-Richelieu–Rouville présente un taux d'incidence du cancer du poumon chez la femme significativement plus élevé que celui du reste du Québec.

Incidence

Entre 1999 et 2002, on dénombrait en moyenne 5 624 nouveaux cas de cancer par an. Depuis près de 20 ans, ce nombre a augmenté de plus de 50 %. Cependant, lorsqu'on considère l'accroissement de la population et le vieillissement, on constate que le taux ajusté d'incidence du cancer a diminué d'environ 3 %, passant de 478 à 465 pour 100 000 (figure 1).

Lorsqu'on compare le taux d'incidence du cancer chez les hommes et les femmes, on remarque que celui des hommes (542/100 000) est 30 % plus élevé que celui des femmes (418/100 000). Cependant, entre 1984-1988 et 1999-2002, le taux d'incidence du cancer chez les hommes a diminué de 9 %, tandis que celui des femmes a augmenté de 3 %.

FIGURE 1 Nombre et taux ajusté d'incidence du cancer, Montérégie, 1984-1988 à 1999-2002



Sources : Fichier des tumeurs (MSSS)
Perspectives démographiques 2001-2026 (ISQ, 2005)

Petit lexique

PRÉVALENCE

Nombre ou proportion de personnes atteintes d'une maladie à un moment donné. La prévalence détermine l'ampleur relative du problème.

Les données de prévalence proviennent principalement de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les questions sur les maladies chroniques concernent les Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé et portent sur des problèmes de santé autorapportés, mais diagnostiqués par un professionnel de la santé et qui durent depuis six mois ou plus.

Les proportions tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sont des estimations et comportent une certaine marge d'erreur illustrée par l'intervalle de confiance à 95 % (IC à 95 %).

INCIDENCE

Nombre ou proportion de nouveaux cas d'une maladie parmi la population susceptible d'être atteinte du problème au cours d'une période donnée.

Les données d'incidence du cancer proviennent du Fichier des tumeurs du Québec.

HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE

Ces données proviennent du fichier MED-ÉCHO et correspondent au diagnostic principal pour lequel la personne est hospitalisée. Les hospitalisations donnent un aperçu du fardeau de la maladie au regard d'un certain type de soin.

Les données présentées sont basées sur le nombre d'hospitalisations et non sur le nombre de personnes hospitalisées. De plus, ces données concernent la population d'un territoire donné sans égard au lieu d'hospitalisation.

MORTALITÉ

La mortalité est un indicateur de la gravité du problème.

Les données de mortalité proviennent du Fichier des décès et correspondent à la cause initiale du décès. Les causes sont codées selon la classification internationale des maladies (CIM).

L'adoption de la 10^e révision de la CIM à partir de l'année 2000 a eu pour effet d'introduire des perturbations majeures dans l'analyse temporelle de certaines causes de décès puisqu'elle est non comparable à la version antérieure (CIM-9). En conséquence, on observe une discontinuité dans les tendances entre 1999, dernière année de la CIM-9 et 2000, première année de la CIM-10. (Centers for Disease Control and prevention, 2001).

Chez l'homme, les trois sièges de cancer pour lesquels l'incidence est la plus élevée sont : le poumon, la prostate et le côlon-rectum. Par rapport à 1984-1988, le taux d'incidence du cancer du poumon a régressé, tandis que la tendance pour les autres types de cancer est demeurée relativement stable (figure 2).

Chez la femme, le sein, le poumon et le côlon-rectum figurent parmi les principaux sièges de cancer incidents. Par rapport à 1984-1988, on assiste à une augmentation des taux d'incidence du cancer du poumon et du cancer du sein de près de 60 % et 10 % respectivement (figure 3).

En 1999-2002, le taux ajusté d'incidence du cancer en Montérégie est comparable à celui du reste du Québec. Il en est de même pour la majorité des RLS. Seul le RLS Haut-Richelieu-Rouville présente un taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes (75 pour 100 000) significativement plus élevé que celui du reste du Québec (58 pour 100 000).

La fumée de tabac secondaire, l'un des principaux contaminants de l'air intérieur, contient une cinquantaine de produits cancérigènes impliqués, entre autres, dans le cancer du poumon.
(Direction de santé publique de la Montérégie, 2006)

Prévalence

Les données de prévalence du cancer sont utiles pour estimer le fardeau sur le système de santé attribuable aux traitements requis (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, traitement de soutien) et pour le suivi afin de déceler des récurrences. (Louchini, R. et coll., 2004).

En 2005, en Montérégie, plus de 11 000 personnes âgées de 12 ans ou plus ont rapporté souffrir d'un cancer, soit environ 1 % de la population. Cette proportion est semblable chez les hommes et chez les femmes, mais augmente de façon significative avec l'âge alors que près de 3 % de la population de 65 ans et plus rapporte souffrir d'un cancer. De plus, environ 54 000 personnes rapportent avoir déjà souffert d'un cancer.

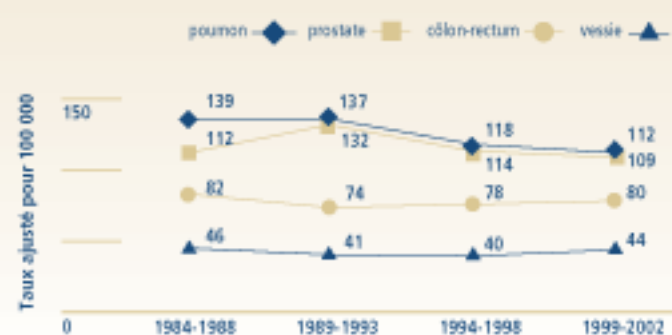
Hospitalisations

En Montérégie, pour la période 2000-2004, 8 % des hospitalisations en soins physiques de courte durée, soit 7 750 hospitalisations chaque année, touchaient une personne atteinte d'un cancer.

Dans la dernière décennie, le taux ajusté d'hospitalisations pour tumeurs malignes a diminué de près de 20 %, passant de 76 à 62 hospitalisations pour 10 000 personnes. De plus, en 2000-2004, le risque d'être hospitalisé pour un cancer est 30 % plus élevé chez les hommes (71 pour 10 000) que chez les femmes (55 pour 10 000).

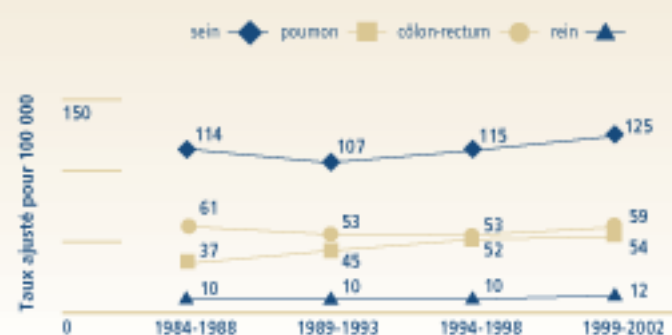
En 2000-2004, la Montérégie (62 pour 10 000) ne se distingue pas du reste du Québec (62 pour 10 000) quant aux taux d'hospitalisations pour tumeurs. Seuls les RLS Jardins-Roussillon (66 pour 10 000) et Richelieu-Yamaska (67 pour 10 000) présentent des excédents significatifs d'hospitalisations.

FIGURE 2 Incidence du cancer selon les principaux sièges chez les hommes (taux ajusté)



Sources : Fichier des tumeurs (MSSS)
Perspectives démographiques 2001-2026 (SQ, 2005)

FIGURE 3 Incidence du cancer selon les principaux sièges chez les femmes (taux ajusté)



Sources : Fichier des tumeurs (MSSS)
Perspectives démographiques 2001-2026 (SQ, 2005)

Mortalité

En ce qui concerne le nombre de décès, le cancer supplante maintenant les maladies de l'appareil circulatoire pour la première fois depuis plusieurs décennies. En moyenne par an, 2 780 Montérégiens sont décédés d'un cancer pendant la période 2000-2003.

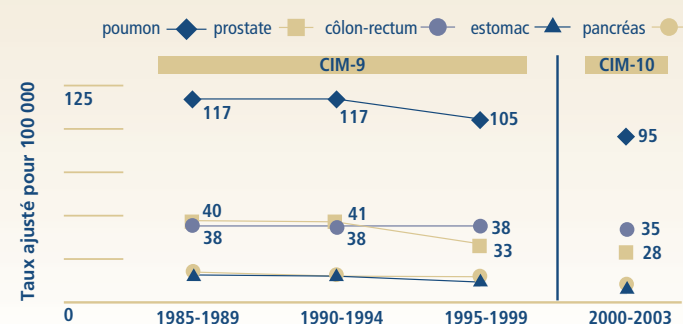
L'Organisation mondiale de la Santé rapporte que le risque général de mortalité dû au cancer est d'environ 1,3 fois plus élevé chez les hommes obèses et d'environ 1,6 fois plus élevé chez les femmes obèses que chez les hommes et les femmes ayant un poids santé.

(Direction de santé publique de la Montérégie, 2005)

Chez les **hommes**, c'est le cancer du poumon, suivi de loin par le cancer du côlon-rectum et celui de la prostate qui ont fait le plus de victimes (figure 4). Chez les **femmes**, c'est également le cancer du poumon qui arrive au premier rang de la mortalité par cancer, suivi du cancer du sein et du cancer du côlon-rectum (figure 5).

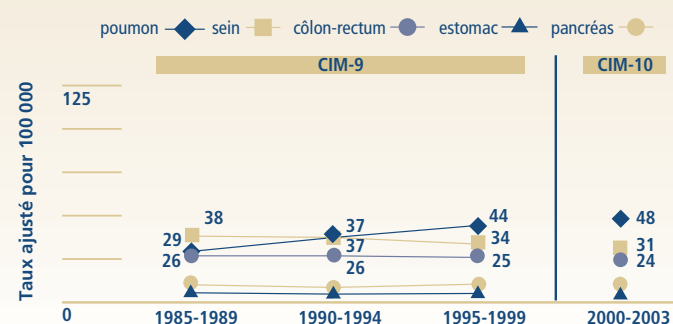
En 2000-2003, les taux de mortalité par cancer en Montérégie et au niveau des RLS sont semblables à ceux observés dans le reste de la province. Les taux de mortalité sont à la baisse, et ce, pour les principaux sièges de cancer, sauf pour le **cancer du poumon chez la femme, qui a augmenté d'environ 65 %** depuis près de 20 ans.

FIGURE 4 Mortalité par tumeurs malignes selon les principaux sièges chez les hommes (taux ajusté)
Montérégie, 1985-1989 à 2000-2003



Sources : Fichier des décès (MSSS)
Perspectives démographiques 2001-2026 (ISQ, 2005)

FIGURE 5 Mortalité par tumeurs malignes selon les principaux sièges chez les femmes (taux ajusté)
Montérégie, 1985-1989 à 2000-2003



Sources : Fichier des décès (MSSS)
Perspectives démographiques 2001-2026 (ISQ, 2005)

Maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies de l'appareil circulatoire comprennent les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires ainsi que les maladies des artères. Les maladies de l'appareil circulatoire comptent parmi les principales causes de décès et sont une source importante d'incapacité chez les Montérégiens qui en souffrent.

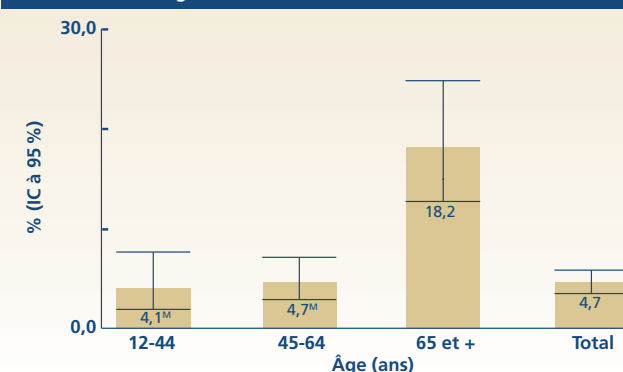
EN UN COUP D'ŒIL

- Le taux de mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire a diminué de plus de 40 % depuis près de 20 ans.
- En comparaison avec le reste du Québec, on observe en Montérégie un excédent significatif de décès par maladies de l'appareil circulatoire, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Cette surmortalité est attribuable aux cardiopathies ischémiques et persiste depuis au moins une vingtaine d'années.
- Les RLS du Haut-Saint-Laurent, de la Haute-Yamaska, Haut-Richelieu-Rouville, Richelieu-Yamaska et du Suroît présentent des surplus significatifs de décès par cardiopathie ischémique comparativement au reste du Québec.

Prévalence

En 2005, près de 5 % de la population montérégienne de 12 ans et plus a rapporté souffrir d'une maladie cardiaque, soit plus de **54 000** personnes. Cette proportion est significativement plus élevée chez les hommes (6,8 %) que chez les femmes (2,5 %). De plus, la prévalence des maladies cardiaques augmente de façon significative avec l'âge, alors que près d'une personne sur cinq, âgée de 65 ans et plus, rapporte souffrir d'une maladie cardiaque (figure 6). Entre 1987 et 2005, la prévalence des maladies cardiaques est passée de 3,7 % à 4,7 %.

FIGURE 6 Prévalence des maladies cardiaques selon l'âge
Population de 12 ans et plus vivant en ménage privé
Montérégie, 2005



^M: C.V. entre 16,6 % et 33,3 %. Interpréter avec prudence.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005 (Statistique Canada)

Hospitalisations

Les maladies de l'appareil circulatoire sont de loin la cause principale de séjour hospitalier, représentant près de 20 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée. On dénombre annuellement, en Montérégie, **17 540** hospitalisations pour une maladie de l'appareil circulatoire (figure 7).

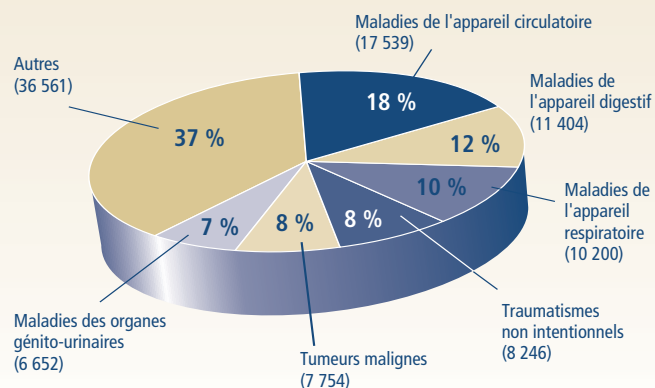
Depuis près de 15 ans, le taux ajusté d'hospitalisations pour maladie de l'appareil circulatoire a diminué de 16 % en Montérégie, passant de 170 à 143 pour 10 000. En 2000-2004, les RLS du Haut-Saint-Laurent, du Suroît, Jardins-Roussillon, Haut-Richelieu-Rouville et de la Haute-Yamaska affichaient des taux ajustés d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire significativement plus élevés que celui du reste du Québec.

Mortalité

Entre 2000-2003, **2 720** Montérégiens sont décédés en moyenne par an d'une maladie de l'appareil circulatoire. Ces décès représentent près du tiers de tous les décès survenus chez les Montérégiens. Depuis près de 20 ans, le nombre de décès attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire a diminué d'environ 4 % tandis que le taux de mortalité a diminué de plus de 40 %.

La mortalité par maladie de l'appareil circulatoire touche davantage les hommes que les femmes (figure 8).

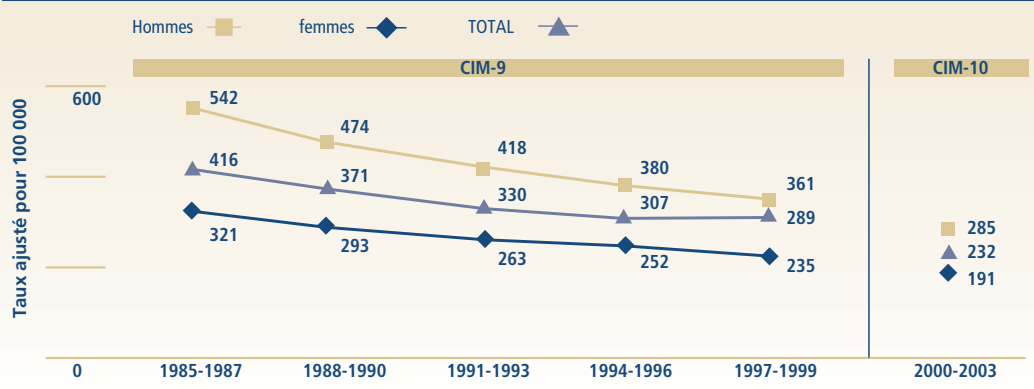
FIGURE 7 Répartition des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon les principales causes (nombre, %) Montérégie, 2000-2004



Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (MSSS)

En Montérégie, la pollution atmosphérique serait responsable annuellement de 15 % des admissions hospitalières en lien avec les problèmes cardiovasculaires.
(Direction de santé publique de la Montérégie, 2006)

FIGURE 8 Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe (taux ajusté) Montérégie, 1985-1987 à 2000-2003

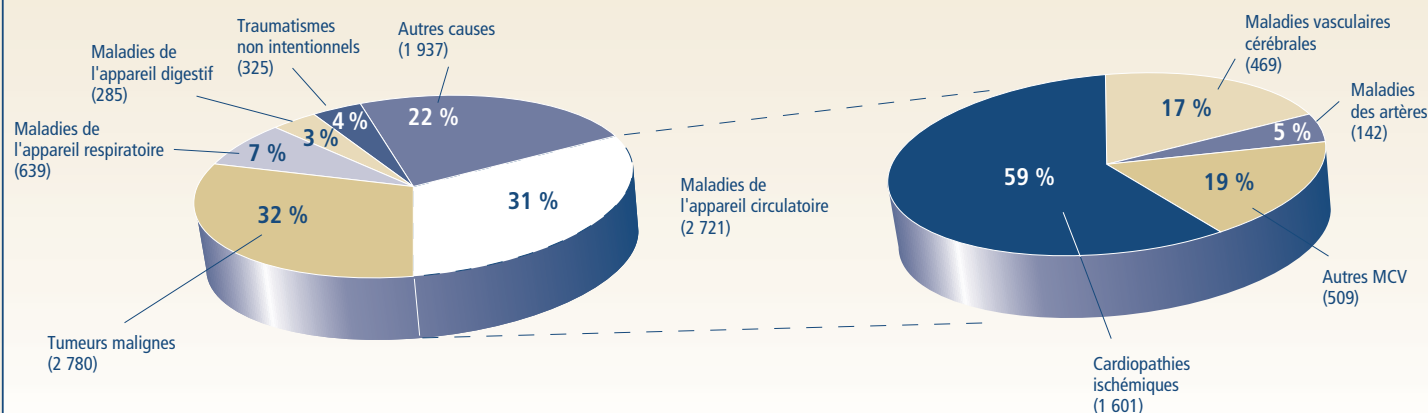


Sources : Fichier des décès (MSSS)
Perspectives démographiques 2001-2026 (ISQ, 2005)

En effet, le taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes est environ 50 % plus élevé que celui des femmes. Cependant, depuis les 20 dernières années, l'écart dans les taux ajustés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre les hommes et les femmes a diminué de près de 30 %.

Parmi les maladies de l'appareil circulatoire, près de 60 % des décès sont dus à des cardiopathies ischémiques (principalement des infarctus aigus du myocarde) (figure 9). De plus, près de deux personnes sur trois qui décèdent d'une cardiopathie ischémique sont âgées de 75 ans ou plus.

FIGURE 9 Répartition des décès selon le diagnostic principal (nombre, %) Montérégie, 2000-2003



Source : Fichier des décès (MSSS)

En Montérégie, en comparaison au reste du Québec, on constate un excès significatif de décès par maladies de l'appareil circulatoire, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Cet excédent de décès est attribuable aux cardiopathies ischémiques et est manifeste depuis au moins une vingtaine d'années, et ce, dans plusieurs RLS. Ainsi, en 2000-2003, les RLS du Haut-Saint-Laurent, de la Haute-Yamaska, Haut-Richelieu-Rouville, Richelieu-Yamaska et du Suroît présentent des surplus significatifs de décès par cardiopathie ischémique comparativement au reste du Québec (tableau 1).

Le surplus de poids est associé à une augmentation de l'hypertension, à l'élévation des taux de LDL et de triglycérides, à la diminution des taux de HDL ainsi qu'à une altération de la tolérance au glucose, qui sont tous des facteurs de risque des maladies de l'appareil circulatoire. (Direction de santé publique de la Montérégie, 2005)

TABLEAU 1 Mortalité par cardiopathies ischémiques (nombre et taux ajusté) RLS, Montérégie et Québec, 1985-1989 à 2000-2003

RLS	CIM-9									CIM-10		
	1985-1989			1990-1994			1995-1999			2000-2003		
	n ¹	taux ²	p ³	n ¹	taux ²	p ³	n ¹	taux ²	p ³	n ¹	taux ²	p ³
du Haut-Saint-Laurent	64	298	(++)	50	221		61	248	(++)	45	168	(++)
de la Haute-Yamaska	116	244		126	211		136	195	(++)	130	161	(++)
Haut-Richelieu-Rouville	220	261	(++)	213	208		232	193	(++)	212	153	(++)
du Suroît	115	265	(+)	110	212		101	170		99	148	(+)
Richelieu-Yamaska	260	223		291	212	(++)	268	172		258	146	(++)
La Pommeraie	91	207		93	183		92	162		90	145	
Jardins-Roussillon	178	243		178	199		186	175		180	139	
Pierre-Boucher	249	234		258	191		275	173		240	134	
de Sorel-Tracy	99	243		90	186		77	140		72	118	
Vaudreuil-Soulanges	108	223		100	171		112	162		94	118	
Champlain	207	227		234	198		233	164		182	105	(--)
MONTÉRÉGIE	1 710	238	(++)	1 744	200	(++)	1 771	174	(++)	1 601	136	(++)
QUÉBEC	11 500	228		11 064	188		10 794	163		9 217	123	

¹ Nombre annuel moyen de décès

² Taux ajusté pour 100 000 personnes.

³ (+), (-) : différence significative avec le reste du Québec à un seuil de 5 % en tenant compte du nombre de territoires comparés

(++), (--) : différence significative avec le reste du Québec à un seuil de 1 % en tenant compte du nombre de territoires comparés

Sources : Fichier des décès (MSSS)

Perspectives démographiques 2001-2026 (ISQ, 2005)

Le diabète

Le diabète est une affection chronique causée par l'incapacité du corps de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser comme il se doit (Santé Canada, 2002). L'impact du diabète sur la santé tient aux complications de la maladie et non à l'existence d'une hyperglycémie. À long terme, le diabète entraîne des lésions dans de nombreux organes importants du corps en agissant sur la circulation, en causant des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) une insuffisance rénale, la cécité et une atteinte des nerfs périphériques.

Ces complications mènent souvent à l'hospitalisation et à une mort prématurée. Le diabète est toutefois une maladie évitable. Pour la prévenir, il faut faire des efforts à l'échelle individuelle, une intervention communautaire et un changement dans l'environnement. (Association Canadienne du diabète, 2003).

EN UN COUP D'ŒIL

- 👉 L'âge moyen au décès des personnes diabétiques a augmenté, passant de 73 à 75 ans entre 1985-1989 et 2000-2003.
- 👉 Depuis près de 20 ans, les enquêtes de santé décèlent une tendance à la hausse de la prévalence du diabète chez les personnes de 12 ans et plus.
- 👉 Les RLS Jardins-Roussillon, du Haut-Saint-Laurent, du Suroît et Pierre-Boucher présentent des taux ajustés de prévalence du diabète plus élevés que celui du Québec.

Prévalence

La prévalence du diabète est estimée à l'aide du *Système québécois de surveillance du diabète*, conçu à partir de fichiers administratifs tels le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier d'inscription des personnes assurées et le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.

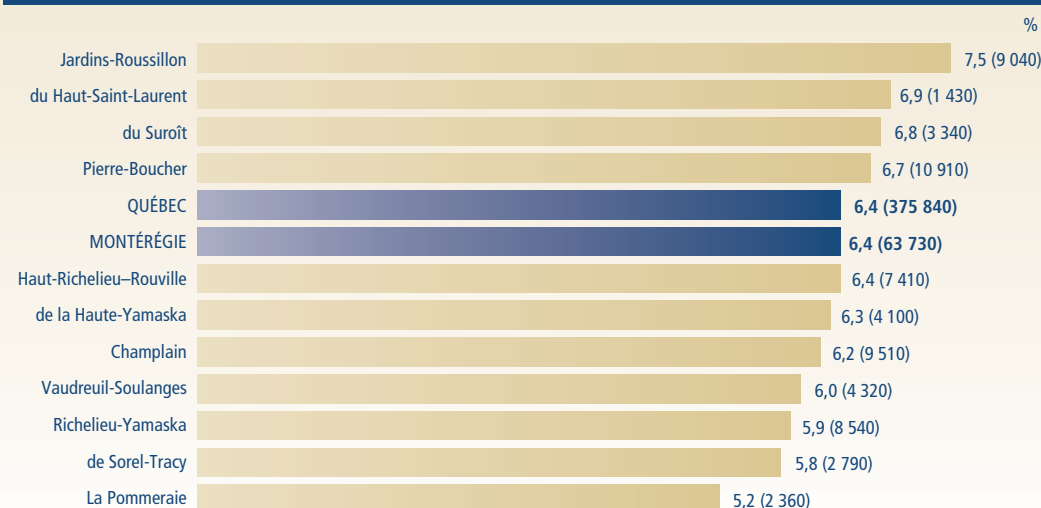
Une étude a révélé qu'environ le tiers des cas de diabète n'étaient pas diagnostiqués (Young, 2001). Il pourrait donc y avoir plus de 95 000 personnes diabétiques en Montérégie.

En Montérégie, en 2003-2004, on recense environ 63 730 personnes souffrant de diabète (34 480 hommes et 29 250 femmes), soit 6,4 % de la population de 20 ans et plus. Le taux ajusté de prévalence du diabète est près de 40 % plus élevé chez les hommes (7,4 %) que chez les femmes (5,4 %).

La prévalence du diabète augmente avec l'âge, touchant 1,4 % des personnes de 20 à 44 ans comparativement à 19,4 % des personnes de 65 ans et plus.

La prévalence du diabète, en Montérégie, est comparable à celle du Québec alors que dans les deux cas, 6,4 % de la population de 20 ans et plus en est atteinte. Cependant, l'analyse par RLS montre certaines disparités. En effet, quatre territoires présentent des taux ajustés de prévalence du diabète plus élevés que celui du Québec et de la Montérégie: les RLS Jardins-Roussillon, du Haut-Saint-Laurent, du Suroît et Pierre-Boucher (figure 10).

FIGURE 10 Prévalence du diabète (nombre et taux ajusté), population de 20 ans et plus RLS, Montérégie et Québec, 2003-2004



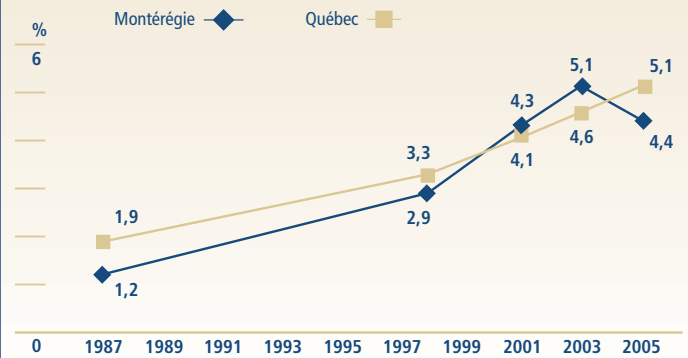
Source : Système québécois de surveillance du diabète (INSPQ)

Avec le vieillissement de la population et l'accroissement du taux d'embonpoint et d'obésité, on s'attend à une augmentation du nombre de cas de diabète dans la population. En effet, en Montérégie, trois diabétiques de 18 ans et plus sur quatre souffrent d'embonpoint comparativement à 49 % des non-diabétiques. Globalement, la prévalence du diabète de type 2 suit celle de l'obésité. (Direction de santé publique de la Montérégie, 2005)

Certaines maladies chroniques, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires sont tributaires de l'étalement urbain auquel fait face la Montérégie. En effet, l'urbanisation de la Montérégie, par la création de banlieue, incite à l'usage excessif de la voiture au détriment du transport actif favorisant ainsi l'embonpoint et les problèmes de santé qui y sont associés.
(Direction de santé publique de la Montérégie, 2006)

Depuis près de 20 ans, les enquêtes de santé décèlent une tendance à la hausse de la prévalence du diabète chez les personnes de 12 ans et plus. Cette tendance à la hausse est encore plus apparente au niveau provincial où la prévalence a presque triplé pendant cette période (figure 11).

FIGURE 11 Prévalence du diabète (taux brut)
Population de 12 ans et plus vivant en ménage privé
Montérégie et Québec, 1987 à 2005



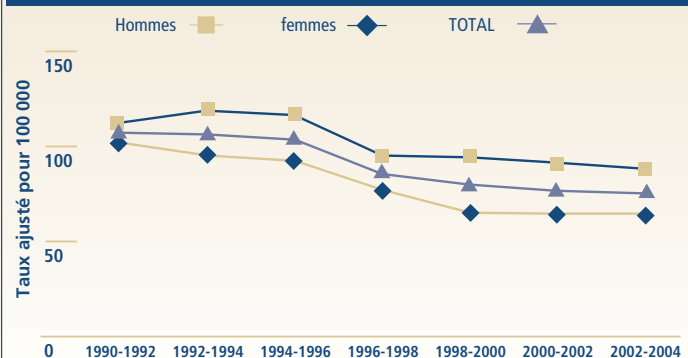
Sources : Enquête sociale et de santé 1987, 1998 (sorties spéciales 2005) (ISQ)
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, 2003, 2005 (Statistique Canada)

Hospitalisations

On dénombre annuellement, chez les Montérégiens, près de 1 000 hospitalisations dont la cause principale est le diabète. Cependant, lorsqu'on considère le diagnostic secondaire, on constate que près de 14 000 hospitalisations, soit 14 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée, touchent des personnes diabétiques. Parmi les hospitalisations concernant une personne diabétique, le tiers est lié à une maladie de l'appareil circulatoire.

Depuis une quinzaine d'années, le taux d'hospitalisations pour diabète a diminué de près de 30 % (figure 12).

FIGURE 12 Hospitalisations en soins physique de courte durée pour diabète (taux ajusté)
Montérégie, 1990-1992 à 2002-2004



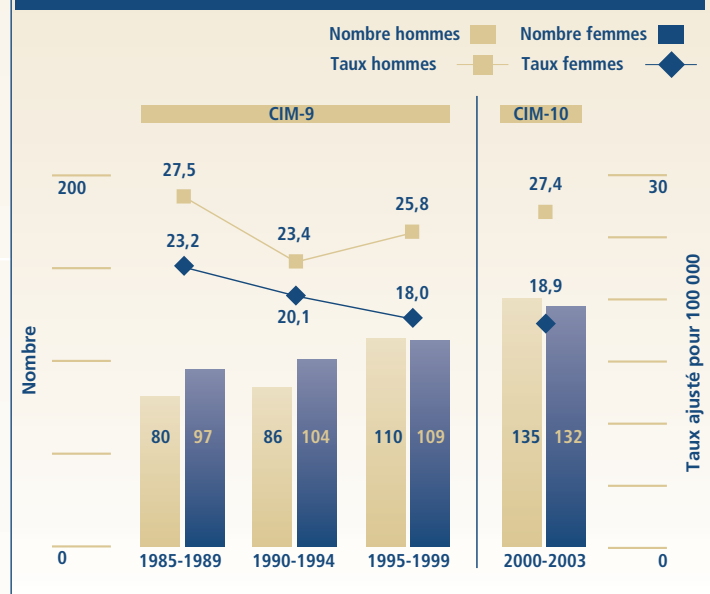
Sources : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (MSSS)
Perspectives démographiques 2001-2026 (ISQ, 2005)

Mortalité

En Montérégie, environ 270 personnes décèdent en moyenne chaque année du diabète. Ce sont généralement les complications tardives associées au diabète, comme la cardiopathie ischémique, qui entraînent la mort des personnes diabétiques et, dans la majorité des cas, ce sont ces complications qui sont notées comme étant la cause sous-jacente du décès. Selon une étude de Statistique Canada, le nombre réel de décès dans lequel le diabète a joué un rôle est probablement cinq fois plus élevé. Ceci représenterait 1 330 décès attribuables au diabète en Montérégie (Santé Canada, 2002).

Le nombre de décès causés par le diabète a augmenté de 50 % depuis les 20 dernières années. Cette augmentation est plus importante chez les hommes (68 %) que chez les femmes (36 %). Lorsqu'on examine les taux ajustés de mortalité pour diabète, on constate que le taux chez les hommes est à la hausse depuis 1990-1994, alors que celui des femmes est relativement stable depuis la même période (figure 13). L'âge moyen au décès des personnes diabétiques a augmenté, passant de 73 à 75 ans entre 1985-1989 et 2000-2003.

FIGURE 13 Nombre et taux ajusté de mortalité par diabète selon le sexe
Montérégie, 1985-1989 à 2000-2003



Sources : Fichier des décès (MSSS)
Perspectives démographiques 2001-2026 (ISQ, 2005)

Les facteurs de risque

Les maladies chroniques n'arrivent généralement pas par hasard ou par malchance. Bien que l'hérédité et l'environnement jouent un certain rôle, la survenue des maladies chroniques est engendrée par l'adoption de comportements dommageables pour la santé. Le tabagisme, une mauvaise alimentation et le manque d'activité physique sont des facteurs de risque communément associés au développement de nombreuses maladies chroniques. L'aménagement d'environnements favorables est essentiel à l'adoption de saines habitudes de vie.

Le tabagisme

En Montérégie en 2005, plus de 250 000 personnes de 15 ans et plus fument régulièrement (18 %) ou à l'occasion (5 %). Depuis 1987, la prévalence du tabagisme chez les personnes de 15 ans et plus a diminué de plus de 50 %, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (figure 14). Malgré cet important déclin, le tabagisme est la cause principale de décès évitable, entraînant près de 3 400 décès annuellement en Montérégie, soit 40 % de l'ensemble des décès. Une bonne partie des décès par cardiopathie ischémique, cancer du poumon, maladie vasculaire cérébrale, maladie chronique des voies respiratoires inférieures ainsi que d'autres cancers pourraient être évités par le simple fait de ne pas fumer.

L'alimentation

Les mauvaises habitudes alimentaires contribuent à l'apparition de plusieurs maladies chroniques comme l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers.

Une récente enquête régionale révèle qu'en Montérégie, une personne sur deux consomme moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour (Baron et coll., à paraître). De plus, les RLS du Haut-Saint-Laurent et Champlain affichent des proportions significativement plus élevées que celle de la Montérégie (figure 15). Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, la situation est pire chez les hommes que chez les femmes (Dufour, 2006).

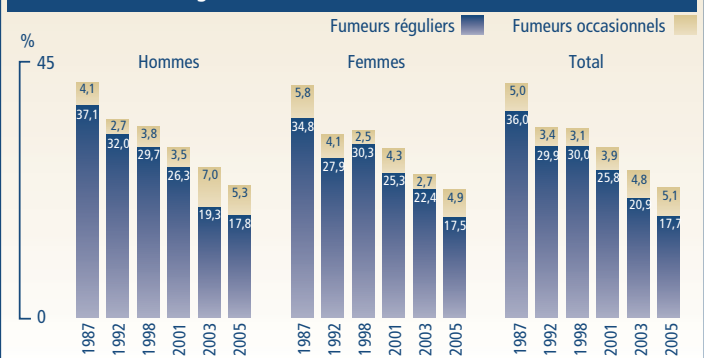
L'activité physique

La pratique régulière d'activité physique réduit les risques de maladies cardiovasculaires, de cancer du côlon, de diabète et d'hypertension (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2007).

En 2005 en Montérégie, seulement 40 % des hommes et 35 % des femmes de 18 ans et plus étaient suffisamment actifs durant leurs loisirs pour en tirer des bénéfices pour la santé. À l'opposé, environ un adulte sur quatre étaient sédentaire. Le manque d'activité physique n'est pas limité aux adultes. En effet, chez les jeunes de 12 à 17 ans, seulement 44 % des garçons et 31 % des filles sont très actifs (figure 16).

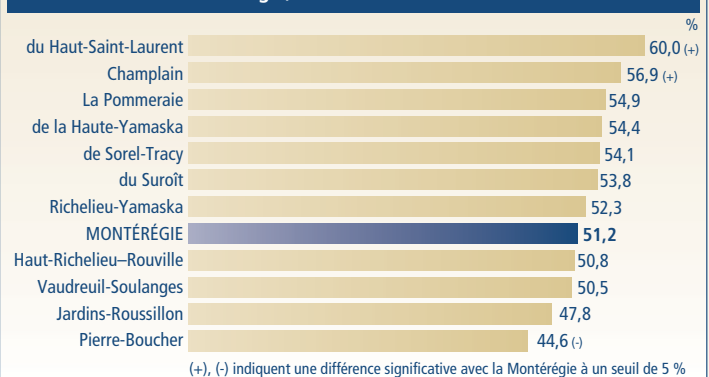
Recommandations de Kino-Québec : Chez les **jeunes** au moins 1 heure d'activité physique d'intensité modérée à une fréquence d'au moins 5 fois par semaine. Chez les **adultes** au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée à une fréquence d'au moins 3 fois par semaine.

FIGURE 14 Prévalence des fumeurs selon le sexe
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé
Montérégie, 1987 à 2005



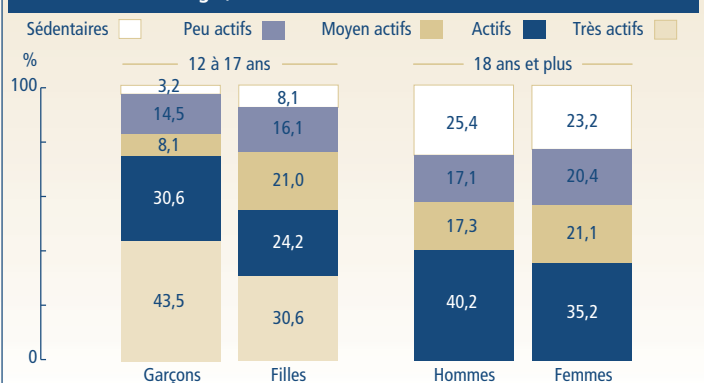
Sources : Enquête sociale et de santé 1987, 1998 (sorties spéciales 2005) (ISQ)
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, 2003, 2005 (Statistique Canada)

FIGURE 15 Prévalence des personnes consommant moins de 5 portions
de fruits ou de légumes par jour - Population de 18 ans et plus
RLS et Montérégie, 2005



Source : Baron et coll., à paraître.

FIGURE 16 Niveau d'activité physique de loisir selon l'âge et le sexe
Montérégie, 2005



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005 (Statistique Canada)

Embonpoint et obésité

Les personnes obèses présentent un risque accru d'hypertension, de maladies du cœur, de diabète et de certains cancers.

En Montérégie, en 2005, environ 51 % des personnes de 18 ans et plus présentaient un surplus de poids, soit 36 % de l'embonpoint et 15 % de l'obésité (données autorapportées). Par rapport à 1987, la proportion de personnes souffrant d'embonpoint a augmenté de près de 30 %, tandis que l'obésité a augmenté de 67 % (figure 17).

La prévalence du surplus de poids en Montérégie varie de 47 % à 60 % selon les RLS. Le RLS du Haut-Saint-Laurent présente une prévalence significativement plus élevée (60 %) que celle de la Montérégie (Dufour, 2007).

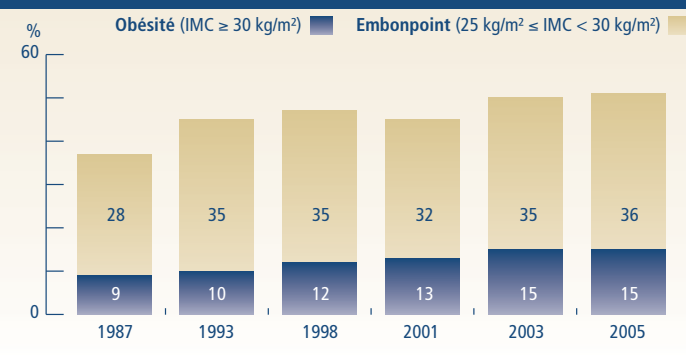
Les données de surplus de poids sont basées sur des mesures de poids et de taille autodéclarées plutôt que mesurées. Cela a pour conséquence de sous-estimer la fréquence de l'embonpoint et de l'obésité. (Direction de santé publique de la Montérégie, 2005)

Hypertension

L'hypertension constitue un important facteur de risque de plusieurs des principales causes de morbidité et de mortalité, dont les maladies de l'appareil circulatoire (Fondation des maladies du cœur, 1999).

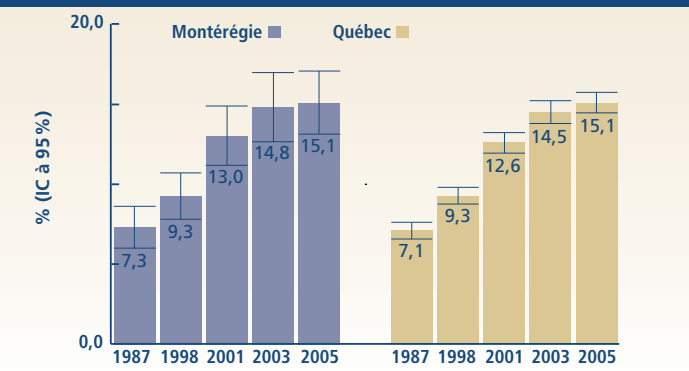
En 2005, 15 % de la population de 12 ans et plus rapportait souffrir d'hypertension, soit près de 177 000 Montérégiens. L'hypertension augmente avec l'âge, passant de 3 % chez les 12 à 44 ans à 24 % chez les 45-64 ans et 45 % chez les 65 ans et plus. Depuis 1987, la prévalence de l'hypertension a plus que doublé, passant d'environ 7 % à 15 % (figure 18).

FIGURE 17 Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité
Population de 18 ans et plus vivant en ménage privé
Montérégie, 1987 à 2005



Sources : Enquête sociale et de santé 1987, 1998 (sorties spéciales 2005) (ISQ)
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, 2003, 2005 (Statistique Canada)

FIGURE 18 Prévalence de l'hypertension
Population de 12 ans et plus vivant en ménage privé
Montérégie et Québec, 1987 à 2005



Sources : Enquête sociale et de santé 1987, 1998 (sorties spéciales 2005) (ISQ)
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, 2003, 2005 (Statistique Canada)

Intervenir en promotion des saines habitudes de vie, un choix stratégique

Le lien entre les saines habitudes de vie et le développement des maladies chroniques est maintenant fort bien documenté. Toutefois, le non-usage du tabac, la saine alimentation et la pratique régulière de l'activité physique ne sont pas que l'affaire d'individus. Ce sont des comportements qui s'acquièrent dans des environnements favorables.

Agir sur les environnements

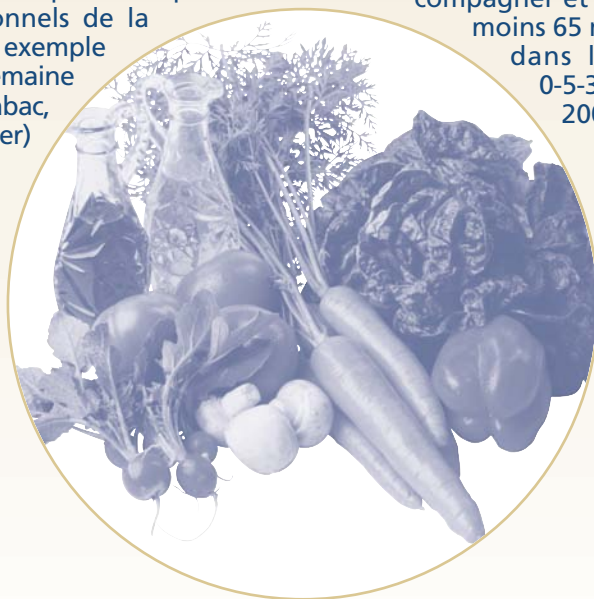
En Montérégie, la Direction de santé publique a fait le choix de promouvoir le programme 0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION. Vivre sans fumée (0 tabagisme), consommer des fruits et des légumes tous les jours (minimum 5 portions) et être actif physiquement de façon régulière (minimum 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée par jour) sont trois habitudes de vie qui ont un impact déterminant sur la santé et le bien-être de la population. Le programme 0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION est déployée dans les milieux de travail, les organismes communautaires et les centres d'éducation aux adultes. Dans ces milieux, ciblés par les territoires de CSSS, trois stratégies d'intervention sont privilégiées : d'abord des actions environnementales telles que promouvoir le non-usage du tabac assorti d'un soutien au fumeur, soutenir une politique alimentaire et instaurer un environnement favorable à l'activité physique. Les deux autres stratégies pour influencer les comportements sont la promotion des pratiques cliniques préventives auprès des professionnels de la santé et les actions éducatives (par exemple les campagnes de promotion: Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, mois de la nutrition, Plaisirs d'hiver) (Schaefer, 2005).

Par ailleurs, les municipalités seront de plus en plus ciblées comme étant des moteurs de création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. Actuellement, nous les rejoignons surtout par le biais des campagnes médiatiques. D'autres stratégies sont à venir pour mobiliser les autorités municipales, par exemple, en mettant en place une politique familiale ou en adhérant à Villes et Villages en santé. L'important, dans tous les cas, sera d'assurer la continuité des interventions mises en place, pour que la préoccupation à l'égard de la promotion de la santé devienne l'affaire de tous.

Rejoindre les aînés

La clientèle des personnes âgées représente un défi important pour les professionnels de la promotion des saines habitudes de vie. Les aînés vivent une réalité particulière au niveau des principaux facteurs de risques reliés aux maladies chroniques. Même s'il y a proportionnellement moins d'aînés qui fument, beaucoup de travail reste à faire pour augmenter chez eux la consommation de fruits et légumes.

Pour aider les Montérégiens à améliorer leurs habitudes de vie, la Direction de santé publique de la Montérégie a choisi de soutenir les CSSS et leur réseau local de services par la mise en place d'un réseau d'agents de promotion de saines habitudes de vie. Le mandat de ces professionnels de la santé est d'accompagner et de soutenir les représentants d'au moins 65 milieux adultes et 25 milieux aînés, dans le déploiement du programme 0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION d'ici 2008.



Bibliographie

Agence de santé publique du Canada. Cancer, [En ligne].
[<http://www.canadian-health-network.ca/>]
(Consulté le 16 avril 2007).

Association Canadienne du diabète (2003). Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Canadian Journal of Diabetes, 27 (2), 172.

Baron et coll. (À paraître) Prévalence du dépistage et du counseling au regard de la prévention des cancers et de certains facteurs de risque des maladies cardiovasculaires en Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Centers for Disease Control and Prevention (2001). Comparability of causes of death between ICD-9 and ICD-10: Preliminary estimates, [En ligne].
[http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr49/nvsr49_02.pdf]
(Consulté le 2 mai 2007).

Centers for Disease Control and Prevention (2007). Physical activity and good nutrition. Essential elements to prevent chronic diseases and obesity, [En ligne].
[<http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/pdf/dnpa.pdf>]
(Consulté le 23 avril 2007).

Direction de santé publique de la Montérégie (2005). Ensemble pour faire contrepoids : face à la progression de l'obésité en Montérégie: Rapport de la directrice de santé publique 2005, Longueuil, ADRLSSS Montérégie, 47 p.

Direction de santé publique de la Montérégie (2006). Des environnements physiques sains et sécuritaires: éléments clés pour la santé des communautés: Rapport de la directrice de santé publique 2006, Longueuil, ASSS Montérégie, 83 p.

Dufour, R. (2006). « Consommation de fruits et de légumes » dans Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003—Fiches de résultats pour la Montérégie, Longueuil, ASSS Montérégie, Direction de santé publique, 4 p.

Dufour, R et C. Bellerose (2007). Faits saillants « Le point sur le surplus de poids en suivi du rapport de la directrice 2005... ». Longueuil, ASSS Montérégie, Direction de santé publique, 8p.

Fondation des maladies du cœur du Canada (1999). Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2000. Ottawa, Canada.

Louchini, R. et coll. (2004). La prévalence du cancer au Québec en 1998. Institut national de santé publique du Québec.

Santé Canada (2002). Le diabète au Canada, 2^e édition. [En ligne].
[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/pdf/dic-dac2_fr.pdf]
(Consulté le 21 juin 2007)

Santé Canada (2007). Cancer, [En ligne].
[http://www.hc-sc.gc.ca/dc-ma/cancer/index_f.html]
(Consulté le 16 avril 2007).

Schaefer, C. et coll. (2005). « Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie: Programme 0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION ». Cadre de référence, Longueuil, ADRLSSS Montérégie, Direction de santé publique, 51 p.

Young, T. K., et C.A. Mustard (2001). Undiagnosed diabetes: does it matter? CMAJ, 164 (1), 24-28.

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Auteure: Manon Noiseux, agente de planification, de programmation et de recherche, secteur surveillance de l'état de santé de la population

Collaborateur: Carmen Bellerose, Claude Poulin

Soutien technique: Marc Lavoie et Éveline Savoie

Conception graphique: René Larivière

www.rss16.gouv.qc.ca/santepublique

Décembre 2007

ISBN version imprimée : 978-2-89342-400-2
ISBN version électronique : 978-2-89342-401-9

