

Agence de la santé
et des services sociaux
du Saguenay –
Lac-Saint-Jean

Québec 

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

Les maladies chroniques et leurs déterminants

LES MALADIES CHRONIQUES

Volume

3



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

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

Conception et relecture : Anne-Pascale Maltais
Agente administrative

Conception graphique de la page couverture : Zone Orange

Référence suggérée : LAPIERRE, R., *Les maladies chroniques et leurs déterminants - Volume III : Les maladies chroniques*, Collection *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2008, 56 pages.

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante :
www.santesaglac.gouv.qc.ca (section : Documentation)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 4^e trimestre 2007
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 3^e trimestre 2007

ISBN : 978-2-921247-59-7 (Version imprimée)
ISBN : 978-2-921247-60-3 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2008

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

LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	ix
INTRODUCTION	1
SECTION I	
LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	3
Problématique	5
La prévalence des facteurs de risque de la maladie en 2007	5
La prévalence de la maladie en 2007	6
Les variations selon l'âge et le sexe	6
Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques	7
Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection	7
L'état de santé des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire	9
Les troubles dus à un accident vasculaire cérébral	9
La situation régionale en 2007	10
Les variations selon l'âge et le sexe	10
Les liens avec les facteurs socioéconomiques, les facteurs de risque de la maladie et l'état de santé	11
SECTION II	
L'ASTHME	13
Problématique	15
La situation régionale en 2007	16
Les variations selon l'âge et le sexe	16
Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques	17
Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection	17
L'état de santé des personnes asthmatiques	18
SECTION III	
LES MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES	21
Problématique	23
La situation régionale en 2007	24
Les variations selon l'âge et le sexe	24
Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques	25
Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection	26
L'état de santé des personnes atteintes de MPOC	27

SECTION IV

L'ARTHRITE ET LE RHUMATISME 29

 Problématique 31

 La situation régionale en 2007 31

 Les variations selon l'âge et le sexe 32

 Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques 33

 Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de protection 34

 L'état de santé des personnes arthritiques 34

SECTION V

LE CUMUL DE MALADIES CHRONIQUES 37

 Problématique 39

 La situation régionale en 2007 39

 La situation dans les territoires de RLS 39

 Les variations selon l'âge et le sexe 40

 Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques 40

 Le cumul de maladies chroniques et la détresse psychologique 41

BREF RAPPEL DES PRINCIPAUX CONSTATS 43

ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE 49

L'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007 51

L'Enquête psychosociale régionale de 2000 53

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005 53

RÉFÉRENCES 55

LISTE DES TABLEAUX

SECTION I

Tableau 1.1	Prévalence de la maladie cardiovasculaire autodéclarée, selon l'âge, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 et reste du Québec, 2005	6
Tableau 1.2	Prévalence brute de la maladie cardiovasculaire autodéclarée, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	6
Tableau 1.3	Prévalence de divers facteurs de risque de MCV, ajustée pour l'âge, selon la présence de la maladie, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	8
Tableau 1.4	Perception de l'état de santé et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la présence de MCV, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	9
Tableau 1.5	Prévalence brute des troubles dus à un AVC, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	10
Tableau 1.6	Tabagisme, activité physique de loisir et détresse psychologique, selon la présence de troubles dus à un AVC, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	11

SECTION II

Tableau 2.1	Prévalence de l'asthme autodéclaré, selon l'âge, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 et reste du Québec, 2005	16
Tableau 2.2	Prévalence brute de l'asthme autodéclaré, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	16
Tableau 2.3	Prévalence des facteurs de risque ou de protection associés à l'asthme, ajustée pour l'âge, selon la présence de la maladie, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	17
Tableau 2.4	Perception de l'état de santé et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la présence d'asthme, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	19

SECTION III

Tableau 3.1	Prévalence de la MPOC autodéclarée, selon l'âge, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 et reste du Québec, 2005	24
Tableau 3.2	Prévalence brute de la MPOC autodéclarée, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	24

Tableau 3.3	Prévalence de facteurs de risque associés à la MPOC, ajustée pour l'âge, selon la présence de la maladie, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	26
-------------	---	----

Tableau 3.4	Perception de l'état de santé et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la présence de MPOC, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	27
-------------	---	----

SECTION IV

Tableau 4.1	Prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon l'âge, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 et reste du Québec, 2005	32
-------------	---	----

Tableau 4.2	Prévalence brute des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	32
-------------	--	----

Tableau 4.3	Prévalence de facteurs de risque et de protection associés à l'arthrite et au rhumatisme, ajustée pour l'âge, selon la présence de la maladie, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	34
-------------	--	----

Tableau 4.4	Perception de l'état de santé et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la présence d'arthrite ou de rhumatisme, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	35
-------------	---	----

SECTION V

Tableau 5.1	Répartition de la population, selon le nombre cumulé de maladies chroniques, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	39
-------------	--	----

Tableau 5.2	Proportion de la population de 18 ans et plus, selon le nombre cumulé de maladies chroniques et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007	39
-------------	---	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1	Cumul de cinq facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	6
Figure 1.2	Prévalence de la maladie cardiovasculaire autodéclarée, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	6
Figure 1.3	Prévalence de la maladie cardiovasculaire autodéclarée, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	7
Figure 1.4	Prévalence des troubles dus à un AVC, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	10
Figure 1.5	Prévalence des troubles dus à un AVC, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	10

SECTION II

Figure 2.1	Prévalence de l'asthme autodéclaré, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	16
Figure 2.2	Prévalence de l'asthme autodéclaré, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	16
Figure 2.3	Prévalence de l'asthme autodéclaré, selon le revenu du ménage, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	17

SECTION III

Figure 3.1	Prévalence de la MPOC autodéclarée, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	24
Figure 3.2	Prévalence de la MPOC autodéclarée, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	25
Figure 3.3	Prévalence de la MPOC autodéclarée, selon le revenu du ménage et la perception de sa situation économique, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	25

SECTION IV

Figure 4.1	Prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	32
Figure 4.2	Prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	32
Figure 4.3	Prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon le niveau de scolarité, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	33
Figure 4.4	Prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon le revenu du ménage, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	33

SECTION V

Figure 5.1	Population de 18 ans et plus présentant deux maladies chroniques ou plus, selon l'âge, SLSJ, 2007	40
Figure 5.2	Population de 18 ans et plus présentant deux maladies chroniques ou plus, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2007	40
Figure 5.3	Population de 18 ans et plus ayant deux maladies chroniques ou plus, selon le revenu du ménage et la perception de sa situation économique, SLSJ, 2007	40
Figure 5.4	Population de 18 ans et plus ayant deux maladies chroniques ou plus, selon le niveau de scolarité et le statut de propriétaire ou locataire, SLSJ, 2007	41
Figure 5.5	Prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique, selon le nombre de maladies chroniques cumulées, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007	42

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

* Ci-après, désignée « l'Agence »



SECTION I

Les maladies cardiovasculaires

❖ *Problématique*

Les maladies cardiovasculaires (MCV) se caractérisent par l'atteinte du cœur ou des vaisseaux sanguins. Dans le premier cas, les maladies en cause sont les cardiopathies ischémiques (l'infarctus étant la plus importante) et l'insuffisance cardiaque; dans le second, on retrouve les maladies vasculaires cérébrales et en particulier l'accident vasculaire cérébral, l'angine de poitrine, les maladies vasculaires périphériques et les maladies des artères.

Au Québec, en 2005, 27 % des décès étaient attribuables aux MCV, ce qui en faisait la deuxième cause de décès derrière les tumeurs malignes. La mortalité attribuable aux MCV a toutefois beaucoup diminué au cours des vingt-cinq dernières années, tant au Québec qu'en Amérique du Nord. À titre d'exemple, entre 1990 et 2003, le taux de mortalité, ajusté selon l'âge, a diminué de 42 % au Québec, soit une baisse de 3,2 % en moyenne par an. La réduction a été de même ampleur chez les femmes que chez les hommes¹. Enfin, les tendances observées dans la région ont été similaires.

Malgré cette diminution, les MCV constituent toujours la cause d'hospitalisation la plus importante au Québec, étant à l'origine, en 2003, de tout près de 20 % des hospitalisations non liées à la grossesse et à la naissance ainsi qu'aux troubles mentaux². Dépendamment de leur sévérité, les MCV peuvent aussi avoir un impact important sur la qualité de vie des individus compte tenu des invalidités temporaires ou permanentes qui en résultent.

❖ *La prévalence des facteurs de risque de la maladie en 2007*

Les MCV sont dues en grande partie à des facteurs de risque évitables tels l'obésité et l'excès de poids, le diabète, l'hypertension artérielle, le tabagisme, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires³.

À ce sujet, les données de l'enquête indiquent que ces facteurs de risque sont encore largement répandus dans la population. Ainsi, la moitié de la population adulte présente un excès de poids, 36 % faisant de l'embonpoint et 14 % étant obèses. De plus, 32 % sont sédentaires, 24 % fument, 20 % sont hypertendus et 6 % sont diabétiques.

Dans le cas du tabagisme, la situation s'améliore constamment depuis une vingtaine d'années, la prévalence diminuant de façon régulière. À l'inverse, les problèmes d'excès de poids, d'obésité et de diabète sont en croissance depuis une dizaine d'années. Qui plus est, la hausse de ces facteurs de risque touche tous les groupes d'âges, ce qui en accroît encore les effets à long terme. Associée au vieillissement de la population, cette prévalence accrue de ces facteurs de risque majeurs de MCV risque d'entraîner une hausse du nombre de cas dans la population.

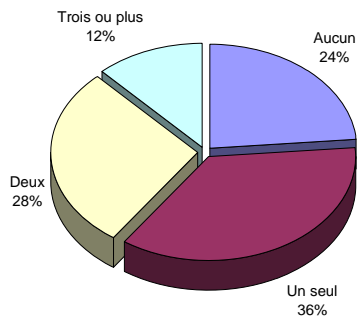
Les données sur les facteurs de risque présentées précédemment ne tenaient pas compte de la présence de plusieurs facteurs chez un même individu. Or, on sait que le cumul de facteurs de risque chez un même individu accroît davantage le risque d'événements cardiovasculaires. À ce sujet, nous avons vérifié chez les répondants de l'enquête la présence simultanée des cinq facteurs de risque suivants : la sédentarité, l'excès de poids ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), le tabagisme, l'hypertension et le diabète. Nos données indiquent que 36 % des répondants ont un seul de ces facteurs, 28 % en ont deux et 12 % en ont trois ou plus (figure 1.1). Dans ce dernier cas (3 facteurs ou plus), cela représente concrètement environ 25 700 individus. Enfin, si l'on s'en tient à certains facteurs davantage associés au syndrome métabolique, on constate que 1,8 % des adultes de la région, soit près de 4 000 personnes, seraient à la fois diabétiques, hypertendus et obèses.

1. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : prévalence, morbidité et mortalité au Québec*, 2006, p. 51.

2. *Ibid.*, p. 38.

3. *Ibid.*, p. 4.

Figure 1.1
Cumul de cinq facteurs de risque* de la maladie cardiovasculaire, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



* Tabagisme, sédentarité, excès de poids, diabète et hypertension

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

❖ La prévalence de la maladie en 2007

Dans la région, en 2007, 5,5 % des adultes de 18 ans et plus déclarent être atteints d'une maladie cardiovasculaire, ce qui représente concrètement environ 12 200 individus.

Ce taux de prévalence est à peu de choses près similaire à ce que l'on observe au Québec en 2005. La comparaison des taux de prévalence par groupes d'âges ne révèle en effet aucune différence statistiquement significative entre la région et le reste du Québec (tableau 1.1). Ceci est cohérent avec le fait que le taux régional de mortalité par MCV était similaire au taux québécois en 2003, année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles⁴.

La prévalence de la maladie cardiovasculaire dans les territoires de RLS de la région varie de 4,9 % dans les territoires La Baie et Chicoutimi à 6,4 % dans Jonquière (tableau 1.2). On ne note aucune différence significative sur ce plan, que ce soit pour l'ensemble de la population ou pour les populations masculine ou féminine.

Tableau 1.2
Prévalence brute de la maladie cardiovasculaire autodéclarée, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

	Sexes réunis		Hommes	Femmes
	%	Nombre ¹	%	%
La Baie	4,9	902	5,0	4,7
Chicoutimi	4,9	3 017	5,2	4,6
Jonquière	6,4	3 390	7,9	5,3
Domaine-du-Roy	6,3	1 614	7,2	5,1
Maria-Chapdelaine	6,0	1 242	6,3	5,7
Lac-Saint-Jean-Est	5,0	2 051	6,1	4,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	5,5	12 215	6,3	4,8

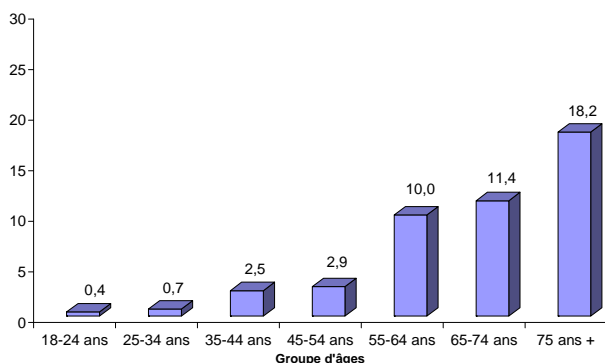
Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007.

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

❖ Les variations selon l'âge et le sexe

Sans surprise, on constate que la maladie cardiovasculaire est plus fréquente avec l'âge. Elle affecte moins de 1 % de la population avant 35 ans, autour de 3 % entre 35 et 54 ans, puis 10 % ou plus de la population âgée de 55 ans et plus (figure 1.2).

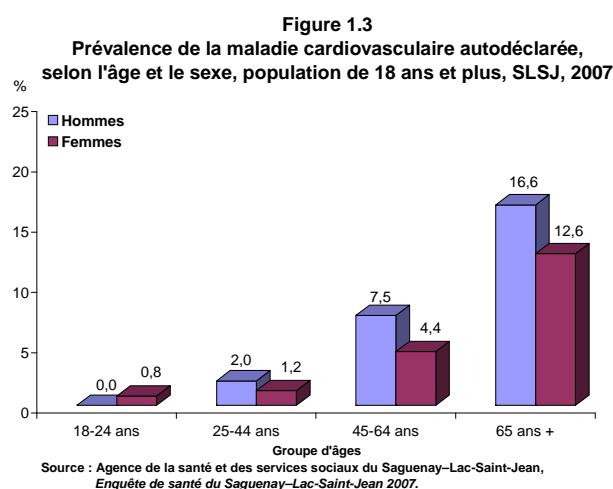
Figure 1.2
Prévalence de la maladie cardiovasculaire autodéclarée, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



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

4. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : prévalence, morbidité et mortalité au Québec*, 2006, tableau 2.9, p. 49.

Par ailleurs, la prévalence est plus élevée chez les hommes (6,3 %) que chez les femmes (4,8 %), une différence statistiquement significative ($p < 0,05$). L'écart persiste chez tous les groupes d'âges à l'exception des 18-24 ans (figure 1.3). Ce constat rejoint celui fait à partir des données québécoises qui indiquent que le risque de développer une maladie cardiovasculaire est plus élevé au sein de la population masculine et que les taux de mortalité par MCV y sont presque deux fois plus élevés que chez les femmes⁵.



❖ Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques

En ce qui a trait aux caractéristiques socioéconomiques, on constate à première vue une relation entre le niveau de scolarité et la prévalence de la maladie cardiovasculaire. En effet, cette prévalence est de 10,4 % chez les personnes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires comparativement à 4,2 % chez celles détenant un diplôme d'études secondaires ou plus. Cette relation peut être due en bonne partie à l'âge, puisque celui-ci est à la fois relié à la sous-scolarisation et à la prévalence de la maladie cardiaque. Dans l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*, l'âge moyen des personnes déclarant une MCV (63,5 ans) est de fait nettement plus élevé que celui observé chez les individus non atteints de MCV (46,9 ans). En contrôlant l'effet de l'âge, on constate que la relation entre la scolarité et la prévalence de la

maladie ne tient plus pour la plupart des groupes d'âges. Seule exception, le groupe des 45-64 ans où la maladie est plus fréquente chez les personnes sous-scolarisées (10,6 %) que chez celles détenant un diplôme d'études secondaires ou plus (4,9 %).

On observe le même type de relation par rapport au revenu du ménage. La prévalence de la maladie diminue à mesure que s'accroît le revenu du ménage, passant progressivement de 8,4 % chez ceux dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ à 3,3 % chez ceux disposant d'un revenu de 60 000 \$ et plus. En contrôlant l'effet de l'âge, on constate que la relation ne persiste que chez les 45-64 ans où l'on observe à peu près les mêmes résultats, la prévalence passant de 10,6 % chez les moins nantis à 4 % chez ceux étant financièrement plus à l'aise ($p < 0,01$).

Les résultats observés dans le groupe des 45-64 ans sont cohérents avec le fait que tant au Canada que dans d'autres pays occidentaux, il a été démontré que les taux de mortalité par MCV sont étroitement liés aux conditions socioéconomiques. Ceci est logique puisque la prévalence de plusieurs facteurs de risque de la maladie varie aussi en fonction des conditions socioéconomiques⁶.

❖ Les liens avec les facteurs de risque et les facteurs de projection

Dans les paragraphes qui suivent, la prévalence de divers facteurs de risque ou de protection de la maladie cardiovasculaire au sein de la population atteinte de la maladie est comparée à celle observée chez les personnes n'ayant pas déclaré souffrir de MCV. Il faut rappeler que chez les répondants à l'enquête, l'âge moyen est nettement plus élevé chez ceux qui se déclarent diabétiques (63,5 ans) que chez ceux qui ne le sont pas (46,9 ans). Comme la prévalence de plusieurs facteurs de risque varie en fonction de l'âge, les proportions présentées au tableau 1.3 ont été ajustées selon l'âge, en prenant comme population de référence la population régionale de 45 ans et plus en 2007. Cette procédure permet de comparer les deux groupes en contrôlant l'effet de l'âge. Les analyses ont été restreintes aux personnes de 45 ans et plus parce que le nombre de

5. *Ibid.*, p. 4.

6. *Ibid.*, p. 11.

cas chez les moins de 45 ans est relativement peu élevé, ce qui rend moins fiables les estimations produites pour ce groupe d'âges.

Plusieurs conditions physiologiques qui augmentent le risque de développer une maladie cardiovasculaire sont plus fréquentes chez les individus se déclarant atteints de la maladie. C'est le cas notamment pour l'hypertension artérielle : la moitié (51 %) des personnes ayant déclaré une MCV sont hypertendues, une proportion nettement plus élevée que celle observée chez les individus non atteints (30 %). Le diabète est aussi plus fréquent chez les personnes souffrant de MCV (15,4 %) que chez celles qui n'en sont pas atteintes (9,1 %) (tableau 1.3). Par contre, la prévalence de l'obésité n'est pas significativement plus élevée chez les personnes déclarant une MCV.

Tableau 1.3
Prévalence de divers facteurs de risque de MCV, ajustée pour l'âge¹, selon la présence de la maladie, population de 45 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

Facteurs de risque	Personnes avec MCV	Personnes sans MCV	
	(n = 245)	(n = 2 592)	
	%	%	
Poids corporel			
Embonpoint	39,7	38,8	n.s.
Obésité	19,9	15,4	n.s.
Hypertension	50,6	30,2	***
Diabète	15,4	9,1	**
Habitudes alimentaires perçues			
Excellentes ou très bonnes	42,6	50,3	*
Moyennes ou mauvaises	14,7	12,2	n.s.
Consommation de fruits et légumes			
Moins de 5 portions par jour	71,3	54,9	***
Activité physique (fréquence)			
Sédentarité	39,3	33,0	*
Intention ferme de faire régulièrement de l'activité physique	46,5	56,4	**
Tabagisme			
Fumeur actuel	30,5	19,1	***
Ancien fumeur	48,2	49,4	n.s.
Jamais fumé	21,1	31,4	***

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

1. Ajustée selon la structure d'âge de la population régionale de 45 ans et plus en 2007.

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

En ce qui a trait aux comportements considérés à risque pour la maladie cardiovasculaire, on observe aussi des différences entre les deux groupes. Les personnes atteintes de MCV sont moins actives physiquement : 39 % des personnes qui déclarent une maladie cardiovasculaire sont classées comme sédentaires, comparativement à 33 % chez celles qui n'en déclarent pas. De plus, l'intention de faire régulièrement de l'activité physique au cours de la prochaine année est moins marquée chez les individus atteints de MCV : 47 % d'entre eux déclarent qu'ils vont certainement en faire, comparativement à 56 % de ceux qui n'ont pas de MCV.

En ce qui a trait au tabagisme, 31 % des personnes atteintes de MCV sont des fumeurs, alors que cette proportion n'est que de 19 % chez les individus non atteints. Il serait évidemment souhaitable que les gens confrontés à la maladie cardiovasculaire cessent de fumer afin de réduire le risque de voir leur état s'aggraver.

Selon diverses données épidémiologiques, la consommation régulière de fruits et légumes est un des éléments qui contribue à prévenir la maladie cardiovasculaire⁷. Les données de l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007* indiquent que la proportion d'individus qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes quotidiennement est nettement plus élevée chez les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire (71 %) comparativement à chez celles qui n'ont pas la maladie (55 %). De plus, les individus atteints de MCV sont moins nombreux à juger leurs habitudes alimentaires comme étant excellentes ou très bonnes (43 % vs 50 %).

7. B. LACHANCE et J. COLGAN, *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention des maladies chroniques. Cadre de référence - volet adulte Document de travail*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de santé publique, 2004, p. 20.

❖ L'état de santé des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire

Le tiers des personnes de 45 ans et plus déclarant une maladie cardiovasculaire considèrent que leur état de santé est moyen ou mauvais, comparativement à 12 % pour celles ne souffrant pas de la maladie. Inversement, les personnes atteintes d'une MCV sont nettement moins nombreuses à juger que leur état de santé est excellent ou très bon (26 % vs 59 %) (tableau 1.4).

Tableau 1.4
Perception de l'état de santé et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge¹, selon la présence de MCV, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

Facteurs de risque	Personnes avec MCV	Personnes sans MCV	
	(n = 246) %	(n = 2 612) %	
<i>Perception de son état de santé</i>			
Excellent ou très bon	26,1	59,2	***
Bon	40,2	28,4	***
Moyen ou mauvais	33,7	12,4	***
<i>Prévalence de maladies chroniques</i>			
Troubles dus à un AVC	11,0	1,6	***
Arthrite et rhumatisme	39,2	29,7	**
Asthme	8,1	7,6	n.s.
MPOC	9,0	5,2	*
<i>Niveau élevé de détresse psychologique</i>			
	14,9	5,6	***

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

1. Ajustée selon la structure d'âge de la population régionale de 45 ans et plus en 2007.

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

Les troubles dus à un accident vasculaire cérébral (AVC) sont nettement plus fréquents chez les personnes ayant déclaré être atteintes d'une maladie cardiovasculaire (11,0 % vs 1,6 %). Ce qui apparaît tout à fait logique puisque ces deux maladies partagent des facteurs de risque communs. Dans le questionnaire de l'enquête, la question concernant la MCV précédait celle ayant trait aux troubles dus à un AVC; il est donc possible que des répondants aient répondu oui à ces deux questions alors que dans les faits, leur seule manifestation d'une MCV serait un AVC.

Par ailleurs, comparativement aux individus non atteints de MCV, ceux souffrant de la maladie sont proportionnellement plus nombreux à déclarer des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (39 % vs 30 %). Ils sont aussi davantage confrontés à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (9,0 % vs 5,7 %). Dans ce dernier cas, on peut supposer que le tabagisme est le facteur de risque commun.

Enfin, la proportion d'individus présentant un niveau élevé de détresse psychologique, mesuré dans l'enquête par une série de 29 questions⁸, est environ trois fois plus élevée parmi les personnes déclarant une MCV (14,9 %) que parmi celles qui n'en déclarent pas (5,6 %). Le caractère incapacitant de la maladie semble donc avoir des effets sur le moral des individus qui en sont atteints.

❖ Les troubles dus à un accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux peuvent être causés soit par du sang qui s'échappe des vaisseaux (AVC hémorragiques) ou par un manque de sang, et donc d'oxygène, au cerveau (AVC ischémiques). La privation d'oxygène peut être plus ou moins longue et provoquer des dommages permanents aux cellules nerveuses du cerveau. Il en résulte des handicaps qui peuvent être soit temporaires ou permanents⁹.

En 2003, les AVC étaient à l'origine de 5,5 % de toutes les hospitalisations au Québec et 5,2 % de tous les décès¹⁰. Comme dans le cas des MCV, la mortalité attribuable aux AVC a considérablement diminué depuis une vingtaine d'années. Entre 1990 et 2003, on a observé au Québec une réduction de 43 % du taux de mortalité ajusté selon l'âge chez les hommes, soit une baisse moyenne de 3,3 % par année. L'ampleur de la réduction observée chez les femmes est à peu près similaire¹¹.

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

9. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*, 2006, p. 75.

10. *Ibid.*, p. 75, 81.

11. *Ibid.*, p. 83.

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean a longtemps présenté une mortalité plus élevée pour ce type de maladie. L'écart avec le Québec a été progressivement réduit, si bien que les données pour l'année 2003 n'indiquent aucune différence statistiquement significative avec les taux québécois, tant chez les hommes que chez les femmes¹².

❖ La situation régionale en 2007

L'enquête réalisée en 2007 permettait de documenter la prévalence des troubles dus à un AVC. Selon les données de cette enquête, 1,4 % des adultes de 18 ans de la région seraient confrontés à ce problème de santé. Concrètement, cela représente environ 3 000 individus.

Dans les territoires de RLS de la région, la prévalence des troubles dus à un AVC varie de 1 % dans le territoire La Baie à 2,3 % dans le territoire Domaine-du-Roy (tableau 1.5). Ce territoire se distingue d'ailleurs par une prévalence plus élevée de la maladie, notamment chez les hommes : 3,4 % des adultes de sexe masculin résidant sur ce territoire déclarent souffrir de troubles dus à un AVC comparativement à 1,4 % pour l'ensemble des autres territoires de la région. Il s'agit de la seule différence statistiquement significative observée en ce qui a trait à la prévalence de la maladie.

Tableau 1.5
Prévalence brute des troubles dus à un AVC, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

Territoires	Sexes réunis		Hommes	Femmes
	%	Nombre ¹		
La Baie	1,0	184	1,0	1,0
Chicoutimi	1,1	672	1,7	0,5
Jonquièrre	1,2	612	1,2	1,0
Domaine-du-Roy	2,3 *	584	3,4 **	1,0
María-Chapdelaine	1,1	229	1,4	0,7
Lac-Saint-Jean-Est	1,8	758	1,5	2,2
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1,4	3 039	1,7	1,1

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

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

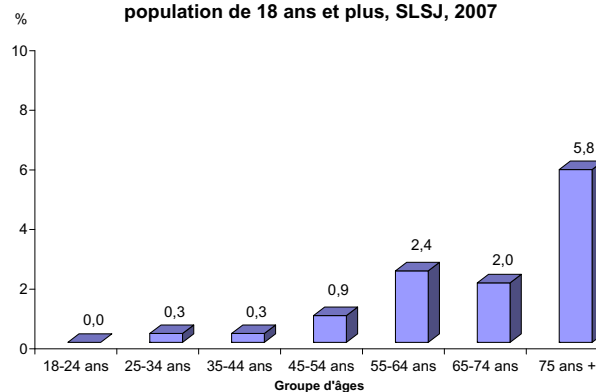
*, ** = indique une différence statistiquement significative avec l'ensemble des autres territoires de la région (* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$).

12. Loc. cit.

❖ Les variations selon l'âge et le sexe

Les troubles dus à un AVC sont plutôt rares avant 55 ans, leur prévalence se situant sous la barre des 1 %. Par la suite, ils touchent environ 2 % des individus âgés de 55 à 74 ans, puis 6 % de ceux âgés de 75 ans et plus (figure 1.4).

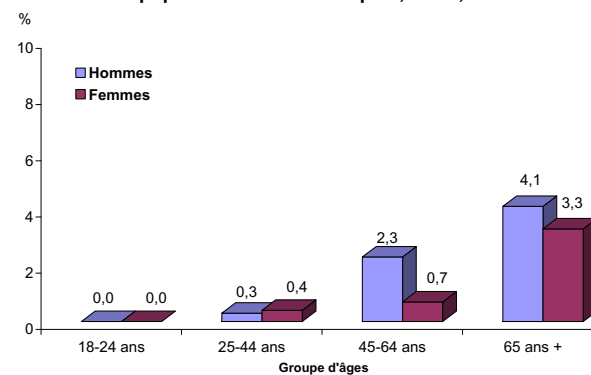
Figure 1.4
Prévalence des troubles dus à un AVC, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



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

La prévalence de ces problèmes est à peu près similaire chez les hommes (1,7 %) et chez les femmes (1,1 %). La seule différence notable concerne le groupe des 45-64 ans où trois fois plus d'hommes que de femmes sont atteints (figure 1.5).

Figure 1.5
Prévalence des troubles dus à un AVC, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



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

❖ *Les liens avec les facteurs socioéconomiques, les facteurs de risque de la maladie et l'état de santé*

Le faible nombre de cas atteints de troubles dus à un AVC dans notre échantillon (67 personnes) ne permet pas une analyse valide des liens de la maladie avec les facteurs socioéconomiques. Ceci est dû aussi au fait que l'âge moyen des personnes atteintes (64,5 ans) est nettement plus élevé que celui des personnes non atteintes (47,6 ans) et qu'il aurait fallu contrôler l'effet de l'âge dans nos analyses, ce qui n'était pas possible vu le faible nombre de cas.

Pour la même raison, les seules analyses qui ont été faites concernent des phénomènes moins fortement associés à l'âge (sédentarité) ou encore des phénomènes dont l'ampleur diminue chez les personnes plus âgées (tabagisme, détresse psychologique).

Près du tiers (30 %) des répondants ayant des troubles dus à un AVC sont des fumeurs, une proportion significativement plus élevée que celle observée chez ceux qui n'ont pas la maladie (24 %) (tableau 1.6). Par ailleurs, comme dans le cas de la maladie cardiaque, la proportion d'anciens fumeurs est plus élevée au sein des personnes avec troubles dus à un AVC (58 %) que chez les personnes non atteintes (41 %), ce qui est cohérent avec le rôle bien établi du tabagisme comme facteur de risque de la maladie vasculaire cérébrale.

En ce qui a trait à l'activité physique de loisir, la proportion de sédentaires est à toutes fins utiles similaire chez les deux groupes (34 % vs 31 %). Par contre, la proportion de gens plus actifs (2-3 fois par semaine ou plus) est plus faible chez les individus ayant la maladie (36 %) que chez ceux qui ne l'ont pas (52 %). Enfin, en ce qui a trait à l'intention de pratiquer des activités physiques de loisir régulièrement au cours de la prochaine année, on ne constate aucune différence entre les deux groupes.

La proportion d'individus classés comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique est significativement plus élevée chez les individus atteints de troubles dus à un AVC : 19 % d'entre eux présentent un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 7 % chez les gens non atteints de la maladie. L'aspect très incapacitant de la maladie semble donc avoir des effets importants sur le moral des individus qui en sont atteints.

Tableau 1.6
Tabagisme, activité physique de loisir et détresse psychologique, selon la présence de troubles dus à un AVC, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

	Personnes avec AVC (n = 67) %	Personnes sans AVC (n = 4 852) %	
Âge moyen	64,5 ans	47,6 ans	***
Tabagisme			**
Fumeur quotidien	23,9	19,3	
Fumeur occasionnel	6,0	4,8	
Ancien fumeur	58,2	41,3	
Jamais fumé	11,9	34,2	
Activité physique de loisir (fréquence)			*
Moins d'une fois semaine	34,3	30,8	
1 fois par semaine	29,9	16,8	
2-3 fois par semaine	19,4	33,2	
4 fois par semaine ou plus	16,4	19,2	
Activité physique de loisir (intention)			n.s.
Certainement	55,2	59,1	
Probablement	25,4	27,2	
Probablement pas	9,0	8,1	
Certainement pas	10,4	5,6	
Niveau élevé de détresse psychologique	19,4	6,7	***

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

*,** ou *** = indique une différence statistiquement significative entre les deux groupes

(* = p < 0,05 ; ** = p < 0,01 ; *** = p < 0,001).



SECTION II

L'asthme

❖ Problématique

L'asthme est une maladie chronique qui touche un grand nombre d'enfants et d'adultes. Il est caractérisé par l'inflammation et l'obstruction partielle réversible des bronches. Ceci est attribuable à l'hypersensibilité des voies aériennes qui se contractent au contact de divers irritants, déclenchant les symptômes typiques de la maladie : toux, essoufflement, oppression thoracique et respiration sifflante. Les principales substances susceptibles de provoquer une réaction sont les allergènes, les infections respiratoires virales, l'exercice et l'exposition à des vapeurs ou à des gaz irritants, soit en milieu de travail ou dans l'environnement¹. La pollution atmosphérique et l'exposition à la fumée secondaire du tabac sont, entre autres, deux facteurs qui aggravent l'asthme.

L'asthme est une maladie complexe, liée à la fois à des facteurs d'ordre environnemental et génétique². On distingue des facteurs prédisposants, tels que l'atopie, le sexe et la génétique et des facteurs étiologiques (allergènes).

L'atopie est la prédisposition de l'organisme à sécréter des taux anormaux d'immunoglobulines E (IgE) en réponse aux allergènes présents dans le milieu. L'atopie semble le plus puissant facteur prédisposant que l'on puisse identifier pour l'asthme.

En ce qui a trait au sexe, différentes données indiquent que les jeunes garçons semblent développer l'asthme plus souvent que les jeunes filles, probablement parce que leurs voies aériennes sont de plus petit calibre. Ce déséquilibre s'inverse avec l'âge : plus de femmes adultes que d'hommes développent l'asthme. Enfin, l'asthme est plus courant dans les familles où un des deux parents en souffre, le lien étant plus fort quand c'est la mère qui est asthmatique³.

En ce qui a trait aux facteurs étiologiques, il s'agit surtout des allergènes intérieurs (poussières de maison, acariens domestiques, phanères des animaux de compagnie, allergènes et champignons) et extérieurs (pollens et champignons). A cela s'ajoutent les agents sensibilisants présents en milieu de travail. C'est la seule cause documentée de l'asthme chez l'adulte⁴.

Un asthme mal maîtrisé peut accroître l'absentéisme à l'école ou au travail et/ou réduire la participation à des activités sportives, sociales ou autres, réduisant ainsi la qualité de vie. Dans une vaste enquête nationale menée en 1996-1997, « 35 % des personnes qui souffraient d'asthme au moment de l'enquête avaient dû restreindre leurs activités quotidiennes en raison de leur asthme : 22 % durant une période de 1 à 5 jours et 13 % durant plus de 5 jours au cours de l'année précédente⁵ ».

1. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA, SANTÉ CANADA ET STATISTIQUE CANADA, 2001, p. 33.

2. Y. CHEN et autres, *L'association entre l'adéquation du revenu et l'asthme chez les canadiens*, Recueil du symposium 2002 de Statistique Canada, Modélisation des données d'enquête pour la recherche économique et sociale, 2002, p. 6.

3. GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME, *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada*, 2000, p. 21.

4. *Ibid.*, p. 22.

5. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA, SANTÉ CANADA ET STATISTIQUE CANADA, *Les maladies respiratoires au Canada*, 2001, p. 40.

❖ *La situation régionale en 2007*

En 2007, dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 8,9 % des adultes de 18 ans et plus souffrent d’asthme, ce qui représente concrètement environ 19 600 individus.

Il semble que la prévalence de l’asthme ne soit pas plus élevée dans la région qu’au Québec. La comparaison des prévalences par groupes d’âges, sexes réunis, tirées de notre enquête en 2007 et de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005 ne révèle en effet aucune différence significative (tableau 2.1).

Tableau 2.1
Prévalence de l’asthme autodéclaré, selon l’âge, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007 et reste du Québec, 2005

	Région SLSJ		Reste du Québec	
	Enquête 2007		ESCC 2005	
	%	IC 95 % ¹	%	IC 95 % ¹
18-24 ans	10,8	(8,2 - 13,4)	9,1	(n.d.)
25-44 ans	10,2	(8,7 - 11,7)	8,2	(7,4 - 9,1)
45-64 ans	7,3	(6,2 - 8,4)	7,4	(6,6 - 8,3)
65-74 ans	9,0	(6,5 - 11,5)	8,2	(6,6 - 10,0)
75 ans +	9,1	(6,3 - 11,9)	9,1	(7,1 - 11,4)
18 ans +	8,9	(8,1 - 9,7)	8,1	(n.d.)

Sources : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007 et Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005.

1. Intervalles de confiance à 95 % de l'estimation.

Deux territoires sociosanitaires se démarquent en ce qui a trait à la prévalence de l’asthme : celui de Lac-Saint-Jean-Est, où la prévalence chez l’ensemble de la population de 18 ans et plus (6,7 %) et chez la population féminine de 18 ans et plus (7,1 %) est plus faible que dans l’ensemble des autres territoires; celui de Maria-Chapdelaine, où la prévalence de l’asthme chez les hommes (11,2 %) est significativement plus élevée que dans les cinq autres territoires réunis (7,4 %) (tableau 2.2).

Tableau 2.2
Prévalence brute de l’asthme autodéclaré, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

Territoires	Sexes réunis		Hommes	Femmes
	%	Nombre ¹		
La Baie	9,1	1 698	6,4	11,9
Chicoutimi	8,5	5 287	7,2	9,9
Jonquière	10,3	5 363	9,9	10,5
Domaine-du-Roy	8,8	2 274	7,5	9,9
Maria-Chapdelaine	10,7	2 244	11,2 *	10,2
Lac-Saint-Jean-Est	6,7 *	2 755	6,4	7,1 *
Saguenay–Lac-Saint-Jean	8,9	19 622	8,0	9,7

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

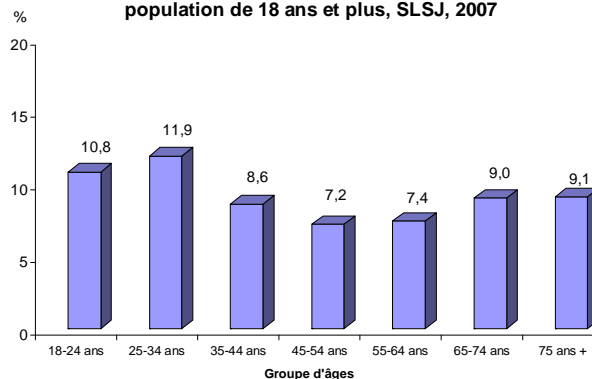
1. Nombre estimé selon les perspectives démographiques de l’Institut de la statistique du Québec pour la population de 18 ans et plus du territoire en 2007 (fichier RSL200126groupeage.xls).

* : Indique une différence statistiquement significative avec l’ensemble des autres territoires de la région (p < 0,05).

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

La prévalence de l’asthme est plus élevée chez les groupes d’âges plus jeunes, où elle varie entre 11 % et 12 % et se stabilise par la suite entre 7 % et 9 % chez les personnes de 35 ans et plus (figure 2.1).

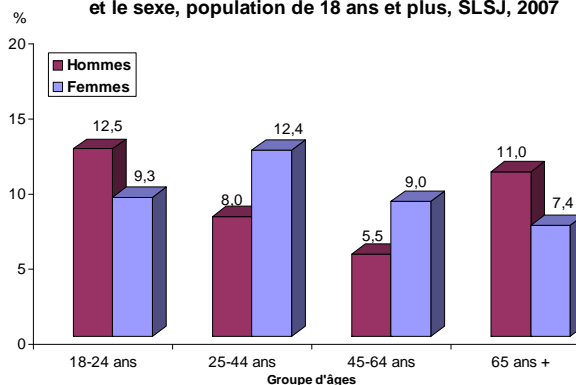
Figure 2.1
Prévalence de l’asthme autodéclaré, selon l’âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



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

Dans l’ensemble de la population adulte, l’asthme est plus fréquent chez les femmes (9,7 %) que chez les hommes (8,0 %), une différence statistiquement significative. L’écart est particulièrement accentué entre 25 et 64 ans. Par contre, chez les personnes de 18-24 ans et celles âgées de 65 ans et plus, la situation s’inverse, l’asthme touchant plus d’hommes que de femmes (figure 2.2).

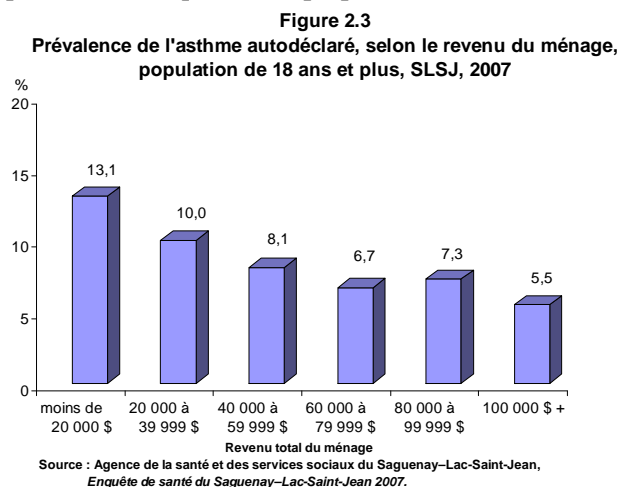
Figure 2.2
Prévalence de l’asthme autodéclaré, selon l’âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



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

❖ Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques

En ce qui a trait aux caractéristiques socioéconomiques, on remarque un lien entre le niveau de scolarité et la prévalence de l'asthme : cette prévalence se situe à 10 % environ dans le groupe de personnes qui ne détiennent pas de diplôme d'études postsecondaires alors qu'elle est d'environ 7 % chez ceux qui détiennent ce genre de diplôme. Par ailleurs, l'asthme est plus fréquent chez les personnes qui perçoivent leur situation économique comme étant moins bonne que la moyenne (15,8 %) que chez celles qui la perçoivent comme étant équivalente (8,3 %) ou meilleure que la moyenne (7,1 %). Ceci est cohérent avec le fait que la prévalence de l'asthme tend à diminuer à mesure qu'augmente le revenu du ménage. Ainsi, cette prévalence passe progressivement de 13 % chez ceux vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ à 5,5 % chez ceux dont le revenu familial est de 100 000 \$ et plus (figure 2.3). Enfin, l'asthme est plus fréquent chez les personnes qui sont locataires de leur logement (12 %) que chez celles qui en sont propriétaires (7,5 %).



Ces liens entre revenu et prévalence de l'asthme sont corroborés entre autres par ceux observés à partir des données canadiennes de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) de 1996-1997. Dans une analyse de ces données portant sur 173 000 répondants, les auteurs concluent que la prévalence de l'asthme augmente à mesure que diminue le revenu du ménage, et que cette relation persiste même si l'on contrôle l'effet de l'âge, du sexe, des antécédents d'allergie, de la taille du ménage et du nombre de chambres à coucher⁶.

6. Y. CHEN et autres, *op. cit.*, p. 4.

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

Dans l'échantillon d'environ 5 000 répondants de l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*, l'âge moyen des personnes atteintes d'asthme (46 ans) est légèrement moins élevé que celui des personnes non atteintes (48 ans). Les données ont été ajustées selon l'âge afin de rendre les deux groupes tout à fait comparables sur ce plan.

Les données de l'enquête indiquent que les personnes atteintes d'asthme sont proportionnellement plus nombreuses à fumer tous les jours : 24 % le font, comparativement à 19 % chez les individus non asthmatiques ($p < .05$) (tableau 2.3). C'est la seule catégorie de la variable « type de fumeur » pour laquelle on observe une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Tableau 2.3
Prévalence des facteurs de risque ou de protection associés à l'asthme, ajustée pour l'âge¹, selon la présence de la maladie, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

Facteurs de risque ou de protection	Personnes asthmatiques (n = 438)	Personnes non asthmatiques (n = 4 494)	
	%	%	
<i>Tabagisme</i>			
Fumeur quotidien	23,6	19,0	*
Fumeur occasionnel	3,9	5,0	n.s.
Ancien fumeur	39,4	41,7	n.s.
Jamais fumé	33,1	34,3	n.s.
Intention de cesser de fumer	86,5	79,2	***
<i>Environnement immédiat</i>			
Vit avec un animal domestique	46,7	42,3	n.s.
Fait usage de bois pour chauffer le domicile	25,9	34,1	***
A eu des problèmes de qualité de l'air intérieur du domicile	9,2	3,8	***
<i>Activité physique</i>			
Fréquence :			
Moins d'une fois par semaine	34,5	30,5	n.s.
1 fois par semaine	14,6	17,2	n.s.
2-3 fois par semaine	36,7	32,7	n.s.
4 fois par semaine ou plus	14,2	19,6	**
Intention ferme de faire régulièrement de l'activité physique	55,6	59,2	n.s.

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

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

1. Ajustée selon la structure d'âge de la population régionale de 18 ans et plus en 2007.

Près du quart des personnes asthmatiques continuent donc à fumer quotidiennement malgré la présence de la maladie, ce qui illustre bien la forte dépendance que peut créer le tabac chez ses utilisateurs. Par contre, 87 % des personnes asthmatiques affirment avoir l'intention de cesser de fumer, une proportion significativement plus élevée que celle observée chez les non asthmatiques (79 %). De plus, 21 % des individus asthmatiques fumeurs prévoyaient cesser de fumer au cours des 30 prochains jours et 49 % au cours des 6 prochains mois, ce qui en faisait un groupe un peu plus motivé que les individus non asthmatiques.

En ce qui a trait à l'environnement immédiat, l'analyse a permis de dégager ce qui suit. Près de la moitié (47 %) des personnes souffrant d'asthme partagent leur domicile avec un chat, un chien ou un autre animal domestique. Si cette proportion est à peu près similaire à celle observée chez les non asthmatiques (42 %), il n'en demeure pas moins qu'un individu asthmatique sur deux est confronté à des allergènes qu'il devrait en principe éviter. Par ailleurs, le quart des asthmatiques (26 %) habitent une résidence où le chauffage au bois est utilisé comme moyen de chauffage, une proportion inférieure à celle observée chez les non asthmatiques (34 %). Par contre, pour ces personnes asthmatiques, le chauffage au bois constitue dans près de la moitié des cas (46 %) le principal moyen de chauffage de la résidence.

Une proportion non négligeable des personnes asthmatiques sont confrontées à deux autres problèmes reliés à leur environnement immédiat : d'une part, 9,2 % des personnes souffrant d'asthme habitent un endroit où il y a eu des problèmes de qualité de l'air intérieur au cours des 5 années précédant l'enquête, une proportion significativement plus élevée que celle observée chez les non asthmatiques (3,8 %); d'autre part, 11 % des individus asthmatiques qui sont non fumeurs doivent composer avec la fumée secondaire du tabac puisqu'ils vivent dans un domicile où il y a au moins un fumeur.

La pratique d'activités physiques peut entraîner, chez certaines personnes asthmatiques, des problèmes particuliers. L'asthme d'effort se traduit par des

symptômes tels toux, respiration sifflante, oppression ou souffle court qui apparaissent de 10 à 15 minutes après avoir commencé un exercice physique difficile ou après l'activité. Cependant, plus souvent qu'autrement, avoir des symptômes d'asthme pendant l'exercice est un signe que l'affection sous-jacente n'est pas bien gérée. Les personnes qui gèrent bien leur asthme peuvent participer à la plupart des activités, y compris aux activités qui requièrent un effort plus intense. C'est pourquoi le Groupe de travail national sur la lutte contre l'asthme considère que « l'activité physique régulière est un élément important de tout plan efficace de prise en charge de l'asthme⁷ ».

Les données de l'enquête indiquent que les asthmatiques diffèrent légèrement des individus qui ne sont pas atteints en ce qui a trait à la pratique de l'activité physique de loisir. La différence la plus notable est que la proportion de gens très actifs, c'est-à-dire s'adonnant à une activité physique quatre fois par semaine ou plus, est plus élevée chez les non asthmatiques (20 %) que chez les asthmatiques (14 %). Par contre, en ce qui a trait à l'intention de faire régulièrement de l'activité physique pendant ses loisirs dans l'année qui vient, on n'observe aucune différence significative entre les deux groupes.

❖ *L'état de santé des personnes asthmatiques*

La comparaison de l'état de santé des personnes asthmatiques et non asthmatiques a été faite en ajustant les données pour l'âge afin de rendre les deux groupes comparables sur ce plan.

Les individus asthmatiques sont proportionnellement plus nombreux à juger leur état de santé comme étant moyen ou mauvais (24 %) comparativement aux non asthmatiques (10 %) (tableau 2.4). Inversement, ils sont moins nombreux à se considérer en excellente ou très bonne santé (43 % vs 64 %).

De fait, pour plusieurs d'entre eux, la maladie s'accompagne d'autres problèmes de santé, notamment de problèmes associés au système respiratoire. Comparativement aux non asthmatiques, ils sont plus nombreux à souffrir de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (25 % vs 2 %). Mais ils sont aussi

7. GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME, *op. cit.*, page liminaire x.

plus souvent atteints d'arthrite ou de rhumatisme (30 % vs 18 %). Cet écart peut être attribuable en bonne partie au fait que la prévalence de l'obésité, facteur de risque reconnu de problèmes ostéo-articulaires, est près de deux fois plus élevée chez les individus asthmatiques (25 %) que chez ceux qui ne le sont pas (13 %). Les personnes asthmatiques déclarent aussi plus fréquemment être atteintes d'hypertension, de diabète ou de maladie cardiaque, quoique dans ce cas, l'écart avec les personnes non asthmatiques soit peu marqué.

Par ailleurs, la détresse psychologique, mesurée dans l'enquête par une série de 29 questions⁸, est plus fréquente chez les individus atteints d'asthme: 14 % d'entre eux présentent un niveau de symptomatologie élevé, comparativement à 6 % chez les gens non atteints de la maladie. Il est donc possible que le caractère incapacitant de la maladie ait un effet négatif sur le moral des gens qui en sont atteints.

Tableau 2.4
Perception de l'état de santé et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge¹, selon la présence d'asthme, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

	Personnes asthmatiques (n = 436) %	Personnes non asthmatiques (n = 4 487) %	
<i>Perception de son état de santé</i>			
Excellent ou très bon	43,1	64,1	***
Bon	32,6	26,0	**
Moyen ou mauvais	24,3	10,0	***
<i>Prévalence de maladies chroniques</i>			
MPOC	25,1	2,3	***
Arthrite et rhumatisme	30,4	18,3	***
Hypertension	26,6	19,9	***
Diabète	9,9	5,9	***
Obésité	24,5	13,0	***
Maladie cardiaque	7,7	5,3	*
Troubles dus à un AVC	0,8	1,4	n.s.
<i>Niveau élevé de détresse psychologique</i>			
	13,9	6,2	***

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

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

1. Ajustée selon la structure d'âge de la population régionale de 18 ans et plus en 2007.

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



SECTION III

***Les maladies pulmonaires obstructives
chroniques***

❖ *Problématique*

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie chronique caractérisée par une difficulté respiratoire, de la toux, et la production de mucus. Ses symptômes apparaissent généralement de façon tardive bien que les changements au niveau pulmonaire débutent plusieurs années auparavant. La bronchite chronique et l'emphysème sont les deux processus pathologiques sous-jacents les plus courants qui contribuent à la MPOC¹.

La bronchite chronique est une inflammation permanente des bronches souvent accompagnée d'hypersécrétion de mucus. On la reconnaît au fait que la toux et les expectorations persistent plusieurs mois et durent généralement un peu plus longtemps chaque fois. L'obstruction des bronches et les sécrétions trop abondantes causeront de l'essoufflement de plus en plus marqué avec le temps².

Souvent diagnostiqué à un stade avancé, l'emphysème est une maladie dégénérative à évolution lente et progressive : le tissu pulmonaire se détruit et perd son élasticité. L'expiration, plus difficile et laborieuse, s'accompagne d'une sensation persistante d'essoufflement et de fatigue³.

La MPOC progresse lentement sur un certain nombre d'années et est irréversible, se soldant souvent par le décès. La qualité de vie des personnes atteintes diminue à mesure que la maladie progresse, en raison de la limitation de leurs activités, due à un essoufflement de plus en plus marqué⁴.

On estime généralement que le tabagisme est à l'origine de 80 à 90 % des cas de MPOC. « L'exposition professionnelle aux poussières et à certaines fumées (par exemple cadmium, poussière d'or, de charbon, poussière céréalière) est l'autre facteur de risque le plus important. L'exposition à

des poussières non spécifiques risque d'aggraver l'effet du tabagisme [...]. Des infections respiratoires répétées durant l'enfance et l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) causent une diminution de la fonction respiratoire, ce qui peut prédisposer le sujet à souffrir d'une éventuelle MPOC. Une déficience génétique en alpha1-antitrypsine (AAT), qui protège les tissus pulmonaires, est aussi associée à l'augmentation des risques de MPOC⁵. »

« Le déficit en alpha1-antitrypsine (AAT) est une maladie génétique, chronique et progressive qui cause des problèmes pulmonaires et/ou du foie [...]. L'AAT est une substance (protéine) présente dans l'organisme qui, en quantité suffisante dans le poumon aide à détruire les déchets toxiques, entre autres, une enzyme appelée élastase. Lorsqu'il y a défaillance de cette protéine d'AAT, l'élastase augmente et cause la destruction de l'élasticité du tissu pulmonaire ayant pour effet de causer ce que l'on appelle emphysème génétique. Contrairement à l'emphysème que développent les personnes suite à l'usage du tabac durant de longues années, les personnes atteintes « d'emphysème génétique » ont tendance à développer cette maladie plus jeune, soit vers l'âge de 40 ans, et ce, même avec peu ou pas d'exposition au tabagisme⁶. »

1. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA, SANTÉ CANADA ET STATISTIQUE CANADA, *Les maladies respiratoires au Canada*, 2001, p. 45.

2. ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC, Page sur la MPOC, [En ligne], [http://www.pq.poumon.ca] (29 novembre 2007).

3. *Ibid.*, page sur la MPOC.

4. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA, SANTÉ CANADA ET STATISTIQUE CANADA, *op. cit.*, p. 45.

5. ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC, *op. cit.*, page sur la déficience en alpha1-antitrypsine.

6. *Loc. cit.*

Afin d'établir la prévalence de la MPOC dans la région, deux questions tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003, cycle 2.1* ont été utilisées : « Êtes-vous atteint(e) de bronchite chronique ? » et « Souffrez-vous d'emphysème ou de maladie pulmonaire obstructive chronique ? ». Ces questions étaient incluses dans une section portant sur les maladies chroniques où l'on spécifiait que la maladie devait durer depuis au moins six mois et avoir été diagnostiquée par un médecin. La première question s'adressait aux 18 ans et plus et la seconde aux 30 ans et plus, parce que Statistique Canada considérait que la possibilité de cas d'emphysème chez les moins de 30 ans était très faible. La prévalence de la MPOC a été obtenue en croisant les réponses à ces deux questions. On considère qu'il y a présence de MPOC si le répondant a donné une réponse positive à l'une de ces deux questions.

❖ *La situation régionale en 2007*

Dans la région, selon la définition mentionnée au paragraphe précédent, 4,2 % des adultes de 18 ans et plus déclarent être atteints de MPOC. Concrètement, cela représente environ 9 265 individus.

On n'observe aucune différence statistiquement significative entre la prévalence de la MPOC observée au sein de la population régionale de 18 ans et plus en 2007 (4,2 %) et celle obtenue pour le reste du Québec lors de l'ESCC de 2005 (3,4 %). Le constat s'applique aussi à tous les groupes d'âges (tableau 3.1).

Tableau 3.1
Prévalence de la MPOC autodéclarée, selon l'âge, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007 et reste du Québec, 2005

	Région SLSJ Enquête 2007		Reste du Québec ESCC 2005	
	%	IC 95 % ¹	%	IC 95 % ¹
18-24 ans	1,3	(0,4 - 2,2)	1,6	n.d.
25-44 ans	2,4	(1,6 - 3,2)	1,5	n.d.
45-64 ans	4,7	(3,8 - 5,6)	3,9	n.d.
65-74 ans	6,7	(4,5 - 8,8)	6,4	n.d.
75 ans +	10,0	(7,1 - 12,9)	10,5	n.d.
18 ans +	4,2	(3,6 - 4,8)	3,4	n.d.

Sources : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007* et Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005*.

1. Intervalles de confiance à 95 % de l'estimation.

Par ailleurs, la prévalence de la maladie ne varie pas de façon significative selon le territoire de RLS (tableau 3.2).

Tableau 3.2
Prévalence brute de la MPOC autodéclarée, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

Territoires	Sexes réunis		Hommes	Femmes
	%	Nombre ¹	%	%
La Baie	4,6	862	3,3	6,0
Chicoutimi	4,6	2 830	3,4	5,6
Jonquière	4,4	2 310	3,5	5,3
Domaine-du-Roy	3,6	937	2,6	4,6
Maria-Chapdelaine	5,0	1 054	4,5	5,7
Lac-Saint-Jean-Est	3,1	1 274	2,5	3,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	4,2	9 267	3,3	5,1

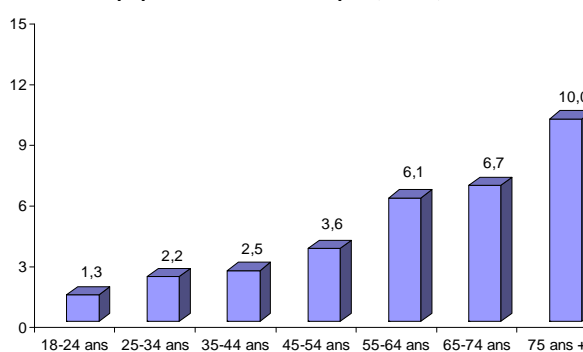
Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*.

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

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

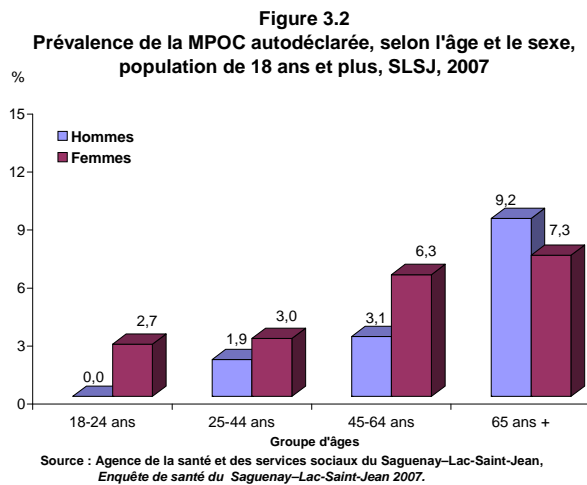
La fréquence de la maladie augmente progressivement avec l'âge, passant de 1,3 % chez les individus de 18-24 ans à 3,6 % chez les 45-54 ans, pour atteindre un sommet de 10 % chez les personnes de 75 ans et plus (figure 3.1).

Figure 3.1
Prévalence de la MPOC autodéclarée, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



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

Par ailleurs, la prévalence de la maladie est plus élevée chez les femmes (5,1 %) que chez les hommes (3,3 %). Ce constat demeure valide pour tous les groupes d'âges à l'exception des 65 ans et plus (figure 3.2). Ceci est cohérent avec les changements observés au cours des vingt dernières années environ en ce qui a trait à la prévalence du tabagisme. Comme le rappelle l'Association pulmonaire du Québec, « le taux de femmes atteintes de la MPOC augmente. Cette hausse est attribuable à l'augmentation du tabagisme chez les femmes⁷ ».

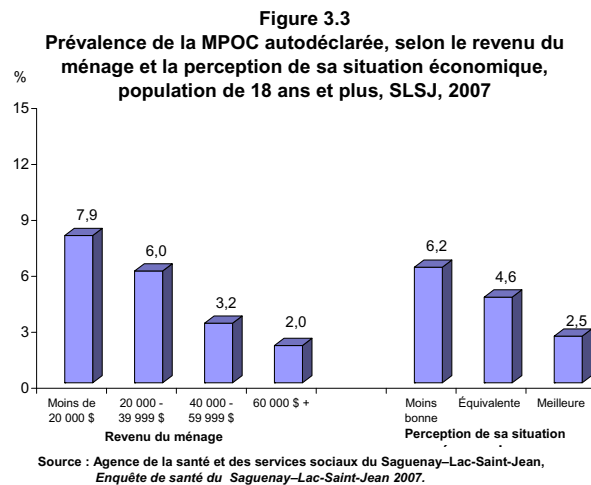


❖ Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques

On constate à première vue un lien entre le niveau de scolarité et la fréquence de la maladie. La maladie est plus fréquente au sein des groupes les moins scolarisés. Ainsi, 7,4 % des personnes faiblement scolarisées (sans diplôme d'études secondaires) souffrent de MPOC, et cette proportion diminue à 2,4 % chez les personnes détenant un diplôme d'études postsecondaires. Ce lien peut cependant être attribuable à la relation existant entre l'âge, le niveau de scolarité et la maladie. De fait, dans notre échantillon, l'âge moyen des personnes atteintes de bronchite chronique (57,4 ans) est nettement plus élevé que celui des personnes qui n'en sont pas atteintes (47,4 ans). Des analyses par groupes d'âges tendent toutefois à confirmer le lien entre niveau de scolarité et fréquence de la maladie, même si la relation n'est statistiquement significative que pour

le groupe des 45-64 ans. En fait, les différences s'observent surtout entre les individus qui ont un diplôme d'études postsecondaires (collégial ou universitaire) et ceux qui n'en ont pas, la prévalence de la maladie étant plus élevée chez ces derniers. Ce constat est cohérent avec les données concernant la prévalence du tabagisme qui est, depuis au moins une vingtaine d'années, plus élevée au sein des groupes de population les moins scolarisés.

De la même façon, on observe un lien avec cinq variables de nature économique, soit le revenu du ménage, la présence ou non d'un faible revenu, la perception que les gens ont de leur situation économique, la présence ou non d'insécurité alimentaire et enfin le fait d'être locataire ou non de son logement. La prévalence de la maladie tend à décroître à mesure que le revenu du ménage augmente. À titre d'exemple, elle se situe à 7,9 % chez les personnes dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ par an et diminue progressivement pour atteindre 2,0 % chez celles dont le revenu annuel est égal ou supérieur à 60 000 \$ (figure 3.3). De plus, la maladie est plus fréquente chez les personnes qui perçoivent leur situation économique comme étant inférieure à la moyenne (6,2 %) et décroît progressivement pour atteindre 2,5 % chez ceux qui perçoivent leur situation comme étant meilleure que la moyenne. Dans les deux cas, la relation tend à persister, peu importe l'âge. Enfin, la maladie est plus fréquente chez ceux qui sont locataires de leur logement (7,1 %) que chez ceux qui en sont propriétaires (2,9 %), relation qui se confirme chez tous les groupes d'âges.



7. ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC, *op. cit.*, page sur la MPOC.

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

Dans notre échantillon, l'âge moyen des personnes atteintes de MPOC (57,4 ans) est nettement plus élevé que celui des individus non atteints de la maladie (47,4 ans). Comme plusieurs comportements à risque varient en fonction de l'âge, les données ont été ajustées selon l'âge afin de rendre les deux groupes tout à fait comparables sur ce plan. De plus, comme le nombre de cas de MPOC chez les personnes de moins de 45 ans est peu élevé, les données analysées dans les paragraphes qui suivent ont été restreintes au groupe des 45 ans et plus.

Le principal facteur de risque de la MPOC est le tabagisme. Dans ses lignes directrices, la Société canadienne de thoracologie pour la MPOC souligne d'ailleurs que « l'abandon du tabac représente la seule intervention pouvant réduire le risque d'apparition d'une MPOC, et la seule intervention pouvant en ralentir l'évolution⁸ ».

Les données de l'enquête nous indiquent ce qui suit : d'une part, seulement 14 % des personnes atteintes de MPOC n'ont jamais fumé, comparativement à 32 % des individus non atteints. Ceci est cohérent avec les données de la littérature qui indiquent que de 80 % à 90 % des cas de MPOC sont attribuables au tabac. D'autre part, les personnes atteintes de la maladie sont plus nombreuses à être des fumeurs quotidiens : 37 % le sont, comparativement à 16 % chez les personnes sans MPOC (tableau 3.3). Un peu plus du tiers des personnes atteintes de MPOC continuent donc à fumer malgré la présence de la maladie, ce qui illustre bien la forte dépendance que peut créer le tabac chez ses utilisateurs. Ceci est d'autant plus dommage que l'on sait qu'il est absolument essentiel que la personne atteinte de bronchite chronique cesse de fumer afin de ralentir l'aggravation de l'obstruction bronchique et la diminution de la fonction respiratoire.

Tableau 3.3
Prévalence de facteurs de risque associés à la MPOC, ajustée pour l'âge, selon la présence de la maladie, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

Facteurs de risque	Personnes avec MPOC	Personnes sans MPOC	
	% (n = 159)	% (n = 2 681)	
<i>Tabagisme</i>			
Fumeur quotidien	37,3	15,8	***
Fumeur occasionnel	1,6	2,4	n.s.
Ancien fumeur	47,6	50,1	n.s.
Jamais fumé	13,5	31,7	***
Fume 25 cig. ou + / jour	14,8	2,9	***
Intention de cesser de fumer			
Oui	87,7	73,0	***
<i>Environnement immédiat</i>			
Utilise du bois pour chauffer le domicile	24,2	33,4	*
Vit avec un animal domestique	43,4	36,5	n.s.
A eu des problèmes de qualité de l'air intérieur du domicile	7,0	3,5	*
<i>Activité physique</i>			
Fréquence :			
Moins d'une fois semaine	56,1	32,4	***
1 fois par semaine	5,7	15,7	***
2-3 fois par semaine	21,6	30,4	*
4 fois par semaine ou plus	16,6	21,5	n.s.
Intention ferme de faire régulièrement de l'activité physique	42,9	56,6	***

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

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

La quantité de cigarettes fumées quotidiennement est aussi un autre élément à considérer. Sur ce plan, les données indiquent que la proportion de gros fumeurs (25 cigarettes ou plus par jour) est plus élevée chez les individus atteints de MPOC (15 %) que chez ceux qui n'ont pas la maladie (3 %). Par contre, 88 % des individus souffrant de bronchite chronique envisagent sérieusement de cesser de fumer, comparativement à 73 % des individus non atteints. De plus, une bonne proportion d'entre eux déclaraient souhaiter le faire au cours des trente prochains jours (22 %) ou des six prochains mois (33 %), ce qui en faisait un groupe un peu plus motivé que les personnes non atteintes de la maladie.

Selon l'Association pulmonaire du Québec, « un programme d'exercices adaptés à la condition physique de la personne atteinte de la MPOC

8. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE POUR LA MPOC, « Les lignes directrices : un résumé des recommandations à l'intention des médecins de familles », *Canadian Respiratory Journal*, novembre-décembre, 2003, vol.10, n°8, p. 463-466.

renforcera les muscles respiratoires et améliorera sa qualité de vie⁹ ». Les données de notre enquête indiquent que la proportion de gens sédentaires, c'est-à-dire qui s'activent moins d'une fois par semaine, est nettement plus élevée chez les personnes atteintes de la maladie (56 % vs 32 % chez les non atteintes). En ce qui a trait à l'intention de faire régulièrement de l'activité physique de loisir au cours de la prochaine année, 43 % des personnes souffrant de MPOC ont certainement l'intention d'en faire, une proportion moins élevée que celle observée chez les personnes n'ayant pas la maladie (57 %).

Le chauffage au bois et la présence d'animal domestique sont deux irritants potentiels des voies respiratoires que l'enquête permettait de documenter. Les données indiquent que la proportion d'individus qui utilisent le bois pour chauffer le domicile est moins élevée chez les personnes atteintes de MPOC (24 %) que chez celles qui n'ont pas la maladie (33 %). En ce qui a trait à la présence d'animal domestique, les deux groupes sont assez similaires (43 % et 37 %). On constate toutefois qu'une bonne proportion des individus atteints de MPOC sont confrontés à des irritants des voies respiratoires auxquels ils pourraient se soustraire. Enfin, une proportion plus élevée de personnes souffrant de MPOC (7,0 % vs 3,5 %) ont été confrontées à des problèmes de qualité de l'air intérieur dans leur domicile au cours des cinq années précédant l'enquête.

❖ L'état de santé des personnes atteintes de MPOC

L'état de santé des personnes atteintes de MPOC a été comparé à celui des individus non atteints, en ajustant les données selon l'âge et en restreignant les analyses aux gens âgés de 45 ans et plus.

Les personnes déclarant une MPOC perçoivent leur état de santé de façon plus négative. En fait, 41 % d'entre elles le jugent moyen ou mauvais, une proportion nettement plus élevée que celle observée chez les individus non atteints de la maladie (12 %) (tableau 3.4). Inversement, seulement une personne sur cinq souffrant de MPOC se considère en excellente ou très bonne santé.

Cette perception plutôt négative de l'état de santé chez les personnes atteintes de MPOC est cohérente d'une

part avec ce que l'on sait du caractère incapacitant de la maladie pulmonaire chronique et, d'autre part avec les données de l'enquête qui indiquent que plusieurs maladies chroniques sont de deux à trois fois plus fréquentes chez les individus souffrant de MPOC. C'est le cas en fait pour toutes les maladies chroniques sur lesquelles des données ont été recueillies lors de l'enquête (tableau 3.4).

Tableau 3.4
Perception de l'état de santé et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la présence de MPOC, population de 45 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

	Personnes avec MPOC (n = 159) %	Personnes sans MPOC (n = 2 681) %	
<i>Perception de son état de santé</i>			
Excellent ou très bon	20,5	58,9	***
Bon	38,3	28,7	**
Moyen ou mauvais	41,2	12,3	***
<i>Prévalence de maladies chroniques</i>			
Asthme	50,2	5,3	***
Arthrite et rhumatisme	52,5	29,3	***
Maladie cardiaque	14,5	8,1	**
Troubles dus à un AVC	5,7	1,9	**
Hypertension	40,4	31,7	*
Diabète	16,1	9,6	**
Obésité	27,8	15,3	***
<i>Niveau élevé de détresse psychologique</i>	25,5	4,9	***

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

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

La prévalence plus élevée de maladie cardiaque, de troubles dus à un accident vasculaire cérébral ainsi que d'hypertension chez les gens atteints de MPOC apparaît logique. Ceux-ci sont en effet plus nombreux à être des fumeurs quotidiens et des gros fumeurs. Ils sont aussi plus nombreux à souffrir de diabète et d'obésité, deux facteurs de risque reconnus des maladies mentionnées précédemment.

Par ailleurs, la détresse psychologique est nettement plus fréquente chez les individus atteints de MPOC : le quart d'entre eux (26 %) présentent un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 6 % chez les gens non atteints de la maladie. L'aspect très incapacitant de la maladie semble donc avoir des effets importants sur le moral des individus qui en sont atteints. Parmi les maladies chroniques incluses dans l'enquête, la MPOC est d'ailleurs celle qui a le plus d'impact sur ce plan.

9. ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC, *op. cit.*, page sur la MPOC.



SECTION IV

L'arthrite et le rhumatisme

❖ *Problématique*

« L'arthrite et les affections apparentées constituent un important groupe de pathologies touchant les articulations, les ligaments, les tendons, les os et d'autres éléments de l'appareil locomoteur. L'arthrite est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes au Canada et une des principales causes de douleur, d'incapacité physique et de recours aux soins de santé¹. »

Des données tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2000 démontrent bien l'impact de la maladie. Dans cette enquête, on a mesuré la présence d'invalidité à l'aide de l'indice de l'état de santé (*Health Utility Index*), un instrument destiné à évaluer les aspects quantitatifs et qualitatifs de la vie et notamment la mobilité, la dextérité, les douleurs et le malaise. « Sur la base de cette mesure, environ 40 % des sujets souffrant d'arthrite dans le groupe d'âges le plus jeune (15-44 ans) présentaient une invalidité, pourcentage qui passait à plus de 60 % parmi les sujets de 75 ans et plus. Le nombre de sujets souffrant d'invalidité était considérablement inférieur chez ceux présentant d'autres problèmes de santé chroniques ou aucun problème de santé chronique². »

Toujours dans l'ESCC, on demandait aux répondants si leurs activités quotidiennes à la maison, au travail, à l'école ou dans d'autres contextes étaient limitées par un problème physique ou mental de longue durée. « Dans tous les groupes d'âges, c'est parmi les sujets souffrant d'arthrite que l'on a enregistré le plus de limitations d'activités [...]. Globalement, la proportion de sujets souffrant d'arthrite ayant signalé des limitations d'activités était de deux à dix fois supérieure à la proportion des sujets présentant d'autres problèmes de santé chroniques ou n'ayant aucun problème de santé chronique³. » Les invalidités que cause l'arthrite se répercutent notamment sur les loisirs et la participation à la vie sociale et à la population active, quel que soit l'âge.

Outre ces impacts sur la vie quotidienne, les problèmes ostéo-articulaires constituent une cause de recours aux services de santé. « Les séjours hospitaliers attribuables aux maladies du système ostéo-articulaire représentent plus de 5 % des hospitalisations (excluant celles à la grossesse et à la naissance ainsi qu'aux troubles mentaux), ce qui est une proportion plus importante que pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Au cours des dernières années, la part des hospitalisations attribuables aux maladies du système ostéo-articulaire s'est accrue. Néanmoins, le principal fardeau de ces maladies est plutôt lié à l'incapacité de longue durée qu'aux hospitalisations⁴. »

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, les facteurs de risque les plus communs pour l'arthrite et les affections rhumatismales sont : l'âge, l'excédent de poids, l'activité physique insuffisante, des traumatismes et complications découlant d'autres problèmes, des facteurs génétiques ou héréditaires et enfin des anomalies du système immunitaire ou maladie auto-immune⁵.

Au Québec, les données indiquent une croissance continue de la prévalence de l'arthrite et d'autres formes de douleurs articulaires depuis une dizaine d'années. En 2005, 14,1 % des Québécois de 12 ans et plus affirment en souffrir comparativement à 8,6 % en 1994-1995⁶.

❖ *La situation régionale en 2007*

Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en 2007, 19,3 % des adultes de 18 ans et plus déclarent souffrir d'arthrite ou de rhumatisme, ce qui représente concrètement environ 42 450 individus.

La prévalence de l'arthrite au sein de la population de 18 ans et plus est significativement plus élevée dans la région en 2007 (19,3 %) qu'elle ne l'était en 2005 dans le reste du Québec (15,4 %). Le constat

1. SANTÉ CANADA, *L'arthrite au Canada, une bataille à gagner*, n° de catalogue H39-4 / 14-2003F, 2004, p.1.

2. *Ibid.*, p.16.

3. *Ibid.*, p.17-18.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, document de travail, 2007, p.7.

5. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, site Internet, page « Sujets de santé », « maladies musculosquelettiques : arthrite et problèmes connexes », [http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/musc-arthritis_f.html].

6. STATISTIQUE CANADA, *Enquête nationale sur la santé de la population, cycle 1 (1994-1995)* et *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005)*.

s'applique aussi au groupe des 45-64 ans où l'on observe une différence statistiquement significative entre la prévalence régionale en 2007 (23,2 %) et la prévalence pour le reste du Québec en 2005 (18,8 %) (tableau 4.1). Il s'agit du seul groupe d'âges pour lequel on constate un écart significatif avec le reste du Québec.

Tableau 4.1
Prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon l'âge, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007 et reste du Québec, 2005

	Région SLSJ Enquête 2007		Reste du Québec ESCC 2005	
	%	IC 95 % ¹	%	IC 95 % ¹
18-24 ans	0,4	(0,0 - 1,9)	1,2	n.d.
25-44 ans	5,0	(3,9 - 6,1)	5,3	(4,6 - 5,9)
45-64 ans	23,2	(21,3 - 25,1)	18,8	(17,5 - 20,0)
65-74 ans	41,7	(37,5 - 45,9)	37,6	(34,7 - 40,5)
75 ans +	52,3	(47,4 - 57,2)	45,9	(42,3 - 49,5)
18 ans +	19,3	(18,2 - 20,4)	15,4	n.d.

Sources : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007 et Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, 2005.

1. Intervalles de confiance à 95 % de l'estimation.

Dans les territoires de RLS de la région, la prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme varie de 25,1 % dans le territoire La Baie à 17,6 % dans le territoire Jonquière. Le territoire La Baie se démarque d'ailleurs nettement avec une prévalence significativement plus élevée de la maladie tant chez les hommes que chez les femmes. C'est le seul territoire qui diffère des autres sur ce plan (tableau 4.2). Les raisons susceptibles d'expliquer un tel écart restent à découvrir.

Tableau 4.2
Prévalence brute des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon le sexe et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

Territoires	Sexes réunis		Hommes		Femmes	
	%	Nombre ¹	%	%	%	%
La Baie	25,1 *	4 668	18,1 *		32,4 *	
Chicoutimi	19,2	11 938	13,3		25,1	
Jonquière	17,6	9 128	10,7		24,2	
Domaine-du-Roy	18,6	4 807	14,5		22,9	
Maria-Chapdelaine	19,8	4 120	13,9		25,6	
Lac-Saint-Jean-Est	19,0	7 793	14,7		23,3	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	19,3	42 454	13,6		24,9	

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

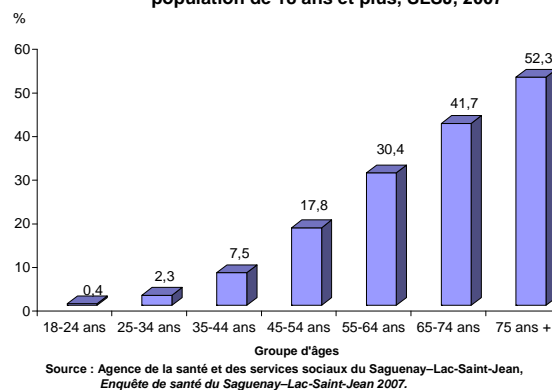
1. Selon les perspectives démographiques de l'Institut de la statistique du Québec pour la population de 18 ans et plus du territoire en 2007.

* : indique une différence statistiquement significative avec les autres territoires de la région (p < 0,05).

❖ Les variations selon l'âge et le sexe

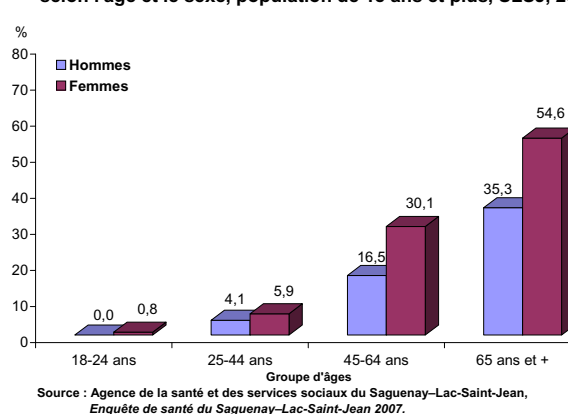
La maladie augmente fortement avec l'âge (figure 4.1). Entre 25-34 ans et 55-64 ans, sa prévalence double à chaque tranche d'âges de 10 ans et continue à progresser jusqu'à 75 ans et plus, où elle atteint une personne sur deux. Malgré cela, et bien que l'arthrite est fréquemment perçue comme une maladie de la vieillesse, plus de la moitié des répondants ayant signalé souffrir d'arthrite ou de rhumatisme en 2007 avaient en réalité moins de 65 ans. Ce constat est valable pour les hommes comme pour les femmes.

Figure 4.1
Prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon l'âge, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



Au sein de la population de 18 ans et plus, la prévalence des problèmes ostéo-articulaires est près de deux fois plus élevée chez les femmes (24,9 %) que chez les hommes (13,6 %), ce qui correspond à ce que l'on observe au Canada et au Québec⁷. À tous les âges, la maladie touche plus de femmes que d'hommes, l'écart étant particulièrement marqué à partir de 45 ans (figure 4.2).

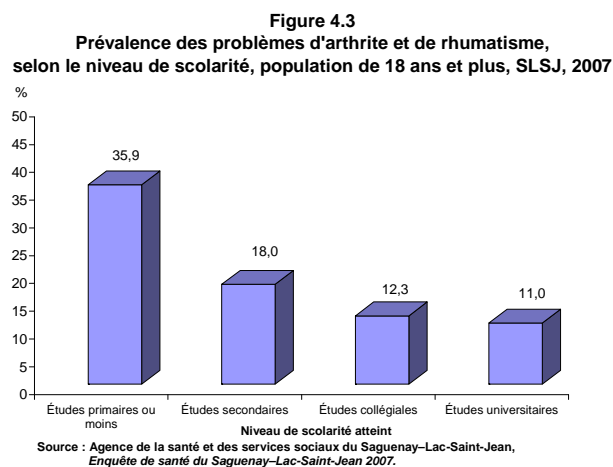
Figure 4.2
Prévalence des problèmes d'arthrite et de rhumatisme, selon l'âge et le sexe, population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



7. STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005).

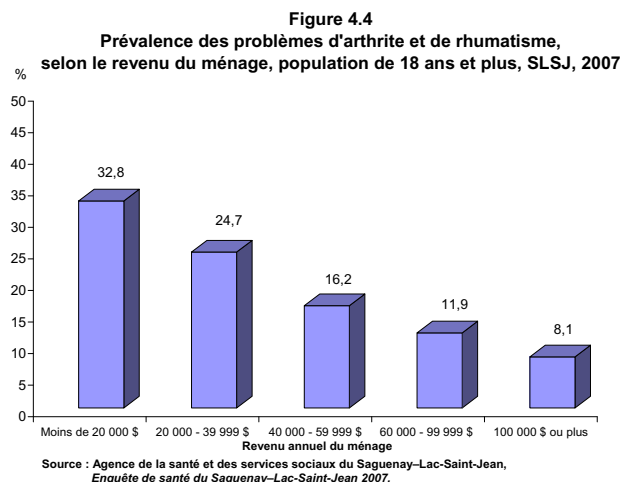
❖ Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques

En ce qui a trait aux caractéristiques socioéconomiques, on constate à première vue une relation entre le niveau de scolarité et la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme. En effet, cette prévalence, qui se situe à 36 % chez les personnes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires, est deux fois moins élevée (18 %) chez celles qui détiennent un diplôme d'études secondaires et n'affecte que 11 % des individus détenant un diplôme universitaire ($p < 0,001$)(figure 4.3). Cette relation pourrait être due en bonne partie à l'âge, puisque celle-ci est à la fois reliée à la sous-scolarisation et à la prévalence de la maladie. Cependant, en contrôlant l'effet de l'âge, on constate que la relation persiste toujours pour tous les groupes d'âges sauf les 18-24 ans où le nombre de cas d'arthrite est trop faible pour pouvoir observer une telle relation. À titre d'exemple, la prévalence de la maladie chez les gens de 45-64 ans passe progressivement de 32 % chez les moins scolarisés à 17 % chez ceux qui détiennent un diplôme universitaire. La scolarisation semble donc procurer un avantage certain et à tout âge en ce qui a trait à la présence d'arthrite ou rhumatisme.



On observe le même type de relation par rapport au revenu du ménage. La prévalence de la maladie diminue à mesure que s'accroît le revenu du ménage, passant progressivement de 33 % chez ceux dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ à 8 % chez ceux disposant d'un revenu de 100 000 \$ et plus (figure 4.4). En contrôlant l'effet de l'âge, on constate que la relation persiste. Cependant, elle demeure progressive chez les 45-64 ans alors que chez les

autres groupes d'âges, c'est surtout chez ceux qui disposent d'un revenu inférieur à 20 000 \$ que l'on note un net désavantage en ce qui a trait à la présence d'arthrite ou de rhumatisme.



Cette relation avec le revenu est d'ailleurs corroborée par la perception qu'ont les individus de leur situation économique. La prévalence de la maladie est de 24 % chez ceux qui perçoivent leur situation économique comme étant inférieure à la moyenne, mais se situe à 14 % chez ceux qui perçoivent cette situation comme étant supérieure à la moyenne. La relation entre la maladie d'une part et la scolarité et le revenu d'autre part a d'ailleurs été observée notamment dans l'ESCC de 2000⁸.

8. SANTÉ CANADA, *op.cit.* p.14-15.

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

Dans notre échantillon, l'âge moyen des personnes atteintes d'arthrite ou de rhumatisme (62,1 ans) est nettement plus élevé que celui des individus non atteints de la maladie (44,4 ans). Comme plusieurs comportements à risque varient en fonction de l'âge, les données ont été ajustées selon l'âge afin de rendre les deux groupes tout à fait comparables sur ce plan. De plus, comme le nombre de cas d'arthrite ou de rhumatisme chez les personnes de moins de 45 ans est peu élevé dans notre échantillon, les données analysées dans les paragraphes qui suivent ont été restreintes au groupe des 45 ans et plus.

Les personnes arthritiques sont plus souvent obèses (20 %) que les personnes ne souffrant pas de problèmes ostéo-articulaires (14 %). Il s'agit de la seule différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui a trait au poids (tableau 4.3). Ceci est cohérent avec ce que l'on connaît de la maladie. « L'embonpoint [...] est un facteur qui contribue à l'apparition de l'arthrite, notamment au niveau du genou. De plus, les sujets qui présentent de l'embonpoint sont plus à risque de

faire l'objet d'un diagnostic d'arthrite⁹. » De fait, lors de l'ESCC réalisée en 2000, la proportion de personnes qui présentaient des problèmes de surpoids étaient significativement plus élevée chez les arthritiques que chez les non arthritiques, et ce dans tous les groupes d'âges.

« Il a été établi que les programmes d'exercices pour les personnes souffrant d'arthrite pouvaient atténuer de manière significative les douleurs et incapacités, tout en diminuant la nécessité de prendre des médicaments¹⁰.» De plus, un programme d'exercices adapté peut améliorer la souplesse des articulations. Malgré cela, on constate qu'en 2007, dans la région, les personnes arthritiques sont un peu plus nombreuses (37 %) à être sédentaires pendant leurs loisirs que les personnes non arthritiques (32 %). Il s'agit de la seule différence observée entre les deux groupes en ce qui a trait à la fréquence des activités physiques de loisir.

Enfin, en ce qui a trait à l'intention de pratiquer des activités physiques de loisir au cours de l'année qui vient, 52 % des personnes souffrant d'arthrite déclarent vouloir certainement en pratiquer, une proportion inférieure à celle observée chez les personnes non arthritiques (58 %).

❖ L'état de santé des personnes arthritiques

Les personnes qui souffrent d'arthrite ou de rhumatisme sont moins nombreuses (40 %) à juger leur état de santé comme étant excellent ou très bon, comparativement aux personnes non arthritiques (64 %) (tableau 4.4). Inversement, elles sont plus nombreuses à considérer leur santé comme étant moyenne ou mauvaise (27 % vs 9 %). Une telle relation a déjà été observée entre autres dans l'ESCC 2000¹¹.

Tableau 4.3
Prévalence de facteurs de risque et de protection associés à l'arthrite et au rhumatisme, ajustée pour l'âge, selon la présence de la maladie, population de 45 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2007

Facteurs de risque	Personnes arthritiques	Personnes non arthritiques	
	(n = 863)	(n = 1 972)	
	%	%	
<i>Poids corporel</i>			
Obésité	19,6	13,8	***
Embonpoint	37,2	40,2	n.s.
Normal	41,9	44,4	n.s.
Insuffisant	1,4	1,5	n.s.
<i>Activité physique</i>			
Fréquence :			
Moins d'une fois semaine	36,8	32,3	*
1 fois par semaine	13,4	15,7	n.s.
2-3 fois par semaine	28,6	30,2	n.s.
4 fois par semaine ou plus	21,2	21,8	n.s.
Intention ferme de faire régulièrement de l'activité physique au cours de la prochaine année	51,5	57,9	**

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

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

9. SANTÉ CANADA, *op.cit.*, p.14.

10. SANTÉ CANADA, *op.cit.*, p.6.

11. SANTÉ CANADA, *op.cit.*, p.18-19.

De fait, la prévalence de plusieurs maladies chroniques est plus élevée chez les gens souffrant de problèmes ostéo-articulaires. C'est le cas notamment pour l'hypertension : 40 % des personnes arthritiques en sont affectées, comparativement à 27 % des personnes non arthritiques (tableau 4.4). La maladie cardiaque est elle aussi plus fréquente chez les individus arthritiques (10,7 % vs 7,4 %). Le même constat vaut pour le diabète (11,9 % vs 9,1 %). Dans les trois cas (hypertension, maladie cardiovasculaire et diabète), un des facteurs qui pourrait contribuer à cette relation est la prévalence plus élevée d'obésité et de sédentarité observée chez les personnes souffrant de problèmes ostéo-articulaires.

Les personnes arthritiques sont plus nombreuses (11,4 %) à présenter un niveau élevé de détresse psychologique que celles qui n'ont pas la maladie (4,0 %). Une telle relation a déjà été observée pour les symptômes dépressifs à partir des données de l'ESCC de 2000 : les données de cette enquête indiquaient que « les pourcentages des personnes présentant des signes de dépression [...] étaient significativement plus élevés chez les sujets souffrant d'arthrite dans toutes les catégories d'âges, la différence la plus grande s'observant parmi les sujets âgés de 15 à 44 ans¹² ».

Enfin, les personnes arthritiques sont aussi plus nombreuses à déclarer souffrir d'asthme et de MPOC.

Tableau 4.4
Perception de l'état de santé et prévalence de diverses maladies chroniques, ajustée pour l'âge, selon la présence d'arthrite ou de rhumatisme, population de 45 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

	Personnes avec arthrite (n = 860)	Personnes sans arthrite (n = 1 969)	
	%	%	
<i>Perception de son état de santé</i>			
Excellent ou très bon	39,5	64,4	***
Bon	33,9	26,8	***
Moyen ou mauvais	26,6	8,8	***
<i>Prévalence de maladies chroniques</i>			
Asthme	12,2	5,9	***
MPOC	10,0	4,3	***
Maladie cardiaque	10,7	7,4	**
Troubles dus à un AVC	2,8	1,8	n.s.
Hypertension	40,0	27,4	***
Diabète	11,9	9,1	*
<i>Niveau élevé de détresse psychologique</i>			
	11,4	4,0	***

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

Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007.

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

12.SANTÉ CANADA, *op.cit.*, p.21.



SECTION V

Le cumul de maladies chroniques

❖ *Problématique*

La présence, chez un même individu, de plusieurs des maladies chroniques présentées dans les sections précédentes accroît les risques d'impacts négatifs sur les activités de la vie quotidienne. Le risque dépend notamment de la sévérité de chacune des maladies en cause et de leur caractère plus ou moins incapacitant.

❖ *La situation régionale en 2007*

Dans la région, la majorité des adultes de 18 ans et plus (70 %) ne sont atteints d'aucune des cinq maladies chroniques présentées dans les sections précédentes (tableau 5.1).

Près du quart des adultes (23 %), soit un peu plus de 50 000 individus, n'ont qu'une de ces cinq maladies; dans la plupart des cas (14 %), il s'agit des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme.

Enfin, 5,5 % des adultes sont affectés par deux maladies chroniques et 1,4 % seraient atteints de trois maladies chroniques ou plus.

Tableau 5.1
Répartition de la population, selon le nombre cumulé de maladies chroniques¹, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

	%	Nombre estimé ²
Trois maladies ou plus	1,4	3 101
Deux maladies	5,5	12 183
Une seule maladie	22,7	50 282
Arthrite et rhumatisme	13,7	30 346
Asthme	5,2	11 518
MPOC	1,0	2 215
Maladie cardiovasculaire	2,4	5 316
Troubles dus à un AVC	0,4	886
Aucune maladie	70,4	155 940

Source : Direction de santé publique, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*.

1. Parmi les suivantes : asthme, MPOC, arthrite, arthrose ou rhumatisme, maladie cardiovasculaire, troubles dus à un AVC.

2. Sur la base de la population de 2007, selon les perspectives démographiques de l'Institut de la statistique du Québec.

❖ *La situation dans les territoires de RLS*

La situation est à peu de chose près la même dans chacun des territoires de RLS de la région. Seul le territoire de La Baie présente un profil différent de l'ensemble des autres territoires ($p < 0,05$). La proportion de personnes qui n'ont aucune maladie chronique (65,4 %) y est plus faible que dans l'ensemble des autres territoires de la région (70,8 %). De plus, la proportion d'individus ayant une seule maladie chronique y est plus élevée (27,4 % vs 22,1 %). Ceci est possiblement attribuable au fait que les problèmes d'arthrite et de rhumatisme sont plus fréquents dans le territoire de La Baie (section précédente) que dans l'ensemble des autres territoires de la région. Par contre, la proportion d'individus présentant deux maladies chroniques ou plus n'est pas plus élevée sur le territoire de La Baie (tableau 5.2).

Tableau 5.2
Proportion de la population de 18 ans et plus, selon le nombre cumulé de maladies chroniques et le territoire de RLS, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2007

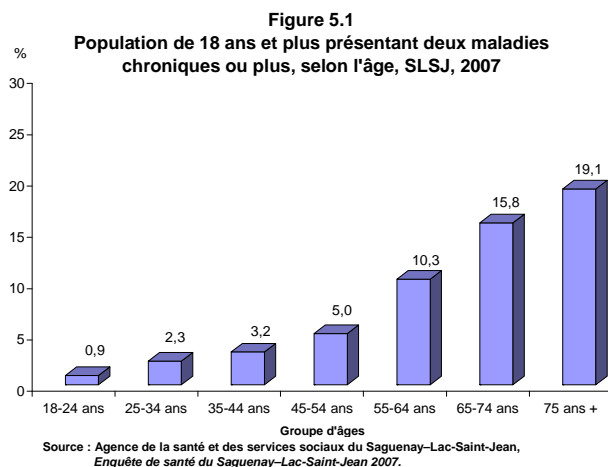
Territoires	Nombre de maladies chroniques			
	Aucune %	Une seule %	Deux %	Trois %
La Baie	65,4 *	27,4 *	6,0	1,2
Chicoutimi	71,4	22,0	4,8	1,7
Jonquière	70,1	22,2	6,1	1,6
Domaine-du-Roy	70,8	21,7	6,2	1,2
Maria-Chapdelaine	70,3	20,7	7,3	1,7
Lac-Saint-Jean-Est	71,3	23,8	4,4	0,6
Saguenay–Lac-Saint-Jean	69,9	23,0	5,8	1,4

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

* Indique une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) avec l'ensemble des autres territoires.

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

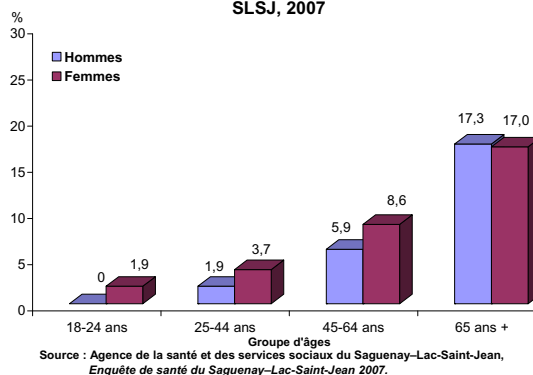
Le cumul d'au moins deux maladies chroniques est plus fréquent à mesure que l'on avance en âge. Le phénomène est peu fréquent avant 45 ans, mais progresse par la suite pour atteindre une personne sur vingt âgée de 45 à 54 ans, une sur dix âgée de 55 à 64 ans et enfin une sur cinq chez les individus de 75 ans et plus (figure 5.1).



De la même façon, chez les répondants de l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007*, l'âge moyen augmente à mesure que s'accroît le nombre de maladies chroniques dont ils sont atteints : ainsi, l'âge moyen, qui est de 43,8 ans chez les personnes ne présentant aucune maladie chronique, augmente à 55,6 ans chez les personnes souffrant d'une maladie chronique, puis à 60 ans chez celles qui en ont deux pour atteindre 65,4 ans chez celles qui en cumulent trois.

Par ailleurs, avant 65 ans, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer deux maladies chroniques ou plus. Par contre, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on ne constate aucune différence entre les sexes en ce qui a trait à la prévalence de deux maladies chroniques ou plus (figure 5.2).

Figure 5.2
Population de 18 ans et plus présentant deux maladies chroniques ou plus, selon l'âge et le sexe, SLSJ, 2007

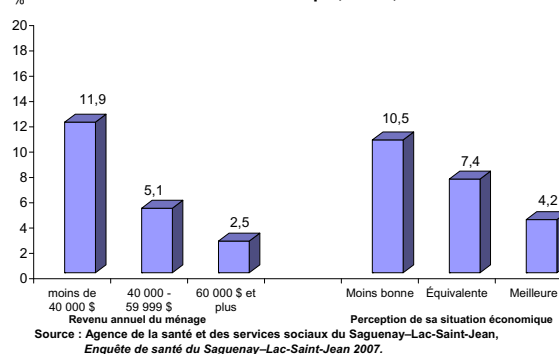


❖ *Les variations selon les caractéristiques socioéconomiques*

Le cumul de deux maladies chroniques ou plus chez un même individu est plus fréquent au sein des ménages moins nantis. Ainsi, 12 % des individus vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à 40 000 \$ déclarent deux maladies chroniques ou plus; il s'agit d'une proportion nettement plus élevée que celles observées dans les ménages disposant d'un revenu entre 40 000 \$ et 59 999 \$ (5 %) ou d'un revenu de 60 000 \$ ou plus (2,5 %) (figure 5.3).

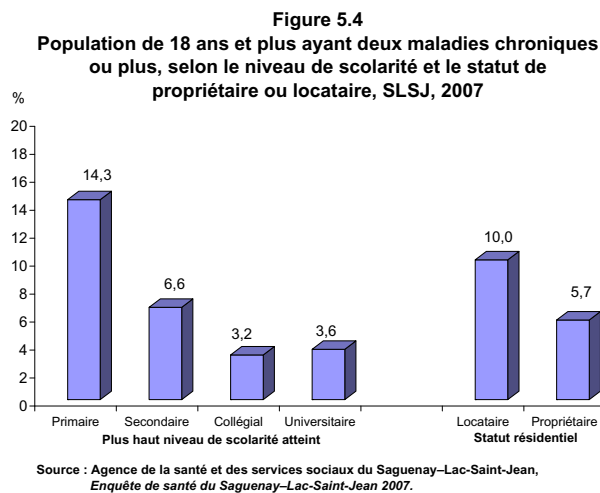
De plus, lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, la relation entre le revenu et le cumul de maladies chroniques persiste et se confirme chez tous les groupes d'âges ($p < 0,05$) (à l'exception des 18-24 ans où le nombre de cas est trop faible pour permettre cette vérification).

Figure 5.3
Population de 18 ans et plus ayant deux maladies chroniques ou plus, selon le revenu du ménage et la perception de sa situation économique, SLSJ, 2007



On observe sensiblement le même type de relation en ce qui a trait à la perception que les gens ont de leur situation économique. Le cumul de deux maladies chroniques ou plus est plus fréquent chez les individus qui perçoivent leur situation économique comme étant moins bonne que la moyenne et diminue progressivement pour se situer à 4 % chez les personnes qui jugent leur situation économique meilleure que la moyenne. Et comme dans le cas du revenu, la relation se confirme chez tous les groupes d'âges ($p < 0,05$).

La relation avec la scolarité va dans le même sens : la proportion de personnes qui cumulent deux maladies chroniques ou plus diminue progressivement de 14 % chez celles ne détenant pas de diplôme d'études secondaires à 3,2 % chez les détenteurs de diplôme d'études collégiales. Par contre, le niveau universitaire ne procure aucun avantage par rapport au collégial sur ce plan (figure 5.4). De plus, lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, le niveau de scolarité étant fortement associé à l'âge, la relation entre la scolarité et le cumul de maladies chroniques persiste dans le même sens, mais seulement dans le groupe des 45-64 ans et 65 ans et plus.



Le cumul de deux maladies chroniques ou plus varie aussi en fonction d'un autre indicateur socioéconomique, soit le statut de locataire (10 %) ou de propriétaire (5,7 %). Là encore, la relation persiste si l'on contrôle l'effet de l'âge et se confirme chez tous les groupes d'âges ($p < 0,01$) (sauf les 18-24 ans pour les raisons mentionnées précédemment).

Il apparaît donc très clairement que le cumul de plusieurs maladies chroniques chez un même individu est plus fréquent au sein des groupes de population défavorisés économiquement. La relation est confirmée pour tous les indicateurs de statut socioéconomique utilisés, que ce soit le revenu du ménage, la perception de sa situation économique, le niveau de scolarité et le statut de propriétaire ou locataire.

❖ *Le cumul de maladies chroniques et la détresse psychologique*

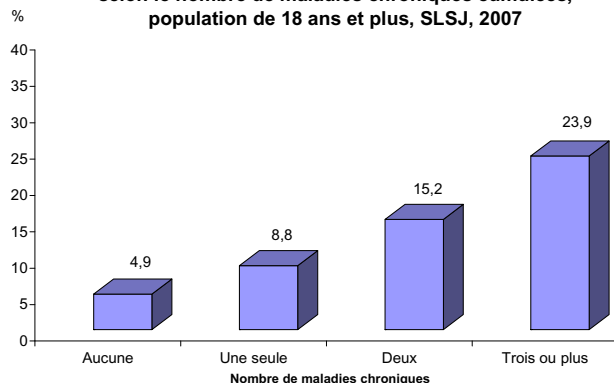
Il est reconnu que le cumul de plusieurs maladies chroniques peut avoir des impacts négatifs sur l'état psychologique des individus. Le risque d'impacts négatifs varie selon le nombre de maladies chroniques mais aussi et surtout en fonction de la sévérité de celles-ci et de leur nature plus ou moins incapacitante¹.

Les données de l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2007* n'incluaient aucune mesure de la sévérité des diverses maladies chroniques incluses au questionnaire. Il est donc impossible d'en tenir compte dans l'analyse présentée ci-dessous. Malgré cela, les données confirment la relation entre le nombre de maladies chroniques cumulées et la détresse psychologique. Celle-ci est effectivement plus fréquente chez les individus qui cumulent des maladies chroniques. Plus précisément, la proportion d'individus classés comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique s'accroît constamment à mesure qu'augmente le nombre de maladies chroniques auxquelles est confronté l'individu.

1. M. FORTIN et coll., *Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care*, *Annals of Family Medicine*, vol. 4, n° 5, 2006, p. 417-422.

Ainsi, 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 (figure 5.5). Cette relation se confirme chez tous les groupes d'âges.

Figure 5.5
Prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique,
selon le nombre de maladies chroniques cumulées,
population de 18 ans et plus, SLSJ, 2007



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

Bref rappel des principaux constats

Dans ce troisième volume du profil des maladies chroniques au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les données concernant cinq maladies chroniques ont été analysées : arthrite, arthrose, rhumatisme; asthme; MPOC; MCV; troubles dus à un AVC. L'analyse a permis de dégager certains constats, les principaux étant les suivants :

- Ces maladies chroniques affectent une bonne proportion de la population :
 - les problèmes d'arthrite et de rhumatisme sont les plus fréquents, affectant un adulte sur cinq (19 % plus précisément);
 - l'asthme occupe le second rang, touchant 9 % des adultes;
 - la maladie cardiovasculaire (5,5 %), la MPOC (4,2 %) et les troubles dus à un AVC (1,4 %) sont moins fréquents.
- En ce qui a trait au cumul de deux maladies ou plus, on constate que :
 - la majorité des adultes (70 %) ne déclarent aucune des cinq maladies chroniques mentionnées précédemment; près du quart des adultes (23 %) ne sont atteints que d'une seule d'entre elles;
 - le cumul de deux maladies chroniques touche une personne sur vingt (5,5 %); la présence chez un même individu de trois maladies ou plus est plus rare (1,4 %).
 - le cumul de deux maladies chroniques ou plus chez un même individu est plus fréquent au sein des ménages moins nantis ainsi que chez les personnes qui perçoivent leur situation économique comme étant moins bonne que la moyenne. Dans les deux cas, la relation se confirme chez tous les groupes d'âges;
 - le même constat s'applique aux individus sous-scolarisés. Cependant, dans ce cas, la relation ne se confirme que chez les individus de 45 ans et plus.
- Lorsque l'on compare la situation régionale (en 2007) à celle du reste du Québec (en 2005), on constate que :
 - la maladie cardiovasculaire, l'asthme ainsi que la MPOC ne sont pas plus fréquents qu'ailleurs au Québec;
 - la prévalence de l'arthrite au sein de la population adulte est cependant significativement plus élevée dans la région en 2007 (19,3 %) qu'elle ne l'était en 2005 dans le reste du Québec (15,4 %). Le constat s'applique notamment au groupe des 45-64 ans où l'on observe une différence statistiquement significative entre la prévalence régionale en 2007 (23,2 %) et la prévalence pour le reste du Québec en 2005 (18,8 %).
- On observe certaines différences entre les territoires de RLS en ce qui a trait à la prévalence 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. Les raisons susceptibles d'expliquer un tel écart restent à élucider;
 - le territoire Domaine-du-Roy se distingue par une prévalence plus élevée des troubles dus à un AVC, notamment chez les hommes : 3,4 % des adultes de sexe masculin résidant sur ce territoire déclarent souffrir de troubles dus à un AVC comparativement à 1,4 % pour l'ensemble des autres territoires de la région;

- 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 (6,7 %) et chez la population féminine (7,1 %) est plus faible que dans l'ensemble des autres territoires; et le territoire Maria-Chapdelaine, où la prévalence de l'asthme chez les hommes (11,2 %) est significativement plus élevée que dans les cinq autres territoires réunis (7,4 %).
- Le profil des hommes et des femmes diffère sur les points suivants :
 - les problèmes d'arthrite et de rhumatisme affectent près de deux fois plus de femmes (25 %) que d'hommes (14 %), ce qui correspond à ce que l'on observe au Canada et au Québec. À tous les âges, la maladie touche plus de femmes que d'hommes;
 - dans l'ensemble de la population adulte, l'asthme est plus fréquent chez les femmes (9,7 %) que chez les hommes (8,0 %). L'écart est particulièrement accentué entre 25 et 64 ans. Par contre, chez les personnes de 18-24 ans et celles âgées de 65 ans et plus, la situation s'inverse, l'asthme touchant plus d'hommes que de femmes;
 - 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;
 - la maladie cardiovasculaire est plus fréquente chez les hommes (6,3 %) que chez les femmes (4,8 %). L'écart persiste, chez tous les groupes d'âges, à l'exception des 18-24 ans.
- En ce qui a trait aux facteurs socioéconomiques, on constate ce qui suit :
 - les problèmes d'arthrite et de rhumatisme sont plus fréquents au sein des groupes défavorisés, que ce soit en termes de niveau de scolarité, de revenu du ménage ou de perception de sa situation économique;
 - le même constat s'applique à la prévalence de la MPOC et de l'asthme;
 - 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.
- La détresse psychologique, touche davantage les personnes atteintes de certaines maladies chroniques :
 - c'est le cas des individus ayant déclaré une MPOC : 22 % d'entre eux présentent un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 6 % chez les gens non atteints de la maladie. Cette relation est confirmée chez tous les groupes d'âges. L'aspect très incapacitant de la maladie semble donc avoir des effets importants sur le moral des individus qui en sont atteints;
 - le même constat s'applique aux individus atteints de troubles dus à un AVC : 19 % d'entre eux présentent un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 7 % chez les gens non atteints de la maladie;
 - la détresse psychologique est aussi plus fréquente chez les individus atteints d'asthme : 13 % d'entre eux présentent un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 5 % chez les gens non atteints de la maladie;
 - 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.

- Enfin, l'analyse des données a permis divers constats concernant les liens entre maladies chroniques et facteurs de risque de ces maladies :
 - 35 % des personnes atteintes de MPOC, 23 % des personnes asthmatiques et 19 % des individus ayant déclaré une maladie cardiovasculaire continuent à fumer quotidiennement malgré leur maladie;
 - l'excès de poids et l'obésité sont plus fréquents chez les individus se déclarant atteints de maladie cardiovasculaire;
 - les personnes arthritiques sont plus souvent obèses (20 %) que les personnes ne souffrant pas de problèmes ostéo-articulaires (13 %) et la relation tend à se confirmer chez tous les groupes d'âges;
 - La prévalence de l'hypertension est trois fois plus élevée chez les personnes arthritiques (43 %) que chez les non arthritiques (15 %). Cette relation se confirme chez tous les groupes d'âges;
 - Près de la moitié (46 %) des asthmatiques partagent leur domicile avec un chat, un chien ou un oiseau domestique.

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 Saguenay–Lac-Saint-Jean ». Ceci exclut donc tout logement collectif (hôpital, centre d'accueil ou d'hébergement, prison, pensionnat, communauté religieuse, camp forestier, hôtel). La définition adoptée circonscrit donc la population à l'étude aux personnes qui ne vivent pas en institution.

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

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

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

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

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

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

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

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

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, site Internet, page « Sujets de santé », « maladies musculosquelettiques : arthrite et problèmes connexes », [http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/musc-arthritis_f.html].

ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC. Page sur l'asthme, [En ligne] [<http://www.pq.poumon.ca>]. (29 novembre 2007).

ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC. Page sur la déficience en alpha1-antitrypsine, [En ligne] [<http://www.pq.poumon.ca>]. (29 novembre 2007).

ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC. Page sur la MPOC [En ligne] [<http://www.pq.poumon.ca>]. (29 novembre 2007).

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.

CHEN, Y. et autres. « L'association entre l'adéquation du revenu et l'asthme chez les canadiens », *Recueil du symposium 2002 de Statistique Canada, Modélisation des données d'enquête pour la recherche économique et sociale*, 2002, p. 6.

FORTIN, M. et coll. « Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care », *Annals of Family Medicine*, vol. 4, n° 5, 2006, p. 417-422.

GRUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME. *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada*, 2000, 81 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA, SANTÉ CANADA ET STATISTIQUE CANADA. *Les maladies respiratoires au Canada*, 2001, 118 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : prévalence, morbidité et mortalité au Québec*, 2006, 108 p.

LACHANCE, B. et J. COLGAN. *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention des maladies chroniques. Cadre de référence – volet adulte, Document de travail*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de santé publique, 2004, 45 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*.

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

SANTÉ CANADA. *L'arthrite au Canada, une bataille à gagner*, n° de catalogue H39-4 / 14-2003F, 2004, 137 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE POUR LA MPOC. « Les lignes directrices : un résumé des recommandations à l'intention des médecins de familles », *Canadian Respiratory Journal*, novembre-décembre, 2003, vol. 10, n°8, p. 463-466.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête nationale sur la santé de la population, cycle 1 (1994-1995)*.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005)*.