



Évaluer,
prévoir,
prévenir

TOPO

Faire le point sur l'état
de santé des Montréalais

LA SANTÉ DES MONTRÉALAIS : LES MALADIES CHRONIQUES ET LEURS DÉTERMINANTS SELON L'ENQUÊTE TOPO 2012

Les maladies non transmissibles se classent au premier rang des causes de mortalité dans le monde¹. À Montréal, 70 % des décès prématurés parmi la population de 20 ans et plus sont attribuables aux maladies chroniques². Ces conditions médicales à évolution lente et d'une durée prolongée sont responsables d'une diminution marquée du nombre d'années vécues en bonne santé³. L'absence de traitements pour guérir ces maladies crée un besoin de services de santé en continu, ce qui constitue un fardeau de plus en plus important pour notre système de santé⁴.

Pourtant, une large part des décès causés par les problèmes de santé chroniques sont évitables par des actions sur les conditions sociales et sur l'environnement, par la mo-

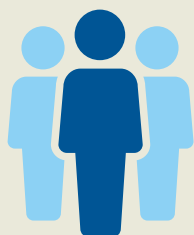
dification des habitudes de vie et par le recours à des services de santé qui permettent le dépistage rapide de certaines maladies (cancers, diabète, hypertension, etc.). Il est reconnu qu'une population qui adopte de saines habitudes de vie affiche moins de risques de développer des maladies chroniques. Un mode de vie actif et sans tabac ainsi qu'une bonne alimentation et une consommation modérée d'alcool constituent les principaux facteurs protecteurs contre les maladies chroniques¹. Ces habitudes de vie sont toutefois favorisées par l'environnement physique et social dans lequel évolue la population. La scolarité, le statut d'emploi, le statut d'immigration et les conditions socioéconomiques sont des déterminants majeurs de l'adoption d'habi-

tudes de vie saines et d'accès aux services de santé préventifs.

Une meilleure connaissance de l'ampleur et de la distribution des problèmes de santé chroniques et de leurs déterminants sur le territoire montréalais permet de mieux guider les actions de prévention de la santé publique. L'enquête TOPO 2012, réalisée par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, fournit des données d'une précision inégalée sur les maladies chroniques à Montréal. Plus particulièrement, elle permet de documenter la présence des maladies chroniques selon les disparités socioéconomiques, de même que sous l'angle des habitudes de vie et de l'utilisation de services de santé⁵.

LES MALADIES CHRONIQUES : ÉTAT DE LA SITUATION

1 MONTRÉALAIS SUR 3 EST ATTEINT D'AU MOINS UNE MALADIE CHRONIQUE



Selon les données de TOPO 2012, un Montréalais âgé de 15 ans et plus sur trois (35 %) est atteint d'au moins une maladie chronique, ce qui représenterait 570 700 individus. Environ le quart (23 %) des Montréalais souffrent d'une seule maladie chronique, 9 % cumulent

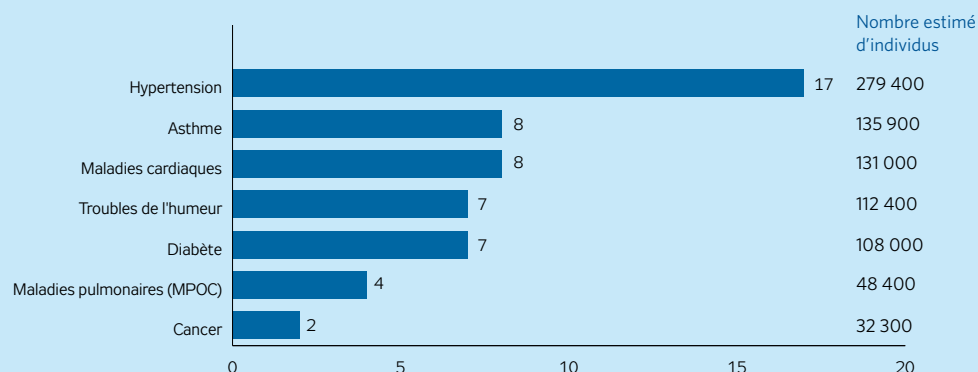
deux maladies et 3 % cumulent trois maladies ou plus. Les problèmes de santé chroniques à l'étude comprennent l'hypertension, l'asthme, les maladies cardiaques, les troubles de l'humeur, le diabète, les maladies pulmonaires et le cancer (voir Figure 1). Une série de tableaux comprenant les données présentées dans ce document est disponible [en ligne](http://emis.santemontreal.qc.ca/index.php?id=1376) (<http://emis.santemontreal.qc.ca/index.php?id=1376>).

L'obésité est un facteur de risque majeur associé à la mortalité prématurée, à la perte d'années de vie en bonne santé et à l'apparition de plusieurs maladies chroniques⁶. À Montréal, 16 % de la population âgée de 18 ans et plus est obèse (indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30). Ceci représente près de 250 000 personnes.

Qu'est-ce que TOPO?

TOPO 2012 est une enquête sur les maladies chroniques et leurs déterminants. La qualité et la précision exceptionnelle des données permettront de mieux adapter les services de santé offerts à Montréal et dans chacun de ses 12 centres de santé et de services sociaux (CSSS), selon les besoins de la population. Cette étude a été possible grâce à la participation volontaire de près de 11 000 Montréalais de 15 ans et plus.

Source: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal - Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM), Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants, 2012.

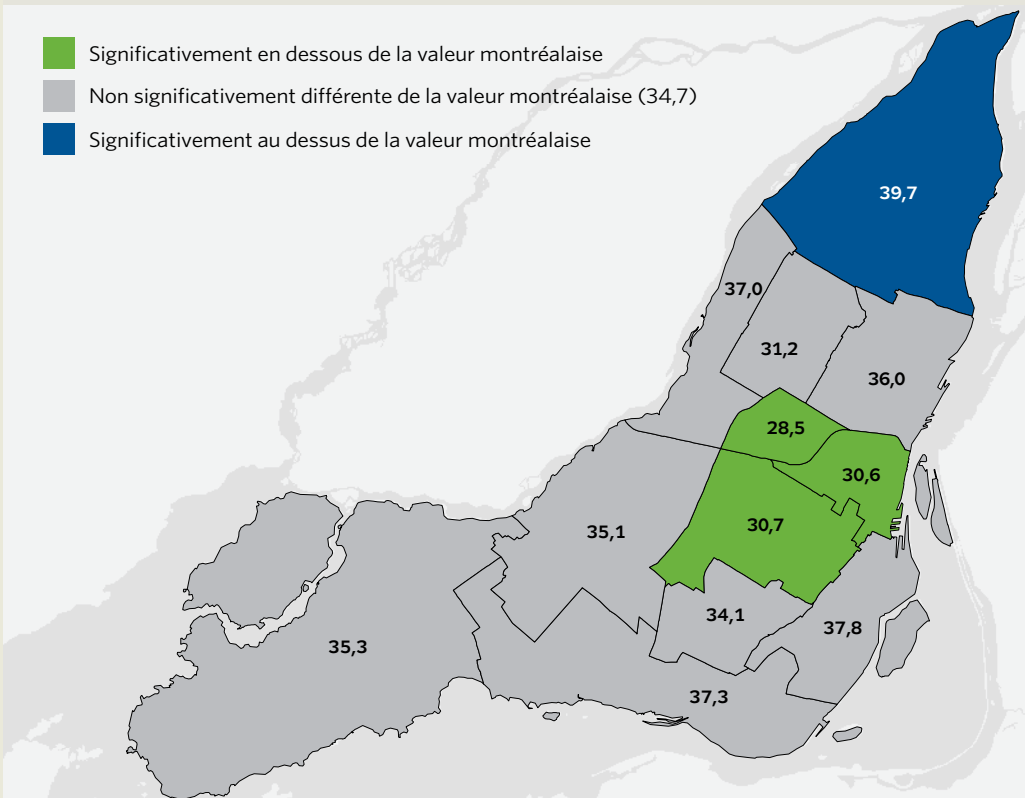
FIGURE 1**Prévalence des maladies chroniquesⁱ (%), population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012**

DISTRIBUTION INÉGALE DU FARDEAU DES MALADIES CHRONIQUES PARMI LES TERRITOIRES DE CSSS

Les résultats de l'enquête révèlent une distribution inégale du fardeau des maladies chroniques parmi les territoires de CSSS. La proportion de la population atteinte d'au moins une maladie chronique est plus importante dans le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île alors qu'elle est inférieure au reste de l'Île dans les territoires centraux des CSSS du Cœur-de-l'Île, de la Montagne et de Jeanne-Mance. Il est important de noter que ces différences reflètent la proportion de la population totale atteinte d'au moins une maladie chronique. Ces proportions ne sont pas ajustées selon la structure d'âge de la population (voir à la section suivante le lien entre l'âge et les maladies chroniques). Ainsi, plus la proportion de personnes âgées parmi la population d'un territoire CSSS augmente, plus la fréquence de maladies chroniques risque d'y être élevée.

La répartition géographique de la prévalence de l'obésité est similaire à celle des maladies chroniques. Les territoires des CSSS Dorval-Lachine-LaSalle et de la Pointe-de-l'Île affichent une proportion d'obésité plus élevée que le reste de Montréal, alors que dans les territoires de CSSS centraux de Cavendish, Jeanne-Mance, du Cœur-de-l'Île et de la Montagne la proportion est plus faible.

Prévalence des maladies chroniques (%) selon les territoires de CSSS, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012



ⁱ Le choix des maladies chroniques incluses dans les analyses fut fait en lien avec les priorités établies lors de l'élaboration du plan régional de santé publique 2010-2015.

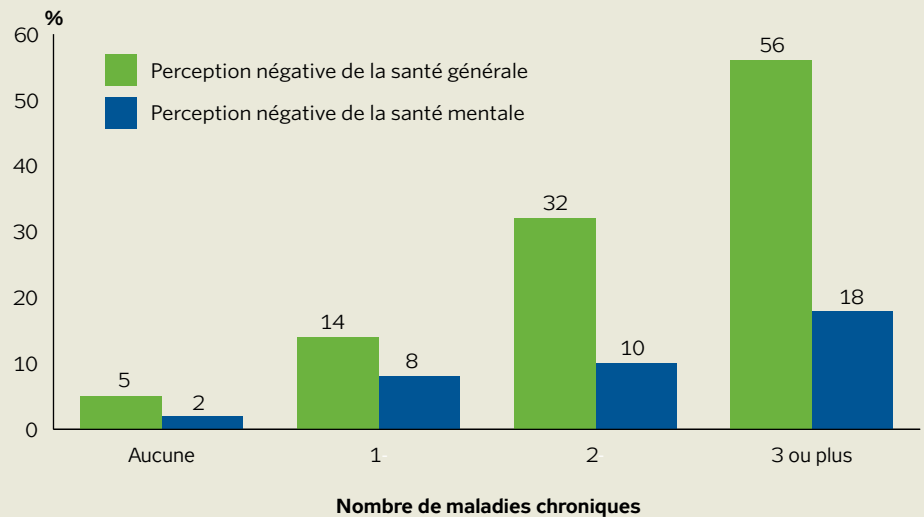
LES MALADIES CHRONIQUES : IMPACT INDÉNIABLE SUR LE BIEN-ÊTRE DES MONTRÉALAIS

Douze pour cent des Montréalais ont une perception négative de leur état de santé générale (la qualifient comme passable ou mauvaise), ce qui représente environ 200 000 personnes. Quant à leur santé mentale, 5 % des Montréalais la perçoivent de manière négative.

Signe de l'impact considérable des maladies chroniques sur la perception du bien-être, les personnes atteintes d'au moins une maladie chronique perçoivent plus souvent leur santé générale et mentale de manière négative, comparativement aux personnes non atteintes de maladies chroniques. Cette relation est accentuée lorsque la perception de l'état de santé est analysée selon le nombre de maladies chroniques cumulées. Ainsi, parmi les Montréalais cumulant trois maladies chroniques ou plus, plus de la moitié (56 %) ont une perception négative de leur état de santé générale et 18 % qualifient ainsi leur état de santé mentale (voir Figure 2).

FIGURE 2

Proportion de la population ayant une perception négative de leur état de santé générale et mentale selon le nombre de maladies chroniques cumulées, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012



LE CHANGEMENT DES HABITUDES DE VIE SELON UNE APPROCHE POPULATIONNELLE DE PRÉVENTION

Face à l'étendue de la prévalence des maladies chroniques à l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la santé recommande l'adoption d'une stratégie de prévention de type populationnelle¹. Cette approche s'éloigne des modèles d'intervention centrés sur la personne et le changement des habitudes individuelles. Elle privilégie plutôt des actions visant à transformer l'environnement social et physique afin qu'ils

deviennent plus propices à l'adoption d'habitudes de vie saines. Certaines de ces actions auraient un impact considérable sur l'incidence des maladies chroniques. Par exemple, un meilleur aménagement urbain, favorisant l'activité physique, et la mise en place de politiques à l'échelle communautaire, scolaire et en milieu de travail contribueraient à la promotion de meilleures habitudes de vie.

Les inégalités sociales étant corrélées aux disparités en matière de santé, elles constituent une cible d'intervention prioritaire. Les conditions sociales influencent, entre autres, l'accès à un environnement sécuritaire, à des aliments sains et à des opportunités de pratiquer une activité physique. Agir sur ces conditions sociales, permet de mieux outiller la population pour contrer la survenue de maladies chroniques⁷.

L'ÂGE, PRINCIPAL DÉTERMINANT DES MALADIES CHRONIQUES

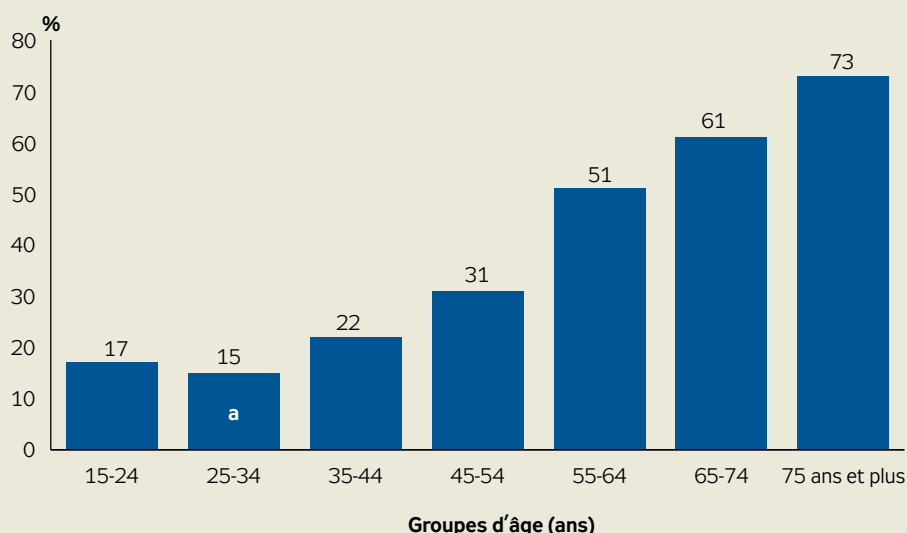
L'âge est un facteur important à considérer dans l'analyse de la santé et de ses déterminants. Les changements démographiques associés au baby-boom de l'après deuxième guerre mondiale sont associés non seulement au vieillissement global de la population, mais aussi à l'augmentation du nombre de malades chroniques¹. Cette situation sollicite le système de soins d'une manière inédite. Dans ce contexte, il apparaît important d'analyser l'état de santé, mais aussi les habitudes de vie et l'utilisation des services de santé aux différentes étapes de la vie.

La part de la population atteinte d'au moins une maladie chronique augmente en fonction de l'âge. À Montréal, la proportion des personnes ayant au moins une maladie chronique atteint 50 % chez les 55 ans et plus et 73 % chez les 75 ans et plus (voir Figure 3).

La fréquence de l'obésité augmente aussi avec l'âge : 8 % des Montréalais âgés de 18 à 24 ans sont obèses, comparativement à 18 % des 65 ans et plus.

FIGURE 3

Proportion de la population atteinte d'au moins une maladie chronique selon l'âge, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012

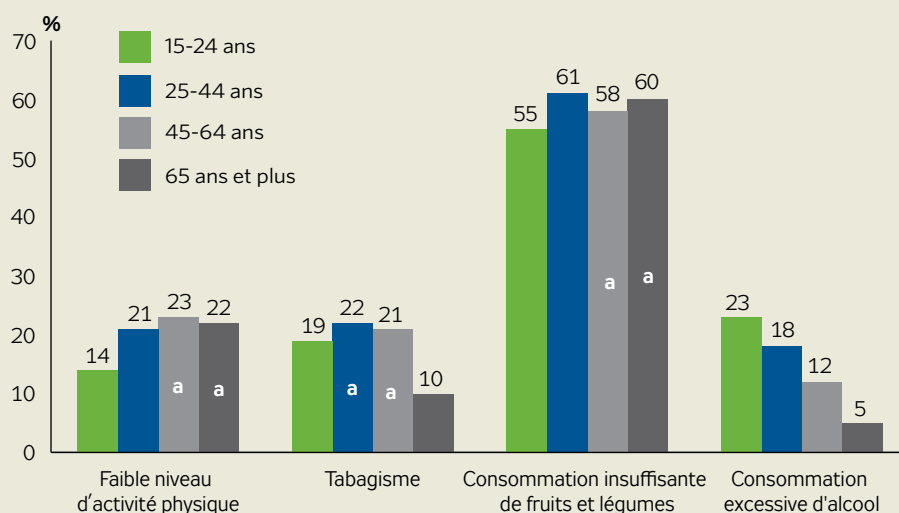


^a Différence non significative avec le groupe d'âge précédent

Au plan des habitudes de vie associées à l'apparition des maladies chroniques (voir Figure 4), on note une hausse de la proportion de la population ayant un faible niveau d'activité physique après l'âge de 25 ans, atteignant ensuite un plateau qui se maintient jusqu'aux âges plus avancés. À l'inverse, la consommation excessive d'alcool diminue graduellement avec l'âge. Quant au tabagisme, il touche surtout les 15-64 ans; relativement peu d'aînés fument. Finalement, la consommation de moins de cinq fruits et légumes par jour est une habitude alimentaire répandue dans l'ensemble de la population, peu importe l'âge.

FIGURE 4

Habitudes de vie associées à l'apparition de maladies chroniques selon le groupe d'âge, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012



^a Différence non significative avec le groupe d'âge précédent

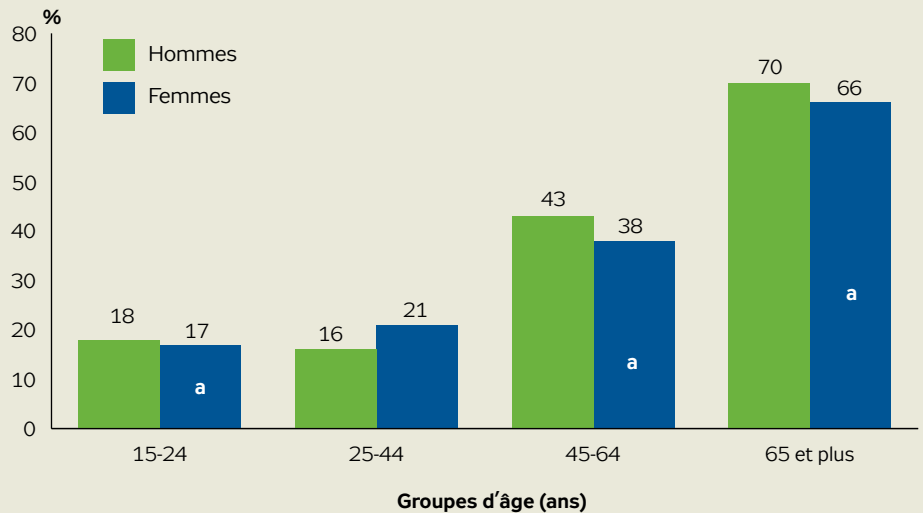
LES HOMMES ET LES FEMMES : DES DIFFÉRENCES AU NIVEAU DES HABITUDES DE VIE

Les analyses différenciées selon le sexe permettent de documenter les écarts de santé entre les femmes et les hommes, ainsi que les disparités au plan des habitudes de vie et dans l'accès à certains services de santé préventifs.

Autant de femmes que d'hommes rapportent être atteints d'au moins une maladie chronique, à l'exception du groupe des 25 à 44 ans (les femmes de cet âge déclarent plus fréquemment être atteintes d'au moins une maladie chronique) (voir Figure 5). De plus, les hommes et les femmes affichent des taux d'obésité similaires.

FIGURE 5

Proportion de la population atteinte d'au moins une maladie chronique selon l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012

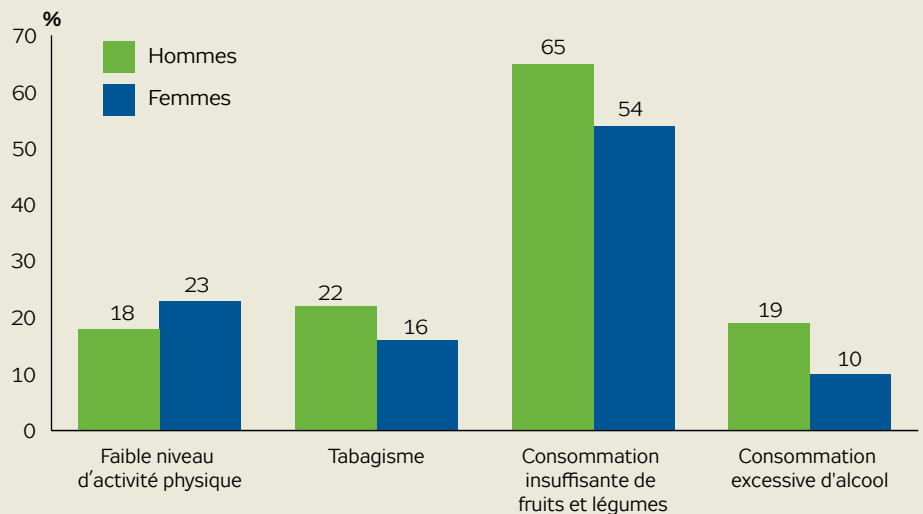


^a Différence non significative entre les hommes et les femmes

Malgré l'absence d'écart entre les hommes et les femmes au regard de la prévalence d'au moins une maladie chronique, ces deux groupes présentent des habitudes de vie très différentes. Alors que les femmes sont plus nombreuses à démontrer un faible niveau d'activité physique, les hommes tendent plus souvent à ne pas consommer suffisamment de fruits et légumes, à fumer et à consommer de l'alcool de manière excessive (voir Figure 6).

FIGURE 6

Habitudes de vie associées à l'apparition de maladies chroniques selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012



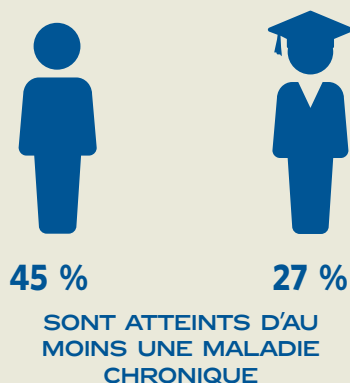
LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Outre les facteurs non modifiables tels que l'âge et le sexe, il est de plus en plus admis que l'état de santé de la population est fortement associé à l'environnement social et économique. Cela est vrai tant pour la présence de la maladie (morbidité) et l'espérance de vie (mortalité), que pour l'adoption d'habitudes de vie plus ou moins

favorables à la santé (ex. : consommation de fruits et légumes, tabagisme, etc.) et l'accès aux services de santé¹⁴. L'analyse de la santé et de ses déterminants sous l'angle de certaines caractéristiques socioéconomiques tirées de l'enquête TOPO (scolarité, statut d'emploi, statut d'immigration) et de d'autres sources (indice de défavorisa-

tion matérielle) permet de documenter les inégalités sociales de santé, mais aussi de guider les interventions au regard de l'influence des politiques publiques afin de contribuer à l'amélioration de la santé des Montréalais.

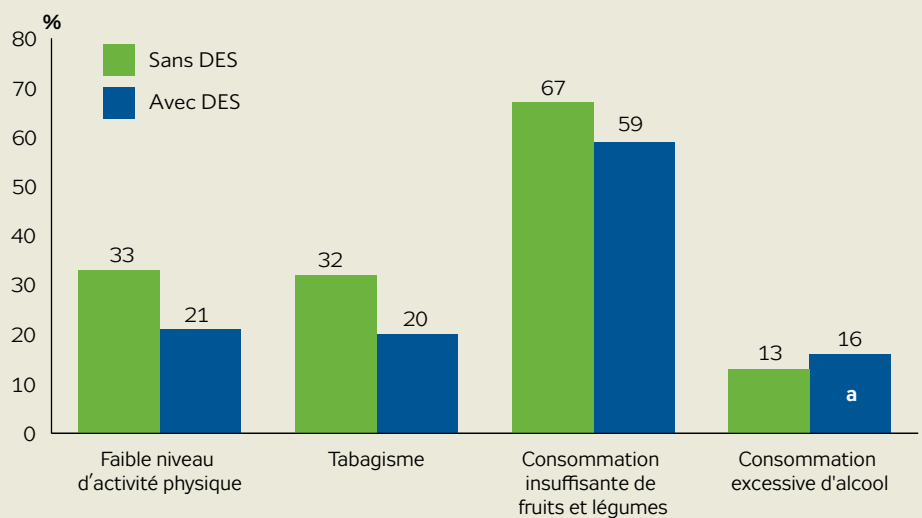
LA SCOLARITÉ, DÉTERMINANT ASSOCIÉ AUX HABITUDES DE VIE PROTECTRICES



Les Montréalais âgés de 25 à 64 ans n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (DES) sont plus susceptibles d'être atteints d'au moins une maladie chronique, comparativement aux détenteurs d'un DES.

La différence observée est partiellement attribuable à la distribution du niveau de scolarité parmi les groupes d'âge : les individus âgés de 45 ans et plus sont, en général, moins nombreux à avoir obtenu un DES que les plus jeunes (données non présentées). Cependant, les différences entre les détenteurs et les non-détenteurs de DES perdurent même lorsque la fréquence de maladies chroniques est calculée selon deux catégories d'âge (moins de 45 ans et plus de 45 ans, données non présentées). Ces résultats concordent avec ceux d'autres enquêtes canadiennes ayant démontré un lien entre la scolarité et la présence de maladies chroniques⁸.

FIGURE 7
Habitudes de vie associées à l'apparition de maladies chroniques selon la scolarité, population âgée de 25 à 64 ans, Montréal, 2012



^a Différence de prévalence entre les 2 groupes de scolarité non significative

La distribution de l'obésité entre détenteurs et non-détenteurs de DES suit la même tendance que celle de la proportion de la population avec au moins une maladie chronique : parmi les Montréalais ne détenant pas de DES, 26 % sont obèses, contrairement à 15 % parmi les détenteurs de diplôme (différence statistiquement significative).

L'enquête TOPO soulève des disparités au plan des habitudes de vie selon la scolarité. Les personnes moins scolarisées déclarent plus souvent un faible niveau d'activité physique, un statut de fumeur et une consommation moins fréquente de fruits et légumes (voir Figure 7). La consommation excessive d'alcool, par contre, ne semble pas associée au fait d'avoir ou non un DES.

LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE : OBSTACLE À L'ADOPTION D'HABITUDES DE VIE SAINES

Selon des données tirées de la littérature, les individus issus d'un milieu défavorisé sont plus à risque de développer des maladies chroniques au cours de leur vie¹. Cette observation est attribuable aux difficultés d'accès à une alimentation saine, à des lieux moins propices à la pratique d'activité physique et à un accès plus limité à des soins de santé préventifs qui persistent dans les milieux défavorisés.

Les résultats de l'enquête TOPO ne démontrent pas de différence significative entre la proportion de malades chroniques selon l'indice de défavorisation matérielle (mesure compilant plusieurs indicateurs socioéconomiques et attribuée à un territoire géographique)⁹, mais révèlent toutefois que la fréquence de l'obésité est plus élevée parmi les Montréalais les plus défavorisés (quintile 5), par rapport aux plus favorisés (quintile 1) (19 % vs 12 %).

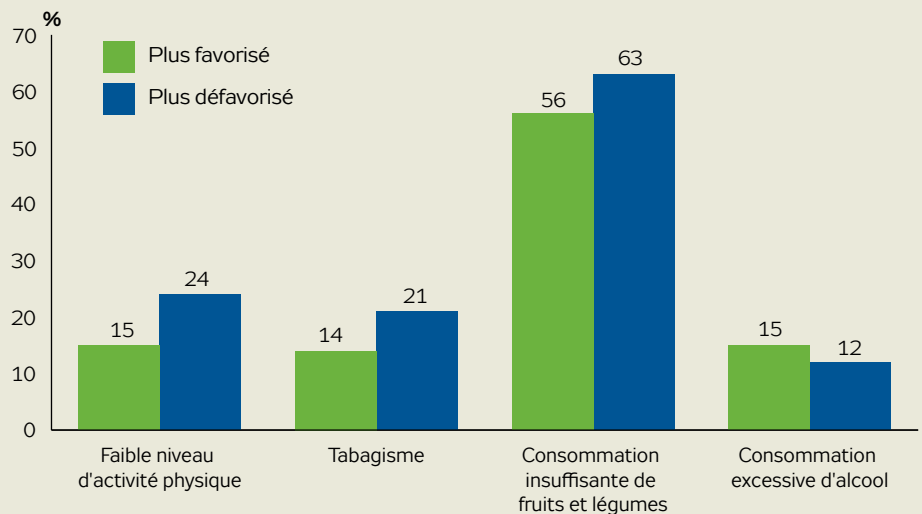
Ces groupes diffèrent également selon leurs habitudes de vie : les individus du groupe le plus défavorisé sont proportionnellement plus nombreux à présenter un faible niveau d'activité physique, à ne pas consommer

suffisamment de fruits et légumes et à fumer. Comparativement aux Montréalais habitant les quartiers les moins favorisés, ceux qui habitent les quartiers plus favorisés consomment plus fréquemment de l'alcool

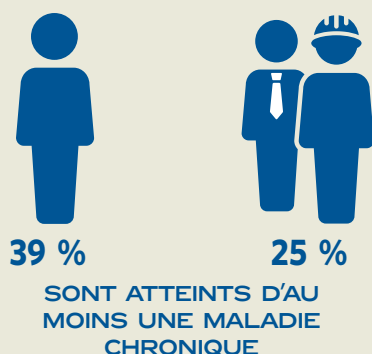
de manière excessive (voir Figure 8). Ces écarts illustrent l'impact du milieu de vie sur les habitudes de vie.

FIGURE 8

Habitudes de vie associées à l'apparition de maladies chroniques selon l'indice de défavorisation matérielle (quintiles), population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012



TRAVAILLER : SYNONYME DE BONNE SANTÉ

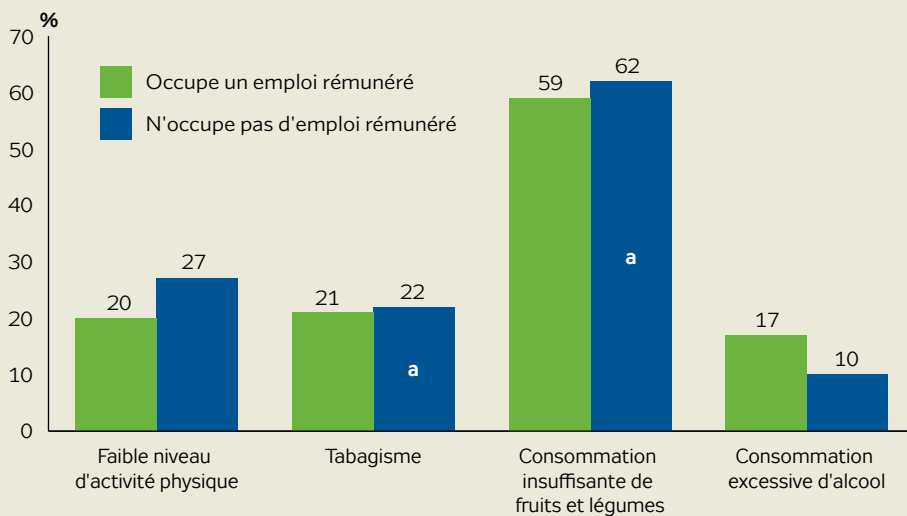


Les Montréalais de 25 à 64 ans occupant un emploi rémunéré sont proportionnellement moins nombreux à souffrir de maladies chroniques que les Montréalais qui n'occupent pas d'emploi. Cette disparité

est présente dans presque tous les groupes d'âge (à l'exception du groupe des 35-44 ans où l'écart n'est pas significatif, données non présentées). À l'égard du surplus de poids, les travailleurs et les non-travailleurs affichent des proportions d'obésité similaires.

En ce qui a trait aux habitudes de vie, la prévalence du tabagisme et de la consommation de cinq fruits et légumes par jour ne varie pas de manière significative selon le statut d'emploi. Cependant, les travailleurs sont plus actifs physiquement que ceux qui n'occupent pas un emploi rémunéré qui, pour leur part, consomment moins d'alcool de manière excessive (voir Figure 9).

FIGURE 9
Habitudes de vie associées à l'apparition de maladies chroniques selon le statut d'emploi, population âgée de 25 à 64 ans, Montréal, 2012



^a Différence non significative selon le statut d'emploi

LA BONNE SANTÉ DES IMMIGRANTS RÉCENTS, UN PHÉNOMÈNE D'UNE DURÉE LIMITÉE?

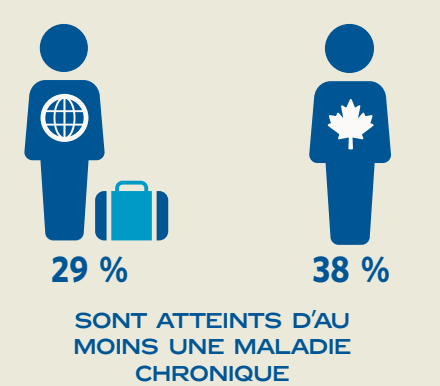


TABLEAU 1
Présence d'au moins une maladie chronique selon le statut d'immigration, Montréalais de 15 ans et plus

Statut	Proportion atteinte d'au moins une maladie chronique
Né au Canada	38 %
Arrivé au Canada depuis plus de 10 ans	39 %
Arrivé au Canada dans les 10 dernières années	16 %

Les Montréalais nés au Canada sont plus susceptibles d'être atteints d'au moins une maladie chronique que les immigrants. Ces différences persistent même lorsque les données sont analysées par groupe d'âge (données non présentées). Cet écart est surtout attribuable à la bonne santé des immigrants récents, arrivés au cours des 10

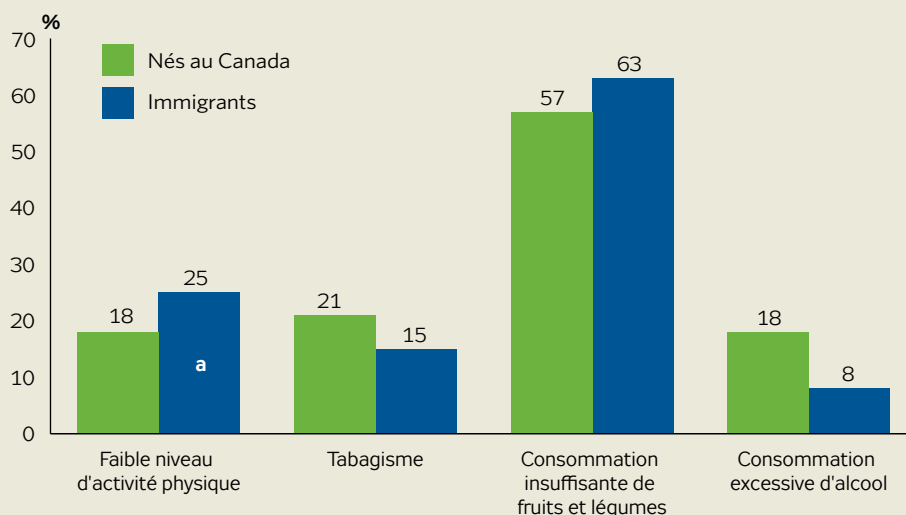
dernières années. Suivant 10 ans de résidence au Canada, la proportion de malades chroniques chez les immigrants rejoint celle des Canadiens nés au pays (voir Tableau 1). Les écarts entre immigrants et non-immigrants quant à la prévalence de l'obésité suivent la même tendance: 16 % de la

population montréalaise de 18 ans et plus née au Canada est obèse, contrairement à seulement 10 % parmi les immigrants récents. La proportion parmi les immigrants de longue date rejoint celle des Canadiens de naissance.

Les immigrants diffèrent des Montréalais nés au pays selon leurs habitudes de vie; le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont moins fréquents parmi la population immigrante. Par contre, les immigrants sont proportionnellement moins nombreux à atteindre la consommation journalière recommandée de fruits et légumes. Les groupes ne diffèrent toutefois pas sur le plan de l'activité physique (voir Figure 10).

FIGURE 10

Habitudes de vie associées à l'apparition de maladies chroniques selon le statut d'immigration, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012



^a Différence non significative selon le statut d'immigration

LES MÉDECINS DE FAMILLE: UN ACCÈS INÉGAL



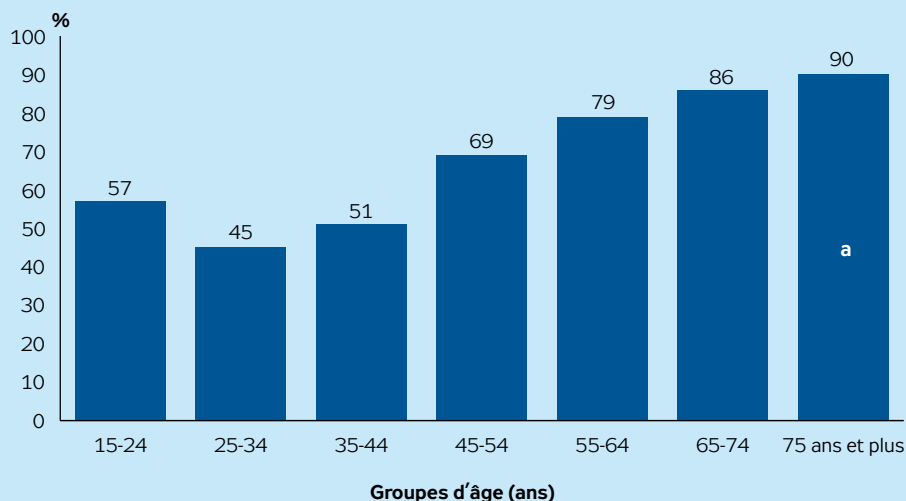
65 %
ONT UN
MÉDECIN DE
FAMILLE

Environ un Montréalais âgé de 15 ans et plus sur trois n'a pas de médecin de famille, ce qui représente plus d'un demi-million de personnes. Le fait d'avoir un médecin de famille est associé à plusieurs facteurs, notamment à l'état de santé, aux caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe) et à d'autres conditions sociales et économiques.

Les résultats de l'enquête TOPO révèlent que les Montréalais déclarant au moins une maladie chronique sont plus nombreux à avoir un médecin de famille comparativement à ceux qui n'ont pas de maladie chronique (81 % contre 58 %). De plus, avoir un médecin de famille est beaucoup plus fréquent chez les personnes plus âgées: 90 % des Montréalais de 75 ans et plus ont un médecin de famille, contrairement à seulement 45 % chez les 25-34 ans (voir Figure 11).

FIGURE 11

Proportion de la population ayant un médecin de famille selon l'âge, population de 15 ans et plus, Montréal, 2012



^a Différence avec groupe d'âge précédent non significative

Outre l'âge et la présence de maladies chroniques, le niveau d'accès à un médecin diffère également selon le sexe : 10 % de plus de femmes que d'hommes ont un médecin de famille (voir Tableau 2). Les hommes et les femmes présentant des proportions semblables de maladies chroniques, des analyses supplémentaires sont requises afin d'identifier les facteurs expliquant cet écart.

Des inégalités d'accès persistent pareillement au niveau de certaines conditions sociales. Notamment, les résultats de l'enquête révèlent des difficultés d'accès à un médecin de famille chez les immigrants récents; seulement un tiers ont un médecin de famille (après 10 ans de résidence au Canada, l'accès à un médecin de famille rejoint le même niveau que celui des Montréalais nés ici). Bien que les immigrants récents présentent moins de maladies chroniques que les personnes nées au Canada, le taux élevé de maladies chroniques parmi les immigrants de longue date démontre la nécessité de prévenir les maladies par la promotion de bonnes habitudes de vie à un stade plus précoce.

Finalement, l'accès à un médecin de famille est moins fréquent chez les individus les plus défavorisés. Étant donnée la grande proportion de Montréalais de cette sous-population qui n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé, qui fument et qui consomment des fruits et légumes moins de cinq fois par jour, des efforts sont requis afin de faciliter l'accès de ce sous-groupe à des services de santé préventifs en milieu clinique tel que le counselling médical.

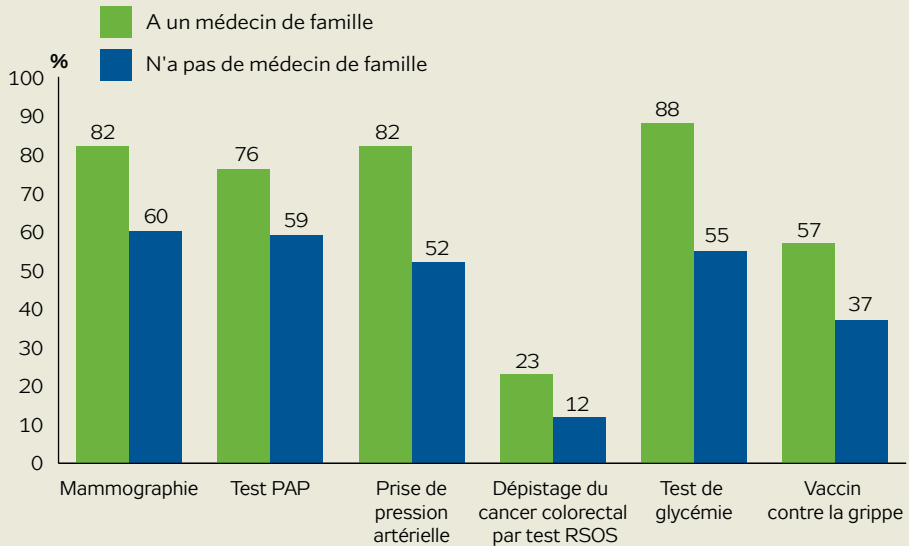
L'importance de réduire les disparités quant à l'accès à un médecin de famille est en partie illustrée par le lien entre l'accès à un médecin et l'utilisation des services de santé préventifs. À preuve, les Montréalais ayant un médecin de famille sont systématiquement plus nombreux à prendre part aux principales pratiques de prévention et de dépistage suivantes (voir Figure 12).

TABLEAU 2
Accès à un médecin de famille selon diverses conditions sociales, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012

Condition sociale	Proportion ayant accès à un médecin de famille (%)
Sexe	
Hommes	59,8
Femmes	69,6
Scolarité (25 à 64 ans)	
Sans DES	67,0
Avec DES	59,0
Défavorisation matérielle	
Quintile le plus favorisé	70,2
Quintile le plus défavorisé	59,5
Statut d'immigration	
Né au Canada	69,9
Immigrant de longue date (arrivé avant 2003)	70,9 ^a
Immigrant récent (arrivé entre 2003 et 2012 incl.)	35,5
Statut d'emploi (25 à 64 ans)	
Travaille	59,5
Ne travaille pas	60,2 ^a

^a Différence non significative avec la catégorie précédente

FIGURE 12
Tests de dépistage et mesures préventives selon l'accès à un médecin de famille, population âgée de 15 ans et plus, Montréal, 2012



CONCLUSIONS

Plus d'un demi-million de Montréalais, soit plus du tiers de la population, sont atteints d'au moins une maladie chronique. Très souvent associées à la mortalité prématurée, les maladies chroniques engendrent aussi un risque élevé de morbidité et des effets négatifs sur le bien-être de l'individu, alors plus susceptible de percevoir sa santé générale ou mentale de manière négative. L'analyse des données de l'enquête TOPO présentée dans cette synthèse a permis non seulement de démontrer que la distribution des maladies chroniques et de leurs principaux déterminants varie selon certaines caractéristiques individuelles telles que l'âge et le sexe, mais aussi que la présence de maladies chroniques est inégalement répartie géographiquement et en fonction de multiples conditions sociales et économiques.

Les liens entre certaines habitudes de vie et l'apparition des maladies chroniques sont très largement documentés dans la littérature. La lutte aux maladies chroniques repose sur des actions qui visent des changements au plan des comportements individuels, mais elle doit aussi tenter d'agir sur les conditions sociales qui favorisent ou limitent les opportunités de changement. En effet, en plus des disparités de santé, les résultats de l'enquête TOPO ont permis de montrer qu'il existe aussi des écarts sociaux importants au regard des habitudes de vie associées à l'apparition des maladies chroniques.

En particulier, les Montréalais les plus susceptibles de fumer sont les individus âgés de 15 à 64 ans (peu d'aînés fument), les hommes, ceux qui n'ont pas complété leur études secondaires et ceux qui sont davantage défavorisés d'un point de vue matériel. Enfin, le tabagisme est moins présent dans

les populations immigrantes que chez les Montréalais nés au pays.

Pour ce qui est de l'activité physique, les personnes de plus de 25 ans, les femmes, les personnes moins scolarisées et les plus défavorisées au plan matériel sont plus susceptibles d'avoir un faible niveau d'activité physique, ainsi que les immigrants et les personnes sans emploi.

Trois Montréalais sur cinq, soit près d'un million de personnes, consomment des fruits et légumes moins de cinq fois par jour. Bien que cette situation touche la majorité de la population, les hommes, les personnes moins favorisées au plan matériel et les immigrants sont cependant plus nombreux à ne pas consommer la quantité recommandée de fruits et légumes.

Enfin, la consommation excessive d'alcool, bien qu'on lui reconnaisse un rôle moins important que les autres habitudes de vie traitées dans le développement des maladies chroniques, se distribue inégalement dans la population montréalaise. En effet, elle diminue graduellement avec l'âge, est plus élevée chez les hommes, les personnes se situant dans le quintile le plus favorisé selon l'indice de défavorisation matérielle, et chez les travailleurs. Elle est beaucoup plus basse parmi les immigrants.

L'accès et l'utilisation des services de santé et l'exposition à diverses pratiques de dépistage jouent également un rôle dans la prévention des maladies chroniques. Les données de l'enquête TOPO montrent qu'il existe cependant des disparités importantes au niveau de l'accès à un médecin de famille et de l'exposition à différentes pratiques cliniques préventives et tests de dépistage des maladies chroniques.

Seulement 65 % des Montréalais ont un médecin de famille, et à peine un tiers des immigrants arrivés au Canada au cours des 10 dernières années en ont un. Malgré cela, les personnes atteintes d'une maladie chronique et les personnes âgées sont nombreuses à déclarer avoir un médecin de famille, ce qui indique que les Montréalais qui nécessitent des traitements sont généralement bien servis. Toutefois, lorsque l'on tient compte de l'association entre l'accès à un médecin de famille et les services de santé préventifs, dont les tests de dépistage et la vaccination, les résultats suggèrent que le système de santé actuel pourrait jouer un rôle plus central pour prévenir ou retarder l'apparition des maladies chroniques chez une population en santé.

Globalement, cette première synthèse analytique des résultats de l'enquête TOPO démontre qu'une large part des Montréalais, de par leurs conditions démographiques et sociales, évoluent dans des milieux non propices à l'adoption d'habitudes de vie saines et courent ainsi un risque plus élevé de développer une ou plusieurs maladies chroniques. La précision des données de l'enquête nous permet de repérer ces populations à risque et d'adapter davantage les interventions de santé publique en fonction de ces groupes cible. Cette analyse des résultats appuie l'importance accordée au développement d'interventions à l'échelle populationnelle plutôt qu'individuelle, visant l'amélioration des conditions sociales et des milieux de vie afin de réduire les inégalités sociales de santé.

ANNEXE 1: LISTE DES INDICATEURS ET DÉFINITIONS

État de santé	
Au moins une maladie chronique	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant rapporté avoir reçu au moins un diagnostic de maladie chronique (cancer, MPOC, maladies cardiaques, hypertension, diabète, asthme et/ou troubles de l'humeur)
Hypertension	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant rapporté avoir reçu un diagnostic d'hypertension posé par un professionnel de la santé
Asthme	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant rapporté avoir reçu un diagnostic d'asthme posé par un professionnel de la santé
Maladies cardiaques	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant rapporté avoir reçu un diagnostic d'une maladie du cœur ou de problèmes cardiaques posé par un professionnel de la santé
Troubles de l'humeur	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant rapporté avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, manie, dysthymie ou manico-dépression) posé par un professionnel de la santé
Diabète	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant rapporté avoir reçu un diagnostic de diabète posé par un professionnel de la santé
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	Proportion de la population de 35 ans et plus ayant rapporté avoir reçu un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique posé par un professionnel de la santé
Perception négative de l'état de santé générale	Proportion de la population de 15 ans et plus déclarant avoir un état de santé générale passable ou mauvais
Perception négative de l'état de santé mentale	Proportion de la population de 15 ans et plus déclarant avoir un état de santé mentale passable ou mauvais
Obésité	Proportion de la population de 18 ans et plus considérée comme obèse selon l'indice de masse corporelle autodéclaré (IMC supérieur ou égal à 30,0)
Conditions sociales	
Scolarité	Proportion de la population de 25 à 64 ans déclarant avoir obtenu un diplôme d'études secondaires (DES) ou grade supérieur
Défavorisation matérielle	Indice composé de trois indicateurs (scolarité, revenu et emploi), assigné en fonction du territoire géographique ¹⁰
Immigration de longue date	Montréalais nés à l'extérieur du pays et résidant au Canada depuis plus de 10 ans
Immigration récente	Montréalais nés à l'extérieur du pays et résidant au Canada depuis moins de 10 ans
Emploi	Proportion de la population de 25 à 64 ans occupant un emploi rémunéré, à temps partiel ou à temps plein, incluant les Montréalais en vacances, en congé parental, en congé de maladie, en grève ou en lock-out au moment de l'enquête
Habitudes de vie	
Faible niveau d'activité physique	Proportion de la population de 15 à 69 ans ayant rapporté un faible niveau d'activité physique, selon le questionnaire IPAQ (« International Physical Activity Questionnaire ») ¹¹
Tabagisme	Proportion de la population de 15 ans et plus déclarant fumer à tous les jours ou à l'occasion
Consommation insuffisante de fruits et légumes	Proportion de la population de 15 ans et plus déclarant consommer des fruits et légumes moins de 5 fois par jour
Consommation excessive d'alcool	Proportion de la population de 15 ans et plus déclarant avoir pris 5 consommations ou plus (6 ou plus pour les hommes) en une même occasion au moins 12 fois au cours de la dernière année
Soins de santé préventifs	
Médecin de famille	Proportion de la population de 15 ans et plus déclarant avoir un médecin de famille
Vaccin antigrippal	Proportion de la population de 60 ans et plus ayant reçu un vaccin antigrippal au cours de la dernière année
Test PAP	Proportion de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test Pap au cours des trois dernières années
Mammographie	Proportion de femmes de 50 à 69 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage ou de diagnostic au cours des deux dernières années
Dépistage du cancer colorectal (RSOS)	Proportion de la population de 50 à 74 ans déclarant avoir passé un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux dernières années
Pression artérielle	Proportion de la population de 15 ans et plus déclarant avoir fait mesurer sa pression artérielle par un professionnel de la santé au cours de la dernière année
Test glycémie	Proportion de la population de 40 ans et plus déclarant avoir passé un examen afin de mesurer leur glycémie au cours des trois dernières années

RÉFÉRENCES

- 1 - Organisation mondiale de la santé (2010). Global status report on noncommunicable diseases 2010.
En ligne : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- 2 - Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès 2005-2009
- 3 - Agence de la santé publique du Canada (2012). L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada : Rapport de 2012 présenté par l'Agence de la santé publique du Canada.
- 4 - Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne.
En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-942-01F.pdf>
- 5 - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013). Guide de formation: Base de données de l'Enquête TOPO 2012.
- 6 - Kitahara CM, Flint AJ, Berrington de Gonzalez A, Bernstein L, Brotzman M, et al. (2014) Association between Class III Obesity (BMI of 40–59 kg/m²) and Mortality: A Pooled Analysis of 20 Prospective Studies. PLoS Med 11(7): e1001673. doi:10.1371/journal.pmed.1001673
- 7 - Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012). La prévention et la gestion des maladies chroniques : une priorité pour le réseau montréalais.
En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-227-2.pdf
- 8 - Institut canadien d'information sur la santé (2008). Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada.
En ligne : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1090&lang=EN&mediatype=0>
- 9 - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008). Regard sur la défavorisation à Montréal.
En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-695-4.pdf
- 10 - Institut national de santé publique (2010). Guide méthodologique : « L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref ».
En ligne : http://www2.inspq.qc.ca/santescope/documents/Guide_Metho_Indice_defavo_Sept_2010.pdf
- 11 - International Physical Activity Questionnaire Research Committee (2005). Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).
En ligne : <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>

Production

Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM), Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Coordination

Carl Drouin
Louis-Robert Frigault

Rédaction

Vicky Springmann
Louis-Robert Frigault
Carl Drouin

Collaborations

Maude Couture
Sadoune Ait Kaci Azzou
James Massie
Evi Jane Kay Molloy
Emmanuelle Saint-Arnaud-Trempe

Remerciements

Marlène Ginard
Nous aimerions remercier les 10 865 Montréalais qui ont participé à l'enquête TOPO 2012

Graphisme

Manon Girard

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2014)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-443-6 (version pdf)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014