

LES FACTEURS DE RISQUE associés aux maladies chroniques



Source : Istockphoto

Louise Lemire
collaboration Christine Garand

Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique et d'évaluation



AVANT-PROPOS

Les maladies chroniques affectent une part appréciable de la population lanaudoise. Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, près de 40 % des Lanaudois de 12 ans et plus affirment avoir au moins un problème de santé chronique. Quelque 9 % déclarent être affectés par deux problèmes de santé chronique et environ 7 % disent en subir trois ou plus. Quelles que soient leur gravité et leur nature, ces maladies ralentissent les activités, nuisent à la qualité de vie, génèrent du stress et mobilisent des ressources humaines et matérielles du réseau de la santé et des services sociaux.

La prévalence élevée des maladies chroniques peut s'expliquer par la croissance démographique, le vieillissement de la population et l'amélioration des technologies diagnostiques et thérapeutiques. Il n'en demeure pas moins que leur apparition dépend de facteurs de risque comportementaux, physiques, économiques et sociaux sur lesquels il est possible d'intervenir. C'est pourquoi il importe de mieux comprendre les particularités de la population lanaudoise pour prévenir efficacement ces maladies et réduire leurs conséquences.

Pour mieux connaître les maladies chroniques, le Service de surveillance, recherche et évaluation produit une série de monographies. Elles regroupent des données actualisées sur les principales maladies chroniques et leurs déterminants. Ce document traite des facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Les autres explorent le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les maladies musculosquelettiques, les maladies neurodégénératives et les maladies mentales.

Ces documents s'adressent à la population, aux intervenants et aux décideurs des établissements, des communautés, des réseaux locaux engagés dans la mise en place de services adaptés, tant en matière de prévention et de promotion de la santé que de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Le Service souhaite ainsi soutenir la planification sociosanitaire et la prise de décision des organisations pour lesquelles la prévention et la gestion des maladies chroniques sont une priorité régionale.



TABLE DES MATIÈRES

Les facteurs de risque en bref	4
Faits saillants	4
Introduction	5
Les maladies chroniques	6
1. LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES MALADIES CHRONIQUES	7
1.1 Les facteurs de risque non modifiables	7
1.2 Les déterminants des comportements à risque et des maladies chroniques	8
2. LES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES LIÉS AUX HABITUDES DE VIE , AUX COMPORTEMENTS ET À CERTAINS PROBLÈMES DE SANTÉ	10
2.1 Le tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac à domicile	10
2.2 La pratique insuffisante de l'activité physique	13
2.3 Les habitudes alimentaires inadéquates	16
2.4 Le surplus de poids et l'obésité	19
2.5 La consommation excessive et répétitive d'alcool	21
2.6 Le niveau élevé de stress dans la vie quotidienne et au travail	23
2.7 L'hypertension artérielle	25
2.8 Le taux de cholestérol sanguin élevé	27
2.9 La combinaison des facteurs de risque	28
Des pistes de réflexion en guise de conclusion	30
Références bibliographiques	33



LES FACTEURS DE RISQUE EN BREF

- Le tabagisme, les habitudes alimentaires inadéquates et la pratique insuffisante de l'activité physique font partie des comportements modifiables présentant des risques majeurs associés à la plupart des maladies chroniques.
- Les adultes lanaudois appartenant aux couches sociales moins favorisées restent vulnérables à certains comportements à risque. C'est le cas notamment du tabagisme actif et passif, de la pratique insuffisante de l'activité physique de loisir, du trop faible apport quotidien en fruits et en légumes, de l'obésité et de l'hypertension artérielle.
- Le profil de risque des hommes est préoccupant. Ils restent plus nombreux que les femmes à être exposés à la fumée de tabac à leur domicile, à ne pas manger suffisamment de fruits et de légumes, à afficher un surplus de poids et à consommer de l'alcool de manière excessive et répétitive. Ils affichent aussi des pourcentages élevés de fumeurs et de personnes inactives physiquement.

FAITS SAILLANTS

Dans Lanaudière, en 2007-2008,

- Un adolescent sur sept et un adulte sur trois font usage de tabac.
- Le tabagisme demeure plus répandu qu'au Québec, en particulier parmi les femmes.
- Le tiers des adolescents et le quart des adultes sont sédentaires.
- Une personne de 12 ans et plus sur deux ne mange pas assez de fruits et de légumes chaque jour.
- Un adulte sur deux présente un surplus de poids, soit un pourcentage surpassant celui du Québec.
- Près d'un adulte sur cinq est obèse et cette proportion double entre 18-24 ans et 25-44 ans.
- La consommation excessive et répétitive d'alcool reste plus fréquente parmi les hommes et les adultes de 18 à 24 ans.
- Une personne de 15 ans et plus sur quatre vit un stress intense dans sa vie quotidienne et deux sur cinq à leur travail. Les adultes de 25 à 44 ans restent plus vulnérables.
- Un Lanaudois de 12 ans et plus sur six déclare faire de l'hypertension. Ce pourcentage est multiplié par dix entre 25-44 ans et 65 ans et plus.
- Les trois quarts des adultes présentent au moins un des quatre facteurs de risque des maladies chroniques suivants, soit le tabagisme, la consommation insuffisante de fruits et de légumes, la sédentarité et l'obésité.

Pour des informations statistiques plus détaillées, le lecteur est invité à consulter le SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA) sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au www.agencelanaudiere.qc.ca



INTRODUCTION

Dans le monde, les maladies chroniques tuent chaque année 35 millions d'individus, ce qui correspond aux trois cinquièmes de la mortalité mondiale et à près de la moitié du fardeau total de la maladie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le nombre de décès imputables aux maladies chroniques pourrait, si aucune mesure urgente n'est prise, augmenter de presque 20 % pour atteindre 41 millions de morts en 2015 (OMS, 2005).

Tout au long du siècle dernier, les maladies chroniques, généralement associées au style de vie des populations et reliées à la qualité de leur environnement (physique, économique, social, etc.), ont gagné en importance dans les pays industrialisés. Chaque année, au Canada, elles sont responsables de près de 225 000 décès et sont diagnostiquées chez plus de 9 millions de Canadiens de 12 ans et plus (CCS, 2007). Au Québec, elles affectent quatre personnes âgées de 12 ans et plus sur dix et leur prévalence est en hausse depuis le tournant des années 2000 (Cazale et Dumitru, 2008). La région de Lanaudière n'échappe pas à la tendance puisque ces maladies sont impliquées dans plus de sept décès sur dix (ASSS de Lanaudière, 2010).

Les maladies chroniques ont des effets considérables sur la qualité de vie des personnes atteintes. Elles engendrent également des coûts économiques et sociaux importants pour le système de santé et de soins, les individus et leurs familles, les milieux de travail et les communautés. Au Canada, en 1998, le fardeau économique des maladies chroniques était estimé à près de 102 milliards de dollars, soit les deux tiers du coût total annuel de la maladie au pays, évalué à 159 milliards de dollars. En appliquant ce même ratio pour le Québec, le coût des maladies chroniques atteindrait 23 milliards de dollars par année (PRIISME info, 2005). En raison du vieillissement de la population, ces sommes ont certainement augmenté depuis dix ans.

Les causes des maladies chroniques sont multiples et elles peuvent, pour la plupart, être évitées en choisissant un mode de vie sain. Les individus peuvent adopter de bonnes habitudes de vie pour prévenir leur survenue et pour contrôler la gravité de certains problèmes de santé. Cesser de fumer, pratiquer régulièrement des activités physiques, avoir de bonnes habitudes alimentaires, réduire la consommation excessive et répétitive d'alcool et le surcroît de stress font partie des comportements sains permettant de maîtriser l'excès de poids, de diminuer l'hypertension artérielle ainsi que le taux de cholestérol sanguin.

Dans ce contexte, il importe de connaître les caractéristiques de la population à l'égard de la prévalence et de la distribution de ces facteurs de risque et de ces comportements néfastes à la santé. C'est d'ailleurs l'objectif de ce document qui se fonde sur les données de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, menée en 2007-2008 par Statistique Canada. Une attention particulière est aussi accordée à certains déterminants associés aux environnements économique et social comme la scolarité et le revenu. Ils ont souvent une influence majeure sur la répartition des comportements à risque au sein de la population.



LES MALADIES CHRONIQUES

Pendant longtemps, les maladies chroniques ont été considérées comme des problèmes de santé évoluant lentement et sur une longue durée. Cette définition semble, de nos jours, incomplète et pas tout à fait adaptée aux préoccupations de la santé publique. C'est pourquoi il a été jugé pertinent de retenir une définition plus large des maladies chroniques et, surtout, intégrant aussi les activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie. Donc, les « maladies chroniques :

- se développent progressivement même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus;
- sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée;
- ont des causes multiples et complexes;
- peuvent apparaître tout au long de la vie même si généralement leur prévalence augmente avec l'âge;
- sont susceptibles de compromettre la qualité de la vie (incapacités et pertes d'autonomie);
- ne menacent généralement pas immédiatement la vie, mais elles sont néanmoins la première cause de mortalité prématurée » (Fortin, 2007, p. 5).

Le terme « maladies chroniques » réfère habituellement aux maladies dégénératives à forte prévalence comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le cancer et les maladies musculosquelettiques. Toutefois, il est maintenant admis d'inclure dans ce cadre tous les problèmes de santé entraînant les mêmes besoins en matière de soins pour les patients et des défis semblables en termes de prise en charge pour les services de santé. C'est le cas, par exemple, des maladies transmissibles persistantes à déclaration obligatoire, telles la tuberculose et l'infection à VIH/sida, des troubles mentaux de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie et des handicaps physiques permanents (OMS, 2003).

Les maladies chroniques ne guérissent pas spontanément. Toutefois, elles sont, pour la plupart, évitables ou peuvent être retardées lorsque certains facteurs de risque sont modifiés (MSSS, 2008).



1. LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES MALADIES CHRONIQUES

Les causes des maladies chroniques sont souvent liées à un ensemble de facteurs, de conditions physiques et de comportements à risque qui interagissent et qui s'additionnent tout au long de la vie d'un individu. Ces facteurs sont liés à l'hérédité, aux caractéristiques individuelles et aux facteurs psychosociaux et environnementaux (exposition à la fumée de tabac ou aux polluants chimiques, qualité de l'air, caractéristiques de l'environnement physique comme la présence des parcs, des piscines publiques, des terrains de jeu, etc.).

Les facteurs de risque sont généralement classés en deux catégories : les facteurs non modifiables et les facteurs modifiables. La première considère les facteurs impossibles à changer, mais qui demeurent d'excellents marqueurs de risque pour la santé comme le bagage héréditaire, l'origine ethnique, le sexe et l'âge.

La seconde fait référence aux facteurs qui relèvent des environnements et des habitudes associés au mode ou au style de vie¹, aux comportements pouvant présenter un risque pour la santé et aux conditions physiques existantes (diabète, hypertension artérielle et hypercholestérolémie). Ils peuvent être modifiés pour améliorer l'état de santé des individus et réduire les risques qu'ils soient atteints un jour d'une maladie chronique.

1.1 Les facteurs de risque non modifiables

L'hérédité et les antécédents familiaux

Les personnes présentant des antécédents familiaux de maladies chroniques présentent des risques plus élevés d'en développer une à leur tour (Carbonneau, 2007). C'est le cas, par exemple, des individus ayant des antécédents familiaux d'hypercholestérolémie. D'autres personnes pourraient aussi être plus susceptibles de développer précocement de l'hypertension artérielle en raison de prédispositions familiales.

Il en va de même pour certaines formes de cancer, plus susceptibles de se développer parmi les personnes dont les membres de la famille immédiate ont déjà été atteints par ce type de maladie. Ce serait le cas du cancer du sein, de la prostate et du côlon-rectum. Certains individus présentent aussi une histoire familiale de maladies cardiovasculaires qui s'explique par une association statistique entre l'hypercholestérolémie familiale, le mode de vie et les anomalies moléculaires des vaisseaux sanguins, les rendant plus vulnérables à l'athérosclérose (Carbonneau, 2007). D'autres maladies chroniques, notamment certaines maladies neurodégénératives, pourraient également avoir une composante génétique. Malgré cela, il importe de se rappeler que l'impact des facteurs héréditaires sur les maladies chroniques reste marginal par rapport à celui attribué aux habitudes de vie et aux comportements néfastes pour la santé.

Le sexe

Le sexe joue un rôle dans la survenue de certaines maladies chroniques. Les hommes demeurent généralement plus nombreux que les femmes à adopter des habitudes et des comportements pouvant être néfastes à leur santé. Ceci se traduit par des risques plus élevés de développer certaines maladies chroniques (Carbonneau, 2007). Par exemple, les risques d'avoir prématurément une maladie cardiovasculaire s'avèrent beaucoup plus élevés pour les hommes, cette maladie apparaissant en moyenne environ 10 ans plus tôt que parmi les femmes. L'effet protecteur des hormones féminines avant la ménopause pourrait expliquer cette différence (FMCC, 1997). D'autre part, en raison de voies respiratoires plus petites, les garçons en bas âge sont plus souvent atteints d'asthme que les filles. Par contre, à l'âge adulte, ce sont plutôt les femmes qui deviennent plus susceptibles d'être touchées par cette maladie, leurs voies respiratoires étant alors de plus petite taille (Gbaya et Garand, 2010).

¹ Le mode ou le style de vie est défini comme la façon ou « la manière de vivre d'une personne ou d'un groupe, ce qui inclut les types de relations sociales, de même que les façons de consommer et de se divertir. Le mode de vie reflète aussi les attitudes d'un individu, ses valeurs, ses habitudes et sa façon de voir le monde dans lequel il vit » (Wikipédia, 2010). Ce concept se rapproche de la notion de culture. Celle-ci est définie, dans son sens le plus large, comme l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social (UNESCO, 1982).



L'âge

L'âge est un facteur non modifiable conditionnant l'apparition et l'aggravation des maladies chroniques. Par exemple, la prévalence du diabète de type 2 augmente avec l'avancée en âge, et ce, aussi bien parmi les hommes que les femmes. Les données de l'ESCC 2007-2008 révèlent que, dans Lanaudière, une personne âgée de 45 à 64 ans sur quinze se déclare atteinte du diabète, comparativement à près d'une sur cinq à 65 ans et plus (INSPQ, 2010).

Dans Lanaudière, la croissance démographique importante observée ces dernières années, combinée au changement dans la structure d'âge de la population amèneront certainement une hausse du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques.

1.2 Les déterminants des comportements à risque et des maladies chroniques

Au cours des trente dernières années, de nombreuses recherches menées à travers le monde ont démontré que la qualité de vie, la santé, les habitudes et les comportements liés à l'adoption d'un mode de vie sain sont clairement associés aux environnements socioéconomiques et physiques des individus. Ainsi, la prévalence des maladies chroniques ne se distribue pas également entre les groupes sociaux. Elle a tendance à être beaucoup plus répandue parmi les personnes les plus démunies (Martinez, Pampalon et Hamel, 2003; Carbonneau, 2007; Cazale et Dumitru, 2008; Potvin, 2009).

On note que les personnes classées au plus bas de l'échelle de revenus ou de la scolarité sont, en proportion, plus nombreuses à fumer et à être exposées à la fumée de tabac à domicile, à avoir des habitudes alimentaires inadéquates, à être inactives physiquement, à être obèses et à présenter de l'hypertension artérielle (Guillemette et autres, 2001). Elles sont par ailleurs surreprésentées parmi les individus atteints de maladies chroniques et affligés d'incapacités, tout en ayant une espérance de vie plus courte (Cazale et Dumitru, 2008). Il est aussi démontré dans les recherches que l'environnement physique dans lequel évoluent les populations désavantagées diffère de celui des populations aisées. Par exemple, la disponibilité et l'accessibilité des infrastructures de loisirs comme des parcs, des pistes cyclables et des piscines publiques ne sont pas les mêmes dans les

quartiers défavorisés qu'elles ne le sont dans les quartiers profitant d'un statut socioéconomique plus élevé (Bergeron et Reyburn, 2010).

Le fait de vivre dans un environnement caractérisé par des conditions matérielles et de vie difficiles et stressantes ne serait pas étranger à des prévalences plus élevées de comportements à risque et de maladies chroniques. De plus, « des recherches récentes tendent à montrer que les facteurs de risque et la maladie sont l'expression de causes plus fondamentales qui sont liées à l'appartenance à certains groupes sociaux et qui déterminent l'accès aux ressources et la capacité de ceux-ci de les transformer en santé » (Potvin, 2009, p. 3).

Plus encore, les différences suivent un gradient social, en progressant selon le statut socioéconomique. Ainsi, les individus se trouvant tout en haut de l'échelle sociale jouissent en général d'un meilleur état de santé que ceux se situant juste au-dessous, eux-mêmes bénéficiant d'une meilleure santé que ceux qui leur succèdent directement, et ainsi de suite, jusqu'aux personnes les plus démunies (Potvin, 2009). Le gradient de santé mis au jour pour la première fois dans le *Rapport Black* (Potvin, 2009; Frohlich et autres, 2008) rappelle beaucoup l'image d'un escalier : plus l'individu grimpe les marches du statut socioéconomique, plus les indicateurs de l'état de santé, comme la mortalité et la morbidité, lui sont favorables. Les marqueurs de l'état de santé ont tendance au contraire à se dégrader à mesure que le statut social de l'individu s'amointrit.

« Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir » (OMS, 2008, p. 1).



La distribution des indicateurs décrivant l'état de santé de la population s'avère donc être socialement structurée ou déterminée en fonction de la position que les individus occupent dans la hiérarchie. Plusieurs recherches menées à travers le monde ont démontré que les rapports sociaux² génèrent des inégalités qui se répercutent à leur tour sur la santé de la population (Frohlich et autres, 2008). Ce constat rappelle l'existence de ce que l'on nomme les « inégalités sociales de santé ». Il conduit d'ailleurs plusieurs chercheurs à identifier les conditions sociales et économiques dans lesquelles vivent les populations ou les déterminants reliés au statut socioéconomique comme étant *les causes des causes* (*root causes*) de nombreuses maladies et, en particulier, des maladies chroniques (Fang et autres, 2009; Marmot, 2007). Les déterminants socioéconomiques de la santé ne sont pas simplement une mesure ou un reflet du niveau de richesse d'un individu, mais bien l'expression ou la synthèse des facteurs modulant les environnements qualifiant l'aisance, l'éducation et les particularités sociales, culturelles et physiques d'un milieu (Fang et autres, 2009; OMS, 2008).

Il demeure essentiel de garder à l'esprit un élément majeur : les comportements à risque et les habitudes de vie néfastes à la santé adoptés par les individus ne dépendent pas uniquement et seulement de leur bonne volonté. Ces derniers vivent et évoluent dans un contexte physique ou dans un environnement socialement structuré qui détermine à son tour l'accès à des ressources matérielles et sociales³. En d'autres mots, les choix de certaines habitudes de vie, au-delà du comportement individuel de chacun, présentent des attributs collectifs et relèvent des interactions avec des facteurs reliés aux environnements physiques, sociaux, économiques et psychologiques.

À cet effet, plusieurs recherches récentes ont révélé que l'adoption d'un mode de vie sain (des habitudes alimentaires adéquates et une pratique suffisante de l'activité physique) est aussi conditionnée par l'accessibilité à des commerces offrant des aliments sains, diversifiés et à bons prix, de même qu'à des infrastructures publiques favorisant la pratique de l'activité physique. Cet environnement bâti, favorable à un mode de vie

sain, diffère aussi en fonction du niveau socioéconomique du quartier ou de la communauté dans lequel les individus résident (Bergeron et Reyburn, 2010).

« On est porté à croire que les décisions en matière de santé dépendent d'abord et avant tout de l'individu qui jouit de son libre arbitre. Pourtant, quand on s'y arrête, on se rend bien compte que les choix personnels sont conditionnés par des facteurs comme la scolarité, le revenu, le statut social, le quartier ou le village où on habite » (Hamel et Talbot, 2007, p. 3).

Contrairement à ce que soutient la tendance à l'individualisation du risque, l'état de santé et de maladie n'est pas le résultat mécanique de choix individuels complètement dissociés du contexte social (Frohlich et autres, 2008). C'est pourquoi les caractéristiques reliées au statut socioéconomique sont considérées dans ce document plus largement que de simples facteurs de risque. Elles apparaissent comme étant des déterminants ou des causes de ces mêmes facteurs concourant à augmenter les probabilités d'être atteints de maladies chroniques.

Un fait s'avère aussi très préoccupant. Malgré l'amélioration générale de l'état de santé de la population québécoise et un système universel d'accès aux services médicaux et de soins, les écarts de santé, parfois très importants, persistent entre les individus défavorisés et ceux qui font partie des plus privilégiés. D'ailleurs, l'évolution de la mortalité prématurée avant l'âge de 75 ans entre les années 1990 et 2000, selon l'indice de défavorisation au Québec, est très révélatrice (Pampalon, Hamel et Gamache, 2008b).

Malgré une chute généralisée de la mortalité prématurée, les gains ont été beaucoup plus substantiels parmi les groupes les plus favorisés que parmi les plus défavorisés. À l'instar d'une tendance observée à l'échelle internationale, les écarts de mortalité prématurée entre ces groupes ont progressé au cours

² Les rapports sociaux font référence au fonctionnement global de la société, aux rapports de force et de pouvoir, aux différences selon le genre, la structure de la distribution du revenu et l'accessibilité aux services, etc. (De Koninck et autres, 2008).

³ Ces ressources matérielles et sociales sont, entre autres choses, un emploi stable, un revenu décent, un logement convenable et un réseau d'aide de qualité. D'autres évoquent les ressources utiles à la santé qui relèvent de la position sociale qu'occupe l'individu que sont, par exemple, l'argent, l'information, le prestige, le pouvoir et la présence de réseaux sociaux bénéfiques à la personne (Martinez, Pampalon et Hamel, 2003; Pampalon, Hamel et Gamache, 2008a).



des années 1990, en particulier pour le cancer du poumon et pour les maladies respiratoires. Le tabagisme, plus fréquent parmi les personnes les plus défavorisées, peut être associé à ces écarts, mais d'autres facteurs pourraient aussi avoir joué un rôle. L'accroissement des inégalités de revenu au cours de cette décennie, de même que la dégradation relative des conditions de vie des personnes défavorisées en raison du contexte socioéconomique⁴, pourraient aussi contribuer à expliquer cette évolution (Pampalon, Hamel et Gamache, 2008b).

En d'autres mots, il n'est pas possible de faire abstraction des effets des changements économiques, physiques, sociaux et culturels ayant transformé les conditions dans lesquelles évoluent les personnes défavorisées matériellement et socialement, de même que les caractéristiques de l'environnement bâti. Ce constat rappelle l'importance à accorder à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé⁵ et à la redistribution plus équitable des revenus. Ces dernières contribuent à améliorer les conditions de vie dans lesquelles vivent les individus et elles ont des effets importants sur la réduction des inégalités sociales de santé. Il importe aussi de rappeler que les inégalités de santé ont un impact sur la santé globale de la population et non pas seulement sur celle des individus défavorisés.

« Quelle est la part des décès prématurés que l'on pourrait éviter si l'ensemble des Québécoises et des Québécois profitaient du taux de décès du groupe le plus favorisé aux plans matériel et social? Si tel était le cas, c'est chaque année environ 5 636 décès chez les hommes et 2 977 décès chez les femmes, soit 40 % des décès chez les hommes et 35 % des décès chez les femmes qui seraient épargnés. [...] Tel est donc le poids de la défavorisation au Québec » (Pampalon, Hamel et Gamache, 2008a, p. 31).

Dans Lanaudière, une recherche récente réalisée à partir de l'indice de défavorisation a démontré que les Lanaudoises et les Lanaudois les plus pauvres et les plus isolés socialement demeurent plus nombreux que les plus favorisés à être affectés par des problèmes de santé, à être hospitalisés et à vivre

beaucoup moins longtemps (Guillemette et Leclerc, 2008). Ces résultats illustrent l'importance de réduire les écarts socioéconomiques pour diminuer aussi bien la prévalence des maladies chroniques que les inégalités sociales de santé.

2. LES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES LIÉS AUX HABITUDES DE VIE, AUX COMPORTEMENTS ET À CERTAINS PROBLÈMES DE SANTÉ

2.1 Le tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac à domicile

Depuis la publication dans les années 60 du rapport du *Surgeon General* aux États-Unis, les effets dévastateurs de l'usage du tabac sur la santé sont bien établis. En plus de provoquer le cancer du poumon, le tabagisme contribue à l'apparition des maladies respiratoires, des cardiopathies ischémiques, des maladies vasculaires cérébrales et de différentes formes de cancer (bouche, œsophage, larynx, etc.). L'usage du tabac est ainsi associé à 85 % des cancers du poumon et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et à 30 % des maladies cardiovasculaires et des autres types de cancer (Carbonneau, 2007). Selon l'OMS (2009), le tabagisme tue chaque année 5 millions de personnes dans le monde. Annuellement, près de 37 000 Canadiens dont 10 400 Québécois décèdent à cause du tabagisme (Baliunas et autres, 2007).

Non seulement le tabagisme rend malade et tue en très grand nombre ceux qui s'y adonnent, mais il s'attaque également aux non-fumeurs exposés à la fumée secondaire de tabac (Guérin et autres, 2006). Les bébés, les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes dont les voies respiratoires sont plus fragiles pourraient être davantage affectés (Lachance et Colgan, 2004). Des liens sont aussi reconnus entre le tabagisme passif⁶ et plusieurs types de cancer, de nombreux problèmes respiratoires et les maladies du système cardiovasculaire parmi les jeunes enfants et les adultes non-fumeurs (Guérin et autres, 2006).

⁴ Au cours des années 1990, les niveaux de scolarité et de revenu des personnes les plus défavorisées ont progressé beaucoup moins rapidement que pour les groupes sociaux les plus privilégiés (Pampalon, Hamel et Gamache, 2008b).

⁵ L'environnement physique doit aussi faire l'objet de politiques publiques favorables à la santé, car ces changements peuvent favoriser l'adoption de saines habitudes de vie. Les activités consistant à accroître le transport actif, à permettre un plus grand accès aux installations sportives et à augmenter l'offre alimentaire de qualité dans les quartiers moins bien desservis peuvent être ciblées dans ces politiques publiques.

⁶ Le taux de tabagisme passif fait référence au pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus exposée tous les jours à la fumée de tabac à son domicile.



Une recherche récente a aussi démontré que les risques pour la santé du cœur attribuables au tabagisme passif ont été nettement sous-estimés (Meyers et autres, 2009). En effet, des études menées dans différentes localités ayant interdit l'usage du tabac dans les lieux publics ont démontré que ces politiques ont eu comme impact de réduire de 26 % par année le taux de crises cardiaques. Après trois années d'interdiction du tabac, l'incidence des crises cardiaques avait diminué de 36 % (Gravel, 2009). Au Canada, 800 non-fumeurs meurent chaque année en raison de leur exposition à la fumée secondaire du tabac (ICM, 2009). Au Québec, en 1998, environ 360 personnes sont décédées en raison de leur exposition à la fumée secondaire de tabac (MSSS, 2010b).

Depuis une vingtaine d'années, la prévalence du tabagisme est en net recul : en 1987, autour de 44 % de la population lanauchoise de 15 ans et plus faisait usage du tabac comparativement à 30 % en 2007-2008 (Guillemette et autres, 2001; ASSS de Lanaudière, 2010). Cette réduction de l'usage du tabac a cependant été beaucoup plus marquée parmi les Lanaudois qu'elle ne l'a été parmi les Lanaudoises. La baisse du tabagisme des Lanaudoises s'est aussi amorcée beaucoup plus tard que celle des Québécoises, soit à partir du tournant des années 2000. Or, les Québécoises avaient déjà débuté leur cessation de l'usage du tabac à la fin des années 1980 et cette diminution s'est poursuivie tout au long des années 1990 et 2000. Ce retard des Lanaudoises pourrait se traduire par une incidence plus élevée du cancer du poumon et des maladies respiratoires au cours des prochaines années (Guillemette et Garand, 2010; Gbaya et Garand, 2010).

Tableau 1

Évolution de la prévalence du tabagisme parmi la population âgée de 15 ans et plus selon le sexe, Lanaudière et le Québec, 1987 et 2007-2008 (%)

	Lanaudière		Le Québec	
	1987 %	2007-2008 %	1987 %	2007-2008 %
Femmes	39,9	29,4	39,0	22,7
Hommes	47,6	30,4	41,0	27,8
Sexes réunis	43,8	30,0	39,9	25,1

Sources : Guillemette et autres, 2001. STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

De son côté, l'exposition à la fumée secondaire de tabac ou le tabagisme passif a aussi diminué dans Lanaudière. Entre 2003 et 2007-2008, le pourcentage de Lanaudois de 12 ans et plus

exposés à la fumée de tabac à leur domicile est passé du tiers au quart (INSPQ, 2010). En somme, en 2007-2008, les pourcentages lanauchois de tabagisme actif et passif restent encore significativement supérieurs à ceux du Québec.

Ces prévalences plus élevées du tabagisme actif et passif dans Lanaudière comportent un coût humain et social important. Chaque année, plus de 400 Lanaudoises et Lanaudois apprennent qu'ils sont atteints d'un cancer du poumon⁷ et tout près d'un milliard de décès pourraient annuellement être attribuables à des maladies associées au tabagisme actif et passif. Ces derniers pourraient représenter chaque année jusqu'aux deux cinquièmes de tous les décès dans Lanaudière (ASSS de Lanaudière, 2010).

Le fardeau économique imposé aux individus et à la société par le tabagisme est énorme. Les pertes et les dépenses liées à l'usage du tabac atteindraient au Canada, en 2002, 18 milliards de dollars (Patra et autres, 2007). Au Québec, pour la même année, les coûts du tabagisme sont évalués à 4 milliards de dollars dont 1 milliard en coûts directs de santé (MSSS, 2010a). Ce fardeau déjà imposant pourrait s'alourdir avec le vieillissement de la population.

Le tabagisme s'avère être, et de loin, la principale cause de mortalité évitable au Canada et au Québec (MSSS, 2010b). Cesser l'usage du tabac fait diminuer de manière appréciable la mortalité et la morbidité et permet d'augmenter la durée et la qualité de vie de la population. Au Québec, le tabagisme est responsable annuellement de six fois plus de victimes que l'alcool, les accidents de la route, les suicides et les homicides réunis. Un individu qui commence à faire usage du tabac dès son jeune âge et qui fume tout au long de son existence verra sa vie écourtée d'environ 21 ans (MSSS, 2010b).

L'arrêt du tabagisme procure des avantages immédiats pour l'individu : en quelques minutes, la pression artérielle s'abaisse et la fréquence du pouls s'améliore; au bout de huit heures, les risques d'une crise cardiaque commencent à diminuer. Après cinq ans, le risque d'infarctus s'abaisse à près de la moitié de celui d'un fumeur et, après dix ans, il devient similaire à celui d'un non-fumeur (ASPC, 2009c). De surcroît, après dix ans d'abandon, le risque de mourir d'un cancer du poumon diminue de moitié (SCC, 2010).

⁷ Le délai moyen entre le moment où une personne commence à fumer et celui où se développe un cancer du poumon dépasse 20 ans. Les décès attribuables à l'usage du tabac ont commencé à diminuer grâce à la lutte au tabagisme. En 1998, 13 295 Québécois étaient décédés de maladies attribuables à l'usage du tabac. Ce nombre de décès s'établissait à 10 400 en 2002 (Baliunas et autres, 2007; Info-Tabac, 2004).

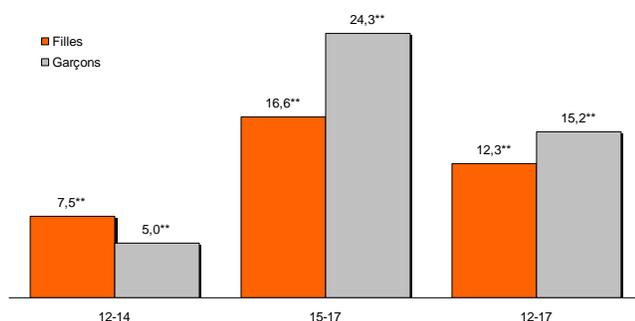


La situation du tabagisme parmi les jeunes

Bien avant l'arrivée à l'âge adulte, une part appréciable des jeunes sont mis en contact avec la cigarette. En 2007-2008, environ un Lanaudois âgé de 12 à 17 ans sur sept fait usage de la cigarette⁸, ce qui correspond à environ 5 700 jeunes. D'un point de vue statistique, des proportions équivalentes de filles et de garçons fument. Cependant, le pourcentage de fumeurs des deux sexes s'accroît significativement entre 12-14 ans et 15-17 ans.

Graphique 1

Fumeurs âgés de 12 à 17 ans selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

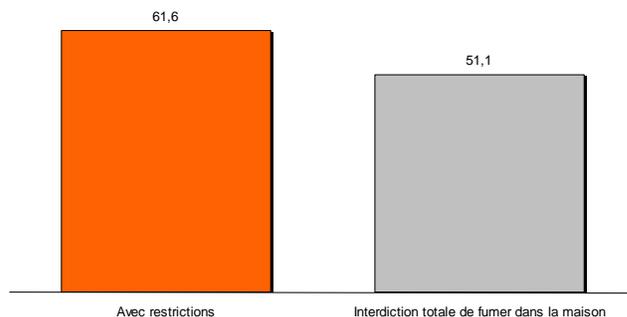
** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Toujours en 2007-2008, environ un jeune lanaudois sur quatre est exposé quotidiennement à la fumée de tabac à son domicile. Ce pourcentage ne varie pas selon le sexe, ni entre 12-14 ans et 15-17 ans. Fait encourageant : environ trois adolescents de 12 à 17 ans sur cinq vivent dans une maison où l'usage du tabac est restreint d'une manière ou d'une autre et la moitié des jeunes habitent un domicile dans lequel il est totalement interdit de fumer.

« Comme en 2006, 15 % des élèves québécois (du secondaire) fument la cigarette en 2008. C'est environ 4 points de pourcentage de moins qu'en 2004 et la moitié moins qu'en 1998 (...). À l'exemple des enquêtes antérieures, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à fumer la cigarette. Puis, entre la 1^{ère} et la 5^e secondaire, la proportion de fumeurs passe de 8 % à 21 % » (Dubé et autres, 2010).

Graphique 2

Population âgée de 12 à 17 ans ayant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile et vivant dans une maison où il est totalement interdit de fumer, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

La situation parmi les adultes

En 2007-2008, près du tiers des Lanaudois âgés de 18 ans et plus font usage de tabac. Cette prévalence du tabagisme surpasse celle du Québec où le quart des adultes fument. Cette situation pourrait résulter du taux supérieur de tabagisme des Lanaudoises par rapport aux Québécoises (données non présentées).

Tableau 2

Taux de tabagisme actif et passif au sein de la population selon certaines caractéristiques, Lanaudière, 2007-2008 (%)

	Tabagisme	
	Actif %	Passif % ¹
Femmes	30,3 ²	23,4
Hommes	30,8 ²	26,0
Sexes réunis	30,5 ²	24,7
12-17 ans	13,8	25,3 *
18-24 ans	33,6 *	33,1 *
25-44 ans	34,6	20,6
45-64 ans	31,7	31,5
65 ans et plus	15,5 *	10,2 *
Moins qu'un DES	36,6	31,0
Diplôme d'études secondaires (DES)	36,4	27,6 *
Études postsecondaires	38,2	36,3 *
Diplôme d'études postsecondaires	25,5	19,0
Quintile 1 (revenu inférieur)	39,8	37,2
Quintile 2	34,3	28,8
Quintile 3	26,5	18,9 *
Quintile 4	29,3	28,9
Quintile 5 (revenu supérieur)	25,3	19,2 *

¹ Personnes âgées de 12 ans et plus.

² Personnes âgées de 18 ans et plus.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

⁸ Dans les pages qui suivent, les résultats présentés proviennent pour la plupart de l'ESCC de 2007-2008. Il arrive très souvent, vraisemblablement en raison de la petitesse de l'échantillon régional, qu'aucune différence significative entre les proportions régionales ne soit signalée. Ces pourcentages suivent cependant la même tendance que celle observée au Québec. Or, à l'échelle québécoise, des écarts statistiquement significatifs sont relevés. Pour ne pas alourdir le texte, nous ne mentionnerons ces précisions que dans le cas où les tendances régionales vont à l'encontre de celles observées au Québec.



Dans Lanaudière, les taux de tabagisme des hommes et des femmes apparaissent similaires. Au Québec toutefois, les hommes demeurent toujours plus nombreux, en proportion, que les femmes à faire partie des fumeurs (données non présentées).

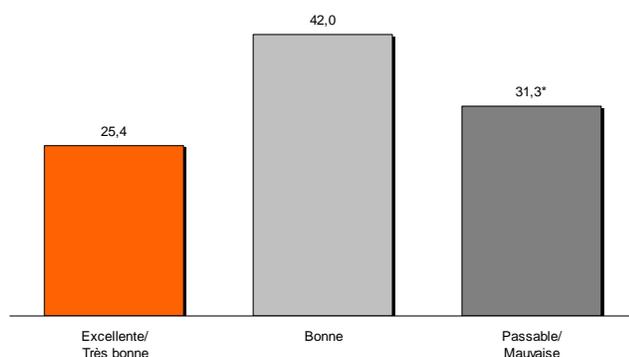
Le taux de tabagisme actif des adultes diminue avec l'avancée en âge. Il chute de moitié entre 18-24 ans et 65 ans et plus. La baisse plus nette de l'usage du tabac s'amorce surtout à partir de l'âge de 45 ans.

Les taux de tabagisme actif et passif augmentent significativement parmi les adultes ayant le statut socioéconomique le plus faible, demeurant plus substantiels parmi les personnes appartenant aux couches sociales défavorisées.

Le pourcentage de fumeurs se déclarant en bonne santé demeure particulièrement élevé par rapport à ceux se disant en excellente ou en très bonne santé et ceux jugeant leur santé passable ou mauvaise⁹. Il s'agit d'une variation attribuable à la petite taille de l'échantillon régional. En effet, au Québec, le pourcentage de fumeurs augmente à mesure que la perception de l'état de santé générale se dégrade.

Graphique 3

Fumeurs âgés de 18 ans et plus selon la perception de l'état de santé générale, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Toujours en 2007-2008, une personne âgée de 12 ans et plus sur quatre est exposée à la fumée de tabac à son domicile. Ce taux de tabagisme passif surpasse celui du Québec où seulement une personne sur cinq vit cette situation. Les hommes, de même que les jeunes adultes âgés de moins de 25 ans, restent les plus susceptibles d'y être exposés à leur domicile. Il importe aussi de souligner que les Lanaudoises se démarquent des Québécoises en étant nettement plus nombreuses, en proportion, à y être exposées.

2.2 La pratique insuffisante de l'activité physique

Les bénéfices de la pratique régulière de l'activité physique sur la santé et le bien-être de la population sont multiples et clairement démontrés dans la littérature scientifique. Il est ainsi reconnu que l'activité physique, pratiquée à un niveau suffisant, produit des avantages indéniables pour la santé en aidant à prévenir l'apparition et la progression de nombreux problèmes de santé et des maladies chroniques. Les plus connus sont les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'hypertension et certains cancers (Nolin et Hamel, 2005; CSKQ, 1999). L'activité physique favorise une bonne santé mentale et un bien-être psychologique. Elle est reliée au maintien d'un poids santé chez les adultes et à un bon système musculosquelettique. Par ailleurs, elle favorise la croissance des enfants et des adolescents et elle améliore l'endurance cardiorespiratoire, la résistance musculaire, la flexibilité et la posture. Elle permet également le contrôle du pourcentage de graisse dans le poids corporel, favorisant la prévention de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants, les adolescents et les adultes (CSKQ, 1999 et 2000).

« Un mode de vie physiquement actif, sans interruption de l'âge adulte jusqu'au troisième âge, permet d'augmenter de 2 à 8 ans l'espérance de vie » (CSKQ, 2002, p. 23).

⁹ Cet indicateur d'évaluation personnelle de la santé est corrélé positivement avec de nombreuses mesures objectives de l'état de santé comme les « problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle, la limitation d'activité ainsi que l'état de santé mentale et sociale » (Guillemette et autres, 2001, p. 95). En d'autres mots, les personnes déclarant avoir une santé passable ou mauvaise souffrent davantage de problèmes de santé physique, sont plus souvent hospitalisées et sont plus limitées dans leurs activités quotidiennes par la présence de ces problèmes de santé.



L'OMS considère que la sédentarité, de même qu'une mauvaise alimentation, comptent parmi les principales causes de plusieurs maladies chroniques et contribuent pour une large part au fardeau de la mortalité, de la morbidité et de l'incapacité (OMS, 2004). Ce même organisme estime que chaque année, près de 1,9 million de personnes meurent prématurément en raison de leur inactivité physique (OMS, 2005). Au Canada, le poids économique de la pratique insuffisante d'activités physiques atteint 5,3 milliards de dollars par année en soins médicaux et en perte de productivité en raison des maladies, des blessures professionnelles et des décès prématurés (Cragg et Craig, 2009).

Le temps passé devant un écran d'ordinateur, de télé ou de la console de jeux vidéo est souvent identifié comme étant un facteur contribuant à l'inactivité physique, à l'embonpoint et à l'obésité, en particulier parmi les jeunes. En 2007-2008, près de trois Lanaudois âgés de 12 à 17 ans sur cinq consacrent au moins 20 heures par semaine à regarder la télévision, à jouer aux jeux vidéo ou à être devant l'ordinateur. Près du tiers des adolescents y consacrent un minimum de 30 heures par semaine. Les adultes lanaudois ne sont pas en reste; la moitié d'entre eux passant au moins 20 heures chaque semaine, en dehors de leur travail, à mener ce genre d'activités sédentaires (Statistique Canada, 2009).

La situation parmi les jeunes

En 2007-2008, environ un jeune lanaudois âgé de 12 à 17 ans sur trois (31 %) est considéré insuffisamment actif physiquement¹⁰ dans ses loisirs. Les filles sont beaucoup plus nombreuses, en proportion, que les garçons à faire partie des personnes inactives physiquement. Toutefois, ce pourcentage de jeunes sédentaires ne varie pas significativement entre 12-14 ans et 15-17 ans.

L'ajout des activités reliées au transport actif, comme aller à l'école à pied ou en vélo, ne fait pas diminuer le pourcentage de jeunes inactifs physiquement dans leurs loisirs. Ce dernier demeure similaire d'un point de vue statistique, se situant autour de 27 %.

D'ailleurs, des recherches ont mis en évidence une augmentation au cours des dernières décennies de la sédentarité parmi les enfants et les adolescents, ce qui justifierait en bonne partie la croissance de la prévalence de l'obésité (CSKQ, 2000). Plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer cette situation. Comparativement à ceux des décennies précédentes, de moins en moins d'adolescents vont à l'école à pied ou à vélo parce qu'ils voyagent en autobus scolaire. De plus, de fortes proportions d'entre eux consacrent un très grand nombre d'heures chaque semaine à des loisirs sédentaires (jeux vidéo, télévision et cinéma-maison, utilisation d'un ordinateur, etc.) et le temps dédié à l'éducation physique à l'école serait en déclin (CSKQ, 2000).

De plus, les conditions de sécurité déficientes existant dans certaines zones urbaines et sur les routes en milieu rural pourraient rendre les déplacements à pied ou à bicyclette périlleux. Ces éléments auraient pu décourager les parents à inciter leurs enfants et leurs adolescents à marcher ou à utiliser leur vélo pour aller à l'école. De l'avis de plusieurs spécialistes, certaines des caractéristiques de l'environnement des enfants et des adolescents auraient pu devenir, au cours des dernières décennies, moins propices à la pratique de l'activité physique de loisirs et aux activités de transport actif (CSKQ, 2000).

Cependant, il importe d'offrir aux jeunes, comme aux adultes, un environnement physique favorable à la pratique de l'exercice physique. Un environnement offrant des pistes cyclables et piétonnières sécuritaires et une plus grande accessibilité aux infrastructures de loisirs, comme les parcs, les piscines publiques et les terrains de jeux, pourrait avoir des retombées favorables à la diminution du pourcentage de jeunes et d'adultes inactifs physiquement (CSKQ, 2004).

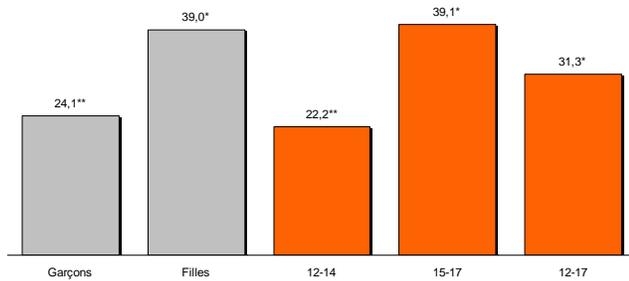
« L'approche préconisée (...) est d'agir principalement sur l'environnement des jeunes (installations sportives accessibles, parents donnant l'exemple, éducation physique à l'école, parcs et pistes cyclables sécuritaires) pour que les enfants et les adolescents découvrent le plaisir d'être actifs tous les jours » (CSKQ, 2000, p.3).

¹⁰ Le niveau recommandé de pratique de l'activité physique chez les jeunes correspond à au moins 60 minutes de marche rapide tous les jours. Les adolescents de 12 à 17 ans ne pratiquant pas 60 minutes d'activité physique au moins 5 jours par semaine sont considérés insuffisamment actifs pour leur groupe d'âge ou sédentaires (Nolin et Hamel, 2005).



Graphique 4

Population âgée de 12 à 17 ans considérée moins active physiquement dans ses loisirs ou sédentaire selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 ** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

La situation parmi les adultes

En 2007-2008, environ le quart des adultes lanaudois sont considérés inactifs physiquement dans leurs loisirs ou sédentaires¹¹, soit près de 90 000 Lanaudoises et Lanaudois âgés de 18 ans et plus. Lorsque les activités reliées au transport actif, comme aller au travail ou à l'école à pied ou à vélo sont ajoutées, le pourcentage d'adultes inactifs physiquement s'abaisse significativement. De plus, le pourcentage de personnes insuffisamment actives physiquement dans leurs loisirs ne fluctue pas selon le sexe. Lors de l'enquête de 2005, les hommes étaient cependant plus nombreux que les femmes à être inactifs physiquement (INSPQ, 2010).

« Les chercheurs du domaine de l'activité physique sont unanimes : pour lutter contre la sédentarité, il faut déployer de façon continue un vaste éventail d'interventions de type populationnel et individuel, et ce, dans plusieurs milieux de vie et milieux professionnels » (CSKQ, 2004).

Tableau 3

Population âgée de 18 ans et plus considérée sédentaire dans ses loisirs selon certaines caractéristiques, Lanaudière, 2007-2008 (%)

	Sédentaire dans les loisirs %
Femmes	25,5
Hommes	26,7
Sexes réunis	26,1
18-24 ans	14,3 **
25-44 ans	22,0
45-64 ans	31,5
65 ans et plus	29,6 *
Moins qu'un DES	31,3
Diplôme d'études secondaires (DES)	29,0 *
Études postsecondaires	30,1 *
Diplôme d'études postsecondaires	23,4
Quintile 1 (revenu inférieur)	30,2
Quintile 2	26,2 *
Quintile 3	21,4 *
Quintile 4	33,3
Quintile 5 (revenu supérieur)	18,3 *

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 ** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Avec l'avancée en âge, la prévalence de la sédentarité s'accroît significativement, la proportion d'adultes inactifs physiquement doublant entre 18-24 ans et 65 ans et plus. D'ailleurs, les adultes de 45 ans et plus se distinguent en obtenant des pourcentages de personnes sédentaires nettement supérieurs à ceux des plus jeunes.

Comme c'était le cas pour le tabagisme actif et passif, la non atteinte d'un niveau suffisant d'activité physique demeure étroitement liée au faible statut socioéconomique. La sédentarité reste ainsi plus répandue parmi les personnes peu scolarisées et ayant les revenus les plus faibles.

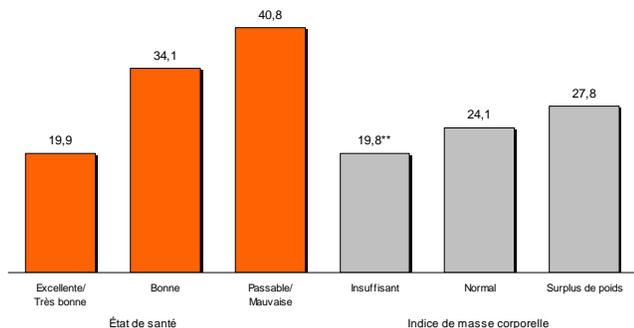
La faible pratique de l'activité physique de loisirs demeure aussi associée à la perception de l'état de santé générale et à l'indice de masse corporelle. Les pourcentages d'adultes inactifs physiquement dans leurs loisirs demeurent nettement supérieurs parmi ceux jugeant négativement leur état de santé.

¹¹ Le terme « sédentaire » est utilisé pour qualifier les adultes dont la fréquence de pratique de l'activité physique est inférieure à trois fois par semaine, à raison d'au moins de 30 minutes par jour (Nolin et Hamel, 2005).



Graphique 5

Population âgée de 18 ans et plus considérée sédentaire dans ses loisirs selon la perception de l'état de santé générale et l'indice de masse corporelle, Lanaudière, 2007-2008 (%)



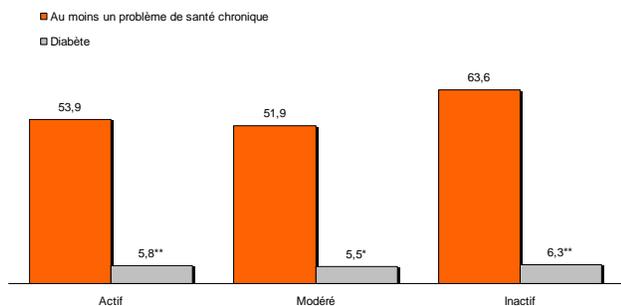
Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Finalement, le pourcentage d'adultes atteints du diabète reste beaucoup plus élevé parmi les inactifs physiquement. Il en va de même pour ceux touchés par au moins un problème de santé chronique.

Graphique 6

Prévalence d'au moins un problème de santé chronique et du diabète au sein de la population adulte selon le niveau d'activité physique de loisirs, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

« Chez les personnes sédentaires qui sont devenues physiquement actives, le taux de mortalité a diminué de 23 % selon une étude et de 44 % selon l'autre. Par comparaison, parmi les fumeurs qui avaient arrêté de fumer au cours de la même période, on observait une diminution de 41 % » (CSKQ, 1999).

2.3 Les habitudes alimentaires inadéquates

La mauvaise alimentation ou les habitudes alimentaires inadéquates jouent un rôle crucial dans le processus de développement de plusieurs maladies chroniques. Se nourrir d'aliments sains et pauvres en sel, en sucre et en gras saturés aide à prévenir l'apparition des maladies cardiovasculaires, de certains cancers, du diabète de type 2 et de l'obésité (Carbonneau, 2007; Hamel et Talbot, 2007).

La consommation de fruits, de légumes, de céréales de grains entiers, de légumineuses et de noix procure des bienfaits et fournit des effets protecteurs contre les maladies chroniques. Toutefois, d'autres aliments sont à éviter ou doivent être consommés avec réserve. Il s'agit des aliments trop sucrés ou salés et de ceux contenant des gras saturés ou des gras « trans » (Carbonneau, 2007). Une alimentation inadéquate est mise en cause dans 80 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires, dans 90 % de ceux associés au diabète de type 2 et dans le tiers de ceux reliés au cancer (Pouliot et Bertrand, 2009).

La littérature révèle que l'amélioration des habitudes alimentaires peut réduire les décès causés par les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux d'environ 20 % et d'au moins 30 % ceux occasionnés par le cancer et le diabète (ASPC, 2010). Selon les chercheurs, les habitudes alimentaires inadéquates imposent à la société un lourd fardeau économique, soit environ 6,6 milliards de dollars au Canada en 1998 (ASPC, 2010).

« De nombreux travaux de recherche ont conclu qu'une consommation quotidienne et suffisante de légumes et de fruits permet d'obtenir des antioxydants en quantité importante, lesquels sont bénéfiques pour la santé. La consommation de légumes et de fruits contribue aussi au maintien du poids et au contrôle du diabète. Il est important de souligner que le niveau de consommation des légumes et des fruits constitue également un bon indicateur de la qualité de l'alimentation d'une population » (Blanchet, Plante et Rochette, 2009, p. 87).



Les résultats des enquêtes portant sur la nutrition des Québécois révèlent des informations déterminantes sur l'évolution des habitudes alimentaires entre 1990 et 2004. On y apprend que la consommation de fruits et de légumes parmi les adultes a progressé lentement durant cette période¹², même si des écarts importants persistent entre les populations favorisées en matière de scolarité et de revenu et les moins bien nanties. L'apport en produits laitiers demeure toujours insuffisant et il ne s'est pas amélioré au fil des années. Les produits céréaliers à grains entiers ne sont pas suffisamment consommés par la population québécoise et il n'y a pas eu de variation substantielle depuis le tournant des années 90. Une baisse de la consommation de viande, en particulier du bœuf, a été enregistrée, surtout parmi les hommes. Les adultes paraissent avoir réduit leur consommation de porc, de jambon et d'œufs tout en ayant augmenté leur apport en poisson et en fruits de mer, même si celui-ci n'est pas encore suffisant pour atteindre les normes du *Guide alimentaire canadien*. De même, les autres aliments regroupant les graisses, les sucreries, les boissons gazeuses, les grignotines, les sauces et les vinaigrettes, souvent de faible valeur nutritive, prennent toujours une part trop considérable dans l'alimentation des Québécois. Ils représentent le quart de l'apport calorique quotidien (Blanchet, Plante et Rochette, 2009).

En raison des changements du mode de vie et des horaires très chargés, les aliments préparés à l'extérieur de la maison ont gagné en popularité. Ils sont consommés par la moitié de la population québécoise sur une base quotidienne. L'offre de ce type d'aliments est aussi beaucoup plus forte qu'elle ne l'était il y a 15 ans. Ces aliments sont souvent plus riches en gras, en sucre et en sel et contribuent à augmenter substantiellement l'apport énergétique. Les hommes, en particulier les plus jeunes, demeurent plus susceptibles que les femmes de consommer des aliments préparés à l'extérieur (Blanchet, Plante et Rochette, 2009).

Finalement, le quart des adultes ont une consommation trop élevée de produits riches en gras et de faibles proportions de Québécois obtiennent des apports suffisants en fibres

alimentaires. La consommation de sel demeure encore trop élevée pour une très forte majorité des adultes québécois (Blanchet, Plante et Rochette, 2009). Ce bilan met au jour plusieurs lacunes nutritionnelles qui favorisent l'apparition et le développement de plusieurs maladies chroniques.

Il importe de rappeler que l'accès à une alimentation saine, équilibrée et de qualité est conditionné par la situation économique et même géographique des personnes. Les aliments riches en matières grasses et en sucre coûtent souvent moins cher et les familles ayant des revenus plus faibles doivent souvent faire des compromis entre les dépenses d'épicerie et celles consacrées au logement et aux vêtements (Le Petit et Berthelot, 2006). Non seulement les recherches ont montré que le coût des aliments demeure beaucoup plus élevé dans les quartiers les plus défavorisés, souvent dépourvus de grandes chaînes d'alimentation, mais l'accès à une grande variété et à une bonne qualité des aliments y est également moindre (Bertrand et Therrien, 2006). Dans les zones rurales, la rareté ou l'insuffisance des moyens de transport collectif, de même que l'absence d'une voiture personnelle, peuvent aussi compromettre l'accessibilité à une alimentation variée, de qualité et à prix raisonnable. En 2005, environ un Lanaudois sur vingt vit une situation d'insécurité alimentaire et cet état reste plus susceptible de se produire parmi les personnes appartenant aux groupes défavorisés en matière de revenu et de scolarité.

Ces constats illustrent encore une fois l'importance des mesures environnementales en lien avec une saine alimentation. Au cours de la dernière décennie, l'accessibilité et le nombre de bannières de restauration rapide ont augmenté, en particulier aux abords des écoles. Dans les restaurants, les portions ont eu tendance à devenir plus grosses et l'offre d'aliments préparés dans les épicerie et les grandes chaînes d'alimentation est beaucoup plus importante qu'avant (Lachance, Pageau et Roy, 2006). En somme, les mesures des politiques publiques (politiques faisant la promotion des aliments sains, règlement de zonage aux abords des écoles, etc.) et les programmes comme *Fruits et légumes en vedette*¹³ visant à modifier

¹² En 1990, 43 % des adultes québécois consommaient au moins cinq portions de fruits et de légumes sur une base quotidienne. En 2004, cette proportion atteignait 61 %. Malheureusement, les données présentées ne permettent pas de distinguer la progression selon le statut socioéconomique. Toutefois, elles confirment que les plus riches et les plus instruits demeurent toujours plus nombreux, en proportion, que les plus défavorisés à consommer suffisamment de fruits et de légumes, et ce, aussi bien en 1990 qu'en 2004 (Blanchet, Plante et Rochette, 2009).

¹³ Le programme *Fruits et légumes en vedette* offert aux restaurateurs du Québec a vu le jour dans Lanaudière il y a six ans. Depuis, environ soixante-dix restaurants lanaudois y participent chaque année. Ce programme invite les restaurateurs à mettre en valeur les fruits et les légumes en offrant à leur clientèle des menus sains et équilibrés (Lemire, Corbeil et Ducharme, 2009).



L'environnement physique en lien avec l'alimentation peuvent être très prometteurs. Il faut toutefois développer simultanément des politiques misant sur la réduction des inégalités socioéconomiques.

« Les politiques nutritionnelles visant la création d'environnements favorables ont toutefois leurs limites pour réduire les inégalités sociales de l'alimentation. Les solutions à long terme reposent aussi sur des mesures structurantes complémentaires, comme les politiques liées au revenu, au transport, au coût de l'énergie et du logement. Celles-ci ont des effets directs sur le pouvoir d'achat des individus et ont donc le potentiel de réduire les inégalités sociales de l'alimentation » (Pageau, 2009, p. 12).

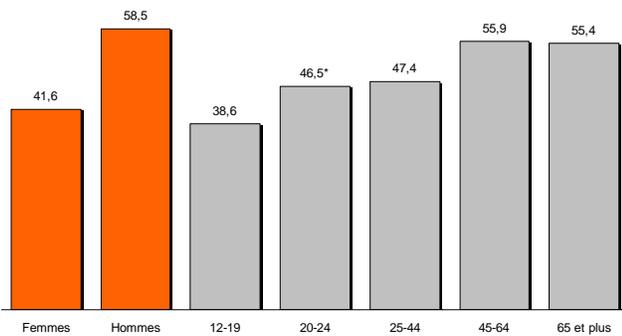
La situation parmi la population âgée de 12 ans et plus

Les données régionales portant sur l'alimentation sont plutôt rares. Seules les informations illustrant la fréquence de consommation quotidienne de fruits et de légumes, tirées de l'ESCC, permettent d'avoir en main un indicateur pour qualifier l'alimentation de la population Lanaudaise.

Pour en tirer des bénéfices pour sa santé, la population doit consommer chaque jour au moins cinq portions de fruits et de légumes. Or, en 2007-2008, la moitié seulement de la population Lanaudaise âgée de 12 ans et plus répond à ce critère.

Graphique 7

Population âgée de 12 ans et plus et ayant une faible consommation quotidienne de fruits et de légumes selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2007-2008 (%)



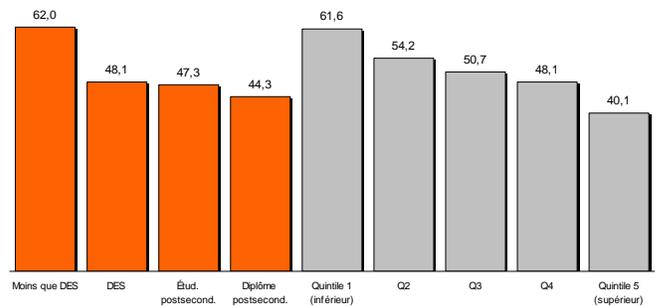
Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Les hommes présentent à cet égard une situation beaucoup moins favorable que celle des femmes. Ils sont significativement plus nombreux, en proportion, à avoir une faible consommation quotidienne de fruits et de légumes. Avec l'avancée en âge s'accroît aussi la proportion de la population ne consommant pas assez de fruits et de légumes chaque jour. Les plus âgés demeurent significativement plus nombreux que les jeunes de 12 à 19 ans à avoir un faible apport quotidien en fruits et en légumes.

Graphique 8

Population âgée de 12 ans et plus et ayant une faible consommation quotidienne de fruits et de légumes selon le niveau de scolarité et de revenu, Lanaudière, 2007-2008 (%)

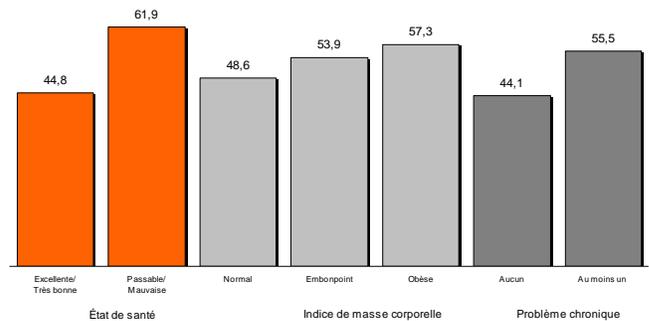


Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

Encore une fois, les individus pauvres et moins scolarisés, ainsi que ceux jugeant leur santé passable ou mauvaise restent plus susceptibles d'avoir un trop faible apport quotidien en fruits et en légumes. Il en va de même pour les personnes présentant de l'embonpoint ou étant obèses et pour celles ayant au moins un problème de santé chronique.

Graphique 9

Population âgée de 12 ans et plus et ayant une faible consommation quotidienne de fruits et de légumes selon certains indicateurs sanitaires, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.



2.4 Le surplus de poids et l'obésité

La transformation radicale du mode de vie, l'accélération du rythme des activités de la vie quotidienne et les changements importants dans les habitudes alimentaires depuis les trois dernières décennies ont eu comme répercussion d'accroître la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. Le pourcentage de Canadiens obèses est passé de 12 % en 1994 à 17 % en 2007-2008 (INSPQ, 2009). Même si la proportion de Québécois atteints d'obésité demeure légèrement en deçà de la moyenne canadienne, la tendance reste néanmoins inquiétante. En effet, la prévalence de l'obésité des adultes québécois a doublé en vingt ans, grimant de 8 % en 1987 à 16 % en 2007-2008. L'embonpoint, qui touchait un peu plus du quart de la population adulte en 1987, en affecte le tiers en 2007-2008. C'est ainsi que les personnes déclarant un surplus de poids¹⁴ comptent pour la moitié de la population adulte québécoise en 2007-2008 (INSPQ, 2010).

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de départager les personnes affichant de l'embonpoint et de l'obésité des autres. Il est calculé en mettant en rapport le poids déclaré de l'individu (en kilogrammes) avec le carré de sa taille déclarée (en mètres). Les personnes dont l'IMC est plus grand ou égal à 25 affichent un surplus de poids. Cette catégorie peut être divisée en deux, soient les individus présentant de l'embonpoint (dont l'IMC est égal ou supérieur à 25, mais inférieur ou égal à 29,9) et ceux atteints d'obésité (dont l'IMC est égal ou supérieur à 30).

La hausse marquée de la prévalence du surplus de poids dans la population et, en particulier de l'obésité, inquiète les autorités de santé publique en raison des risques pour la santé qui y sont associés. Les personnes présentant un excès de poids et, en particulier celles atteintes d'obésité, sont davantage susceptibles de souffrir d'hypertension, de maladies

cardiovasculaires, de diabète de type 2, de certains cancers, de maladies de la vésicule biliaire, d'arthrose et de certains problèmes de santé mentale dont la dépression (Santé Canada et ASPC, 2006).

Selon les données du poids et de la taille mesurées par un professionnel, tirées de l'ESCC cycle 2.2 volet nutrition menée en 2004, près du quart des Québécois âgés de 2 à 17 ans présentent un surplus de poids. Plus précisément, 16 % sont en situation d'embonpoint et 7 % atteints d'obésité. La proportion de jeunes québécois affichant un surplus de poids aurait augmenté de 55 % en 25 ans, passant de 15 % en 1978 à 23 % en 2004. La croissance du taux d'obésité viendrait expliquer cet écart. Les adolescents de 12 à 14 ans (27 %), de même que les tout-petits de 2 à 5 ans (26 %) restent plus nombreux, en proportion, à être affectés par un excès de poids (Lamontagne et Hamel, 2009).

Le fardeau économique attribuable à la surcharge pondérale au sein de la population canadienne est estimé, en 2001, à 4,3 milliards de dollars dont 1,4 milliard de dollars au Québec seulement (Starky, 2005). Ces sommes pourraient s'accroître en raison de l'augmentation de la prévalence de l'obésité, reconnue comme une *épidémie* par l'OMS (ICIS, 2004).

La situation parmi les adultes

En 2007-2008, un peu plus de la moitié des adultes Lanaudois âgés de 18 ans et plus affichent un surplus de poids. Ce pourcentage surpasse celui du Québec (48 %). Cette prévalence demeure aussi beaucoup plus élevée parmi les hommes que chez les femmes. Cette situation est occasionnée par un taux supérieur d'embonpoint au sein de la population masculine.

¹⁴ Les termes « surplus de poids », « excès de poids », « excédent de poids » et « surcharge pondérale » sont utilisés indifféremment dans le texte, étant des synonymes. Ces catégories prennent en compte aussi bien les adultes présentant de l'embonpoint que de l'obésité.



Tableau 4

Population âgée de 18 ans et plus présentant de l'embonpoint, de l'obésité et un surplus de poids selon certaines caractéristiques, Lanaudière, 2007-2008 (%)

	Poids		
	Embonpoint	Obésité	Surplus de poids
	%	%	%
Femmes	28,2	16,7	44,9
Hommes	43,3	19,2	62,5
Sexes réunis	35,8	18,0	53,8
18-24 ans	17,8 **	8,5 **	26,3 *
25-44 ans	35,7	16,7	52,4
45-64 ans	38,3	21,0	59,3
65 ans et plus	41,2	19,2 *	60,4
Moins qu'un DES	42,2	18,6 *	60,8
Diplôme d'études secondaires (DES)	29,1 *	24,5 *	53,6
Études postsecondaires	35,2 *	12,4 **	47,6
Diplôme d'études postsecondaires	35,6	17,5	53,0
Quintile 1 (revenu inférieur)	29,2 *	24,8 *	54,0
Quintile 2	34,3	18,8 *	53,2
Quintile 3	32,8	17,7 *	50,4
Quintile 4	36,5	16,5 *	52,9
Quintile 5 (revenu supérieur)	42,3	18,3 *	60,8

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 ** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

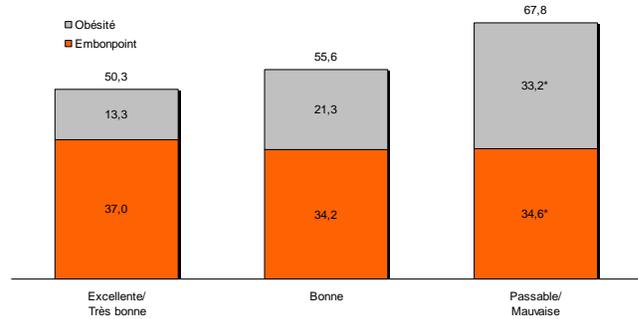
La prévalence de l'excès de poids augmente significativement jusqu'à 65 ans, le pourcentage faisant plus que doubler entre 18-24 ans et 25-64 ans. Les taux d'embonpoint et d'obésité endossent une tendance analogue. Toujours en 2007-2008, le pourcentage de surplus de poids, de même que ceux de l'embonpoint et de l'obésité demeurent beaucoup plus substantiels parmi les adultes sans diplôme d'études secondaires qu'ils ne le sont pour ceux possédant ce diplôme.

Seuls les pourcentages d'embonpoint et d'obésité des adultes varient selon le niveau de revenu. À cet égard, la prévalence de l'obésité suit la tendance habituelle, à savoir que les pauvres sont plus nombreux que les riches à être obèses. Les données portant sur l'embonpoint illustrent cependant une tendance inverse: les adultes fortunés restent, en proportion, significativement plus nombreux que les pauvres à afficher de l'embonpoint.

Par ailleurs, le pourcentage de surplus de poids demeure significativement plus élevé parmi les adultes s'estimant en mauvaise santé. Cette prévalence nettement plus forte s'explique essentiellement par un pourcentage d'obésité de beaucoup supérieur pour ces personnes.

Graphique 10

Population âgée de 18 ans et plus présentant de l'embonpoint, de l'obésité et un surplus de poids selon la perception de l'état de santé générale, Lanaudière, 2007-2008 (%)



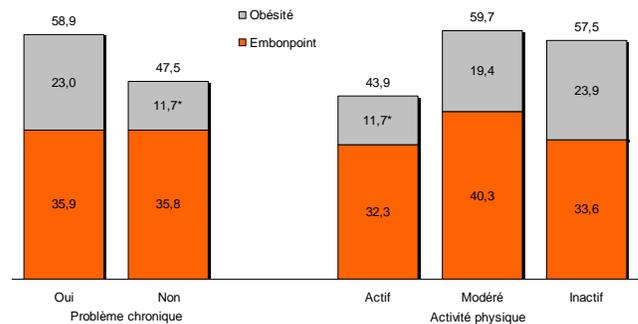
Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

La prévalence du surplus de poids demeure significativement supérieure chez les adultes atteints d'au moins un problème de santé chronique. Cette situation est attribuable au pourcentage d'obésité. La littérature montre qu'un mode de vie physiquement actif aide à prévenir le surplus de poids et l'obésité. Ainsi, les taux d'excès de poids et d'obésité demeurent significativement plus élevés parmi les adultes inactifs physiquement dans leurs loisirs par rapport à ceux qui sont actifs.

Graphique 11

Population âgée de 18 ans et plus présentant de l'embonpoint, de l'obésité et un surplus de poids selon la présence d'au moins un problème de santé chronique et le niveau d'activité physique de loisir, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

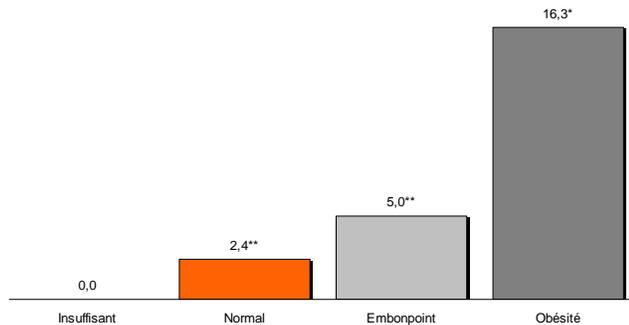
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.



La prévalence du diabète fluctue aussi beaucoup en fonction du poids des adultes. Toujours en comparant avec les adultes présentant un poids normal, le pourcentage de diabétiques double parmi ceux affichant de l'embonpoint et il est multiplié par sept parmi ceux atteints d'obésité. D'ailleurs, il est reconnu que les risques pour la santé augmentent avec l'embonpoint et s'accroissent de manière marquée parmi les adultes obèses (Santé Canada, 2003).

Graphique 12

Prévalence du diabète au sein de la population âgée de 18 ans et plus selon le poids corporel, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

2.5 La consommation excessive et répétitive d'alcool

L'alcool demeure une substance psychotrope largement consommée au cours d'activités de la vie quotidienne et lors d'événements sociaux. Consommé à petites doses ou de façon modérée, l'alcool pourrait avoir un effet protecteur contre certaines maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et les calculs biliaires (Guillemette et autres, 2009).

Toutefois, selon les experts internationaux en la matière, l'alcool n'est pas un bien de consommation ordinaire. En effet, la consommation d'alcool cause de nombreux problèmes sociaux et de santé. Ces problèmes dépendent à la fois du volume d'alcool que les individus boivent et de leur façon de boire. (April, Bégin et Morin, 2010).

L'excès d'alcool est à éviter en raison des conséquences importantes qui en résultent pour les individus, leurs proches et la société en général. La prise d'alcool en excès et de manière répétée pourrait ainsi générer plusieurs problèmes de santé chroniques comme « l'hépatite sévère, la cirrhose du foie, l'oesophagite, la gastrite, la diarrhée, la maladie cardiaque (hypertension, cardiomyopathie, accident cérébrovasculaire), le cancer de l'oesophage, la maladie du système nerveux (syndrome de Wernicke-Korsakoff, polynévrite, démence, épilepsie, etc.), les troubles de la reproduction et les troubles pancréatiques. Elle pourrait aussi être la source de traumatismes (accidents de la route, brûlures, hypothermie, chutes), de problèmes de santé mentale (troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, épisodes dépressifs) et d'une diminution de l'espérance de vie » (Guillemette et autres, 2009, p. 13). La consommation excessive d'alcool pourrait également être associée à la violence conjugale et aux abus physiques et sexuels (Guillemette et autres, 2001). Pour ces raisons, l'alcool est considéré en 2002 comme le troisième facteur de risque de la maladie et de la mortalité dans les pays développés, tout de suite après le tabagisme et l'hypertension artérielle (April, Bégin et Morin, 2010).

C'est pourquoi le fardeau économique relié à la consommation excessive d'alcool s'avère aussi lourd, atteignant au Canada 14,5 milliards de dollars en 2002 dont 3 milliards au Québec. Ce montant prend en compte les coûts des services médicaux et psychosociaux, ceux relatifs à l'application des lois, aux pertes matérielles consécutives à des accidents ou à des incendies ainsi que ceux relatifs aux pertes de productivité occasionnée par les décès prématurés (Guillemette et autres, 2009; April, Bégin et Morin, 2010).

Une étude récente de l'INSPQ révèle que la consommation d'alcool au sein de la population québécoise a augmenté en dix ans, en particulier parmi les femmes. En outre, les modes de consommation d'alcool qui s'avèrent plus à risque pour la santé sont également en hausse. En effet, les proportions de buveurs prenant au-delà des quantités hebdomadaires d'alcool jugées à faible risque¹⁵ se sont nettement amplifiées en dix ans (April, Bégin et Morin, 2010).

¹⁵ Des limites hebdomadaires de quantités d'alcool ont été établies par des experts canadiens en fonction des risques qu'elles comportent pour la santé, et ce, en se basant sur des données épidémiologiques et sur les courbes de risques relatives à certaines conséquences à long terme pour la santé. Ainsi, cette limite a été fixée à quinze consommations par semaine pour les hommes et à dix pour les femmes. Les quantités hebdomadaires d'alcool jugées à faible risque sont donc inférieures à ces nombres (April, Bégin et Morin, 2010, p. 19).



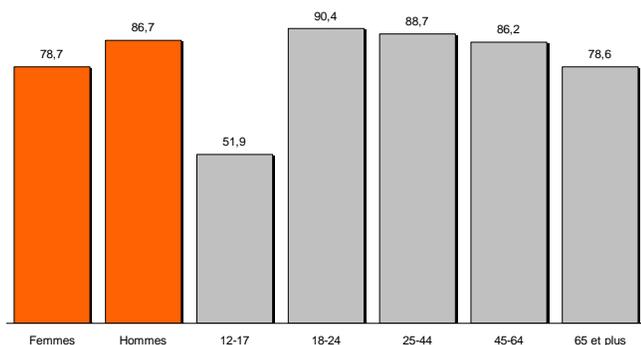
De surcroît, le pourcentage de buveurs s'adonnant à une consommation excessive et répétitive d'alcool¹⁶ s'est accru de manière marquée au cours de la même période, plus particulièrement chez les Québécoises. De plus, les données de vente d'alcool publiées annuellement par Statistique Canada révèlent qu'en quinze ans, soit de 1994-1995 à 2007-2008, la consommation moyenne d'alcool par Québécois s'est accrue de près de 20 %. Les autorités de santé publique estiment que ces changements de comportements à l'égard de la consommation d'alcool demeurent préoccupants parce qu'ils ont des conséquences importantes sur la santé de la population (April, Bégin et Morin, 2010).

La consommation d'alcool

En 2007-2008, une forte proportion de la population Lanaudaise âgée de 12 ans et plus fait partie des buveurs d'alcool (occasionnels et réguliers). Les plus forts pourcentages de buveurs, atteignant ou frôlant les 90 %, se concentrent parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans. Les hommes demeurent également plus nombreux que les femmes à faire partie des buveurs.

Graphique 13

Prévalence de la consommation d'alcool parmi la population âgée de 12 ans et plus selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

La consommation excessive et répétitive d'alcool

Boire de l'alcool, à l'occasion ou à chaque jour, reste un comportement très répandu au sein de la population Lanaudaise. Toutefois, pour une part non négligeable

d'individus, la consommation d'alcool peut devenir excessive et répétitive et présenter alors des conséquences importantes pour la santé. En 2007-2008, un peu plus du cinquième des buveurs Lanaudois ont adopté ce type de comportement au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Ce mode de consommation d'alcool demeure nettement plus fréquent parmi les hommes. En effet, le tiers d'entre eux, comparativement à près d'une femme sur neuf, ont eu une consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Le pourcentage de buveurs excessifs et répétitifs varie beaucoup en fonction de l'âge. Il atteint son point culminant parmi les personnes âgées de 18 à 24 ans où un adulte sur deux adopte ce mode de consommation d'alcool. Ce comportement reste toutefois marginal parmi les aînés.

Tableau 5

Buveurs âgés de 12 ans et plus ayant eu une consommation excessive et répétitive au cours des douze mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques, Lanaudière, 2007-2008 (%)

	Consommation d'alcool excessive et répétitive %
Femmes	11,4 *
Hommes	32,1
Sexes réunis	22,2
12-17 ans	10,6 **
18-24 ans	54,2
25-44 ans	25,9
45-64 ans	18,4
65 ans et plus	5,9 **
Moins qu'un DES	21,5 *
Diplôme d'études secondaires (DES)	26,7 *
Études postsecondaires	35,4 *
Diplôme d'études postsecondaires	20,3
Quintile 1 (revenu inférieur)	18,1 *
Quintile 2	15,1 *
Quintile 3	25,9
Quintile 4	25,4 *
Quintile 5 (revenu supérieur)	25,3 *

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

¹⁶ Ces buveurs déclarent avoir pris cinq verres ou plus au cours d'une même occasion, et ce, au moins une fois par mois au cours de l'année ayant précédé l'enquête. C'est la définition de la consommation excessive et répétitive d'alcool retenue dans ce fascicule. La définition des buveurs excessifs n'est pas établie à partir d'une estimation de la consommation hebdomadaire d'alcool parce que cette variable n'était pas disponible lors de l'ESCC 2007-2008.

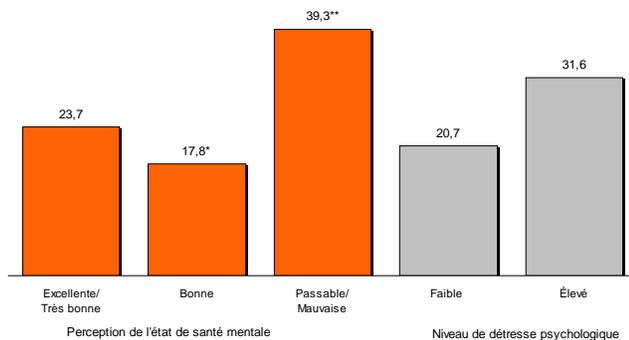


« L'alcool, à des niveaux faibles, protège contre les maladies ischémiques et le diabète. Toutefois, la consommation d'alcool cause plus de problèmes sociaux et de santé qu'elle n'en prévient. Elle est associée à une soixantaine de maladies ainsi qu'à des blessures, des décès et des problèmes psychologiques et sociaux (...). Prévenir les problèmes liés à la consommation d'alcool ne signifie pas de promouvoir l'abstinence. Il s'agit plutôt de créer un environnement social où on ne considère pas l'alcool comme un « produit de consommation ordinaire », pour reprendre l'expression des experts internationaux » (April, Bégin et Morin, 2010, p. 71 et 73).

Contrairement à ce qui est remarqué pour d'autres comportements néfastes à la santé, la consommation excessive et répétitive d'alcool demeure plus fréquente parmi les buveurs ayant poursuivi des études postsecondaires sans avoir obtenu un diplôme, comparativement aux moins scolarisés. Ce comportement demeure aussi plus répandu parmi les buveurs ayant les revenus les plus élevés comparativement à ceux ayant les plus faibles.

Graphique 14

Buveurs âgés de 18 ans et plus ayant une consommation excessive et répétitive d'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête selon la perception de l'état de santé mentale et le niveau de détresse psychologique, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

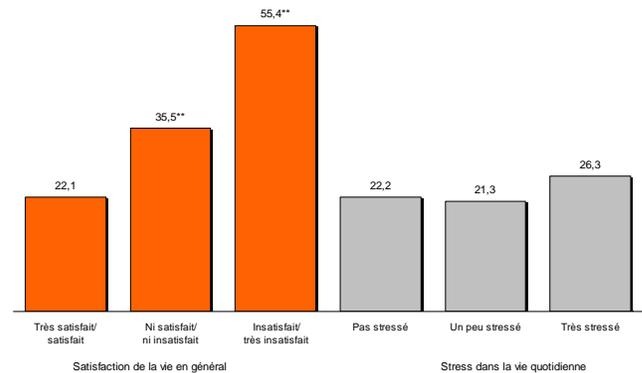
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Les buveurs adultes percevant négativement leur état de santé mentale, ceux se disant insatisfaits de leur vie en général ou vivant un stress intense dans leur vie quotidienne sont plus nombreux, en proportion, à consommer de l'alcool de manière excessive et répétitive. Il en va de même pour ceux ayant un niveau élevé de détresse psychologique.

Graphique 15

Buveurs âgés de 18 ans et plus ayant une consommation excessive et répétitive d'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête selon la satisfaction de la vie en général et le niveau de stress ressenti dans la vie quotidienne, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

2.6 Le niveau élevé de stress dans la vie quotidienne et au travail

Le stress est défini comme étant un « déséquilibre entre la perception des contraintes imposées par l'environnement et les ressources propres de l'individu pour y faire face » (Chouanière, 2008, p. 4). Par définition, le stress n'est pas essentiellement négatif. Il permet, par exemple, une augmentation de la performance lors des compétitions sportives ou lors de moments de crise.

Cependant, le stress peut entraîner un ensemble de maux qui vont des douleurs aux articulations jusqu'aux pertes d'appétit, aux troubles du sommeil et de la digestion, aux sensations d'essoufflement ou d'oppression. Ces problèmes sont aussi associés à des symptômes émotionnels comme de la nervosité, des crises de larmes, de l'angoisse et de la tristesse. D'autres symptômes sur le plan intellectuel peuvent aussi se faire sentir comme des troubles de la concentration, des oublis, des erreurs et des difficultés à prendre des décisions dans son travail (Chouanière, 2008).



Si la situation de stress s'installe pour une longue période dans la vie quotidienne ou au travail, elle peut conduire à de graves problèmes de santé. Ainsi, il est admis que le stress chronique use l'organisme et peut entraîner des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires et des maladies de l'appareil digestif, de même que des troubles de santé mentale (Chouanière, 2008). Il est aussi mis en cause indirectement dans l'étiologie des maladies chroniques en ayant un rôle actif sur la présence de l'hypertension artérielle, du tabagisme et l'hypercholestérolémie (Carbonneau, 2007).

« La réaction de l'individu à une situation stressante détermine les répercussions de cette dernière sur la santé. Les agents stressants pourront entraîner ou non la maladie selon un jeu complexe de facteurs qui peuvent comprendre des éléments génétiques, la façon dont le stress est perçu et les ressources à la disposition de la personne. Des ressources externes comme l'argent ou l'éducation, des ressources personnelles comme l'impression d'exercer un contrôle sur sa propre vie ainsi que le soutien affectif peuvent atténuer les répercussions du stress. [...] L'impression d'exercer un certain contrôle pourra aider quelqu'un à accorder moins d'importance à des situations stressantes. [...] Les personnes qui disposent d'un solide réseau de soutien pourront recevoir des conseils qui les aideront à résoudre un problème avant qu'il ne se répercute sur leur santé, ou recevoir un soutien affectif qui en atténuera les effets » (Shields, 2004, p. 11).

Les transformations survenues sur le marché du travail et dans la structure de l'emploi ont entraîné une augmentation des contraintes psychologiques, mentales et sociales liées au travail. La littérature scientifique met en évidence les effets néfastes de ces facteurs sur la santé, en particulier sur la santé cardiovasculaire. Les contraintes psychosociales, notamment la faible latitude décisionnelle, une forte demande psychologique

et un manque de soutien social au travail pourraient être des composantes importantes du stress élevé au travail (MSSS, 2005).

En 2005, comme en 2007-2008, la population québécoise âgée de 15 ans et plus est la population canadienne où est enregistré le pourcentage le plus élevé de stress perçu dans la vie quotidienne (Bordeleau et Traoré, 2006).

Le stress intense ressenti dans la vie quotidienne et au travail

Le stress élevé, ressenti dans la vie quotidienne aussi bien qu'au travail, affecte une part notable de la population lanadoise âgée de 15 ans et plus en 2007-2008¹⁷. Autour du quart de la population vit un stress élevé dans sa vie quotidienne et les deux cinquièmes déclarent en vivre à leur travail. Cependant, le stress élevé vécu au travail affecte une proportion plus élevée d'adultes âgés de 15 ans et plus que celui ressenti dans la vie de tous les jours. Le stress élevé ressenti dans la vie quotidienne ou vécu au travail ne varie pas selon le sexe.

Tableau 6

Population âgée de 15 ans et plus vivant un stress élevé dans la vie quotidienne et au travail, Lanaudière, 2007-2008 (%)

	Stress intense	
	Dans la vie quotidienne	Au travail
Femmes	29,1	38,2
Hommes	26,7	38,3
Sexes réunis	27,9	38,3
15-19 ans	16,6 **	15,5 **
20-24 ans	25,9 **	24,5 **
25-44 ans	37,6	46,5
45-64 ans	28,4	39,2
65-74 ans	11,0 *	11,7 **
Moins qu'un DES	17,3 *	30,9 *
Diplôme d'études secondaires (DES)	18,7 *	29,8 *
Études postsecondaires	26,9 *	30,3 *
Diplôme d'études postsecondaires	34,9	43,2
Quintile 1 (revenu inférieur)	21,5 *	21,3 **
Quintile 2	22,1 *	35,3 *
Quintile 3	24,9	38,0
Quintile 4	34,6	42,5
Quintile 5 (revenu supérieur)	38,1	43,3

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Qu'il soit ressenti dans la vie quotidienne ou vécu au travail, le niveau élevé de stress est cependant intimement lié à l'âge. Les

¹⁷ Lorsqu'il est question du stress élevé vécu dans le cadre des activités quotidiennes en général, la population de référence est celle âgée de 15 ans et plus alors que dans le cas du stress ressenti au travail, les données se rapportent aux travailleurs âgés de 15 à 74 ans.

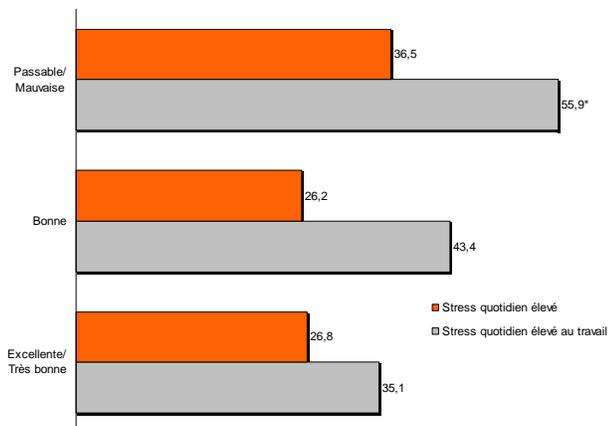


adultes âgés de 25 à 44 ans restent les plus affectés. A l’opposé, les individus les plus jeunes et les plus âgés sont ceux qui sont moins stressés¹⁸.

Contrairement à d’autres comportements à risque, le stress intense dans la vie quotidienne et celui vécu au travail restent associés au statut socioéconomique plus favorable des personnes. Les individus les plus scolarisés et ceux profitant de revenus élevés s’avèrent être beaucoup plus nombreux que les moins instruits ou les pauvres à vivre un niveau élevé de stress. Les personnes jugeant négativement leur état de santé physique ou mentale s’avèrent aussi être beaucoup plus nombreuses, en proportion, à vivre un stress intense.

Graphique 16

Population âgée de 15 ans et plus vivant un stress élevé dans la vie quotidienne et au travail selon la perception de l’état de santé générale, Lanaudière, 2007-2008 (%)



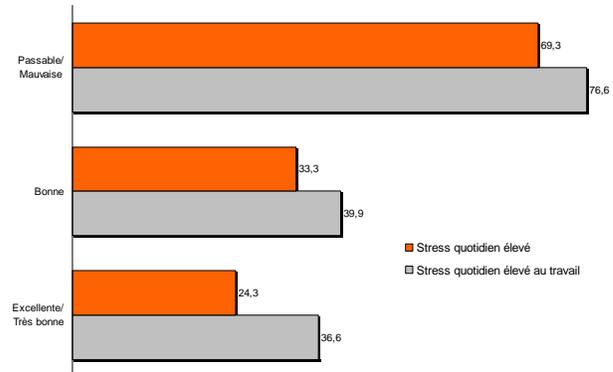
Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

La consommation excessive et répétitive d’alcool est aussi liée au niveau élevé de stress ressenti dans la vie quotidienne alors qu’elle ne l’est pas avec le stress vécu au travail. Ainsi, le tiers des personnes consommant de l’alcool de manière excessive et répétitive déclarent ressentir un stress élevé dans leur vie quotidienne, comparativement au quart seulement pour celles n’ayant pas ce type de consommation d’alcool (données non présentées).

Graphique 17

Population âgée de 15 ans et plus vivant un stress élevé dans la vie quotidienne et au travail selon la perception de l’état de santé mentale, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

2.7 L’hypertension artérielle

L’hypertension artérielle se caractérise par une forte pression du sang contre les parois des artères. Une personne dont la pression est supérieure à 140/90 millimètres (mm) de mercure (Hg) est atteinte d’hypertension. Généralement, la tension artérielle s’élève en situation de stress ou d’un effort physique. Chez les personnes affectées par l’hypertension, la tension artérielle reste élevée en tout temps, même au repos ou en l’absence de stress. « Avec le temps, l’hypertension peut endommager les parois des vaisseaux sanguins, causant une cicatrisation qui favorise l’accumulation de plaque adipeuse, une substance qui peut rétrécir et éventuellement bloquer les artères. Les plaques adipeuses imposent également un effort accru au muscle cardiaque [...]. Une hypertension très élevée peut faire éclater des vaisseaux sanguins du cerveau et provoquer un accident vasculaire cérébral (AVC) » (ASPC, 2009a, p. 2).

Au Canada, entre 2007 et 2009, le cinquième de la population canadienne âgée de 20 à 79 ans, soit 20 % des hommes et 19 % des femmes, souffrent d’hypertension (Wilkins et autres, 2010). Pour beaucoup d’individus, l’hypertension présente peu de symptômes et pour cette raison un nombre important d’hypertendus ignorent leur état. C’est pourquoi elle est surnommée le « tueur silencieux » (Mantha, 2007).

¹⁸ Le tableau précédent prend en compte les travailleurs à temps plein et à temps partiel. On peut émettre l’hypothèse que les travailleurs les plus jeunes et les plus âgés, qui sont sans doute plus nombreux à avoir un emploi à temps partiel, pourraient pour cette raison être moins susceptibles de vivre un niveau élevé de stress à leur travail.



Toujours selon les résultats de cette enquête menée entre 2007 et 2009, un adulte canadien faisant de l'hypertension sur six ne connaissait pas son problème, une situation plus répandue parmi les hommes (20 %) que les femmes (14 %) (Wilkins et autres, 2010). Au Québec, des données équivalentes ne sont pas disponibles.

Cependant, compte tenu du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'obésité, des habitudes alimentaires inadéquates et de la faible pratique de l'activité physique, les spécialistes ne prévoient pas de baisse de la prévalence de ce problème de santé pour les années à venir, avec les conséquences que cela suppose (Wilkins et autres, 2010).

Faisant partie elle-même des maladies cardiovasculaires, l'hypertension apparaît « comme un facteur de risque majeur des maladies coronariennes, des accidents vasculaires cérébraux, des maladies vasculaires périphériques et de l'insuffisance cardiaque et rénale » (Carbonneau, 2007, p. 34). Elle est aussi considérée comme une cause majeure d'incapacité (SQHA, 2010). Loin d'être anodine, l'hypertension ferait augmenter de deux à trois fois le risque de maladies cardiovasculaires chez les individus qui en souffrent. Elle est aussi associée à d'autres facteurs de risque, par exemple au diabète de type 2, à l'obésité et à l'hypercholestérolémie (Carbonneau, 2007; Mantha 2007). Elle serait à l'origine de 7,5 millions de décès chaque année dans le monde (Wilkins et autres, 2010; SQHA, 2010).

Deux types d'hypertension sont généralement considérés. La plus répandue, l'hypertension primaire ou essentielle, représente environ 90 % des cas et résulte de plusieurs facteurs comme l'âge, l'hérédité et les habitudes de vie néfastes à la santé dont les effets s'accumulent avec les années. La littérature met en évidence le fait que l'obésité, la sédentarité, le tabagisme, l'abus d'alcool, le stress et une alimentation trop salée contribuent à en augmenter la prévalence. L'hypertension secondaire, beaucoup moins fréquente, découle plutôt de la présence d'un autre problème de santé (par exemple, un problème rénal ou endocrinien) ou de l'usage de certains médicaments ayant un effet sur le cœur (par exemple, les anti-inflammatoires, les bronchodilatateurs, les décongestionnants nasaux, etc.) (Mantha, 2007).

L'adoption de saines habitudes de vie et le changement de certains comportements à risque peuvent contribuer à diminuer considérablement l'hypertension. Une recherche révèle que les hommes âgés de 35 à 60 ans ayant marché de 11 à 20 minutes par jour avaient réduit de 12 % leur risque de faire de l'hypertension, alors que ceux qui l'avaient fait plus de 20 minutes par jour l'avaient diminué de 30 % (Mantha, 2007). La perte de poids, la consommation adéquate de fruits et de légumes ainsi que trois repas de poisson par semaine, la réduction du sel dans l'alimentation¹⁹, la pratique régulière de l'exercice physique, de même que la diminution de la consommation d'alcool et du stress chronique peuvent contribuer à réduire de beaucoup les risques reliés à l'hypertension (ASPC, 2009b; Mantha, 2007). Le fardeau économique attribuable à l'hypertension au Canada est estimé en 2007 à 2,3 milliards de dollars et elle serait responsable de 21,1 millions de consultations médicales au pays (ASPC, 2009c).

La pratique régulière d'activités physiques retarde le développement d'une pression artérielle élevée. De plus, elle réduit la pression artérielle des personnes souffrant d'hypertension. À l'opposé, l'inactivité physique ou une faible condition physique augmente de 30 % à 50 % le risque de développer une hypertension artérielle au cours des années » (CSKQ, 1999, p. 14).

En 2007-2008, l'hypertension artérielle affecte une proportion appréciable de la population puisque près d'un Canadien adulte sur cinq et d'un Québécois de 12 ans et plus sur six déclarent en être atteints. Au Québec, la prévalence de ce problème de santé a connu une hausse marquée depuis le tournant des années 2000, étant passée de 13 % en 2000-2001 à 16 % en 2007-2008. Cette augmentation significative du taux d'hypertension artérielle a été également confirmée chez les deux sexes. À l'échelle canadienne, le taux a été aussi en nette croissance en quinze ans, ayant presque doublé entre 1994 et 2007-2008 (ASPC, 2009c).

¹⁹ La réduction de l'apport en sel dans l'alimentation demeure une des méthodes parmi les plus efficaces pour réduire l'hypertension. Pour y arriver, un moyen éprouvé consiste à éviter de consommer des aliments de restauration rapide et ceux prêts à servir disponibles sur le marché. Ceux-ci sont reconnus pour être très riches en sodium (ASPC, 2009b).

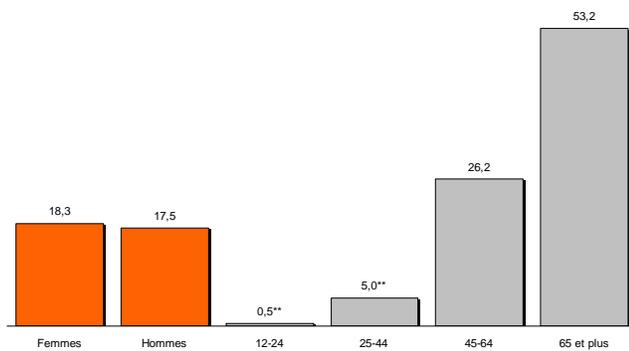


La situation parmi la population âgée de 12 ans et plus

En 2007-2008, l'hypertension artérielle constitue un problème de santé affectant près d'une personne âgée de 12 ans et plus sur six. Ce pourcentage demeure similaire entre les hommes et les femmes. Ce résultat, cependant, va à l'encontre de ceux relevés lors des enquêtes de santé précédentes. Dans celles-ci, les femmes étaient toujours significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer faire de l'hypertension (INSPQ, 2010).

Graphique 18

Population âgée de 12 ans et plus déclarant faire de l'hypertension artérielle selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

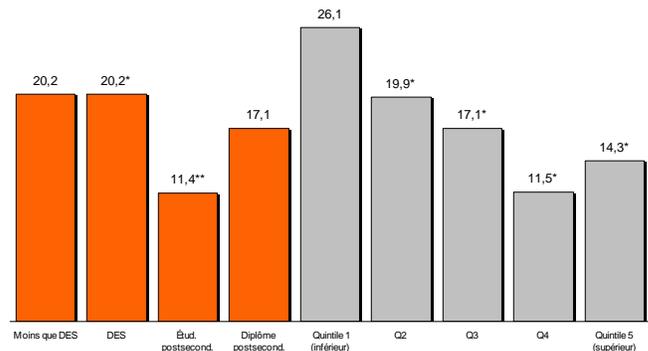
La prévalence de l'hypertension autodéclarée progresse rapidement avec l'avancée en âge. Marginal avant l'âge de 25 ans, le pourcentage de personnes déclarant avoir ce problème de santé est au moins multiplié par dix entre 25-44 ans et 65 ans et plus. Les proportions de personnes hypertendues demeurent équivalentes d'un sexe à l'autre, et ce, jusqu'à 65 ans. Par contre, cet âge franchi, les femmes s'avèrent être significativement plus nombreuses que les hommes à en être atteintes (données non présentées).

« Si chaque personne avait une pression artérielle normale, le risque de crise cardiaque dans la population serait réduit de 35,8 % chez les femmes et de 19,5 % chez les hommes » (ASPC, 2009c, p. 49).

Le pourcentage de personnes déclarant faire de l'hypertension est aussi associé au faible statut socioéconomique. Les individus moins scolarisés et pauvres demeurent beaucoup plus susceptibles d'être affectés par l'hypertension artérielle que ceux appartenant aux couches sociales favorisées.

Graphique 19

Population âgée de 12 ans et plus déclarant faire de l'hypertension artérielle selon le niveau de scolarité et de revenu, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

2.8 Le taux de cholestérol sanguin élevé

Un taux élevé de cholestérol dans le sang demeure un facteur de risque important pour plusieurs maladies chroniques. Le taux de cholestérol sanguin est élevé lorsqu'il est égal ou supérieur à 5,2 millimoles/litre²⁰. Mieux connue sous le nom d'hypercholestérolémie, cette affection est souvent associée à certaines habitudes de vie et à certains comportements néfastes à la santé. Outre les facteurs liés à l'hérédité, la littérature identifie aussi l'alimentation trop riche en gras saturés et en gras « trans », le tabagisme (qui entraîne une réduction du « bon cholestérol »), l'excès de poids, le niveau insuffisant d'activité physique et la présence de certaines maladies comme le diabète de type 2, l'insuffisance rénale chronique et l'hypothyroïdie (Carbonneau, 2007). Le lien existant entre le taux élevé de cholestérol sanguin et les maladies coronariennes est d'ailleurs bien connu.

²⁰ La millimole par litre est une unité de mesure de concentration du cholestérol dans le sang.

« Le cholestérol et les lipides sanguins sont essentiels à plusieurs fonctions de l'organisme, mais ils peuvent aussi causer de graves problèmes en créant des plaques sur les parois des vaisseaux sanguins. [...] Dans l'étude INTERHEART, le taux de cholestérol et le tabagisme étaient les plus principaux facteurs associés à une première crise cardiaque » (ASPC, 2009c, p. 54).

L'hypercholestérolémie familiale et non liée à la prévalence des comportements à risque serait, en raison de ce qu'on appelle l'effet fondateur²¹, plus répandue dans certaines populations du globe, dont entre autres, celle des Québécois francophones. Elle touche en moyenne un Québécois sur 270 comparativement à une personne sur 500 en Amérique du Nord ou dans le monde. Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, elle affecte une personne sur 81 comparativement à une sur 910 pour celle de Montréal (Mantha, 2008). Le taux élevé de cholestérol dans le sang dû à l'hérédité reste cependant marginal comparative-ment à celui attribuable à l'adoption de comportements néfastes à la santé.

En 2010, les premiers résultats de *l'Enquête canadienne sur les mesures de santé* révèlent que les deux cinquièmes (41 %) des Canadiens âgés de 20 à 79 ans obtiennent un taux élevé de cholestérol sanguin. Ce pourcentage varie beaucoup selon l'âge. Il se situe à 27 % à 20-39 ans et grimpe à 47 % pour les 40-59 ans et à 54 % à 60-79 ans. Toujours selon les résultats de cette enquête, les personnes n'ayant pas un taux de cholestérol favorable à leur santé sont obèses dans plus du tiers des cas comparativement à seulement 16 % pour les autres. Le taux de cholestérol élevé était aussi associé à une plus forte hypertension artérielle mesurée (Statistique Canada, 2010).

Le niveau de cholestérol sanguin peut être diminué en suivant un régime alimentaire approprié et en adoptant de meilleures habitudes de vie (pratiquer davantage d'activités physiques, maintenir un poids santé, cesser de fumer, etc.). La médication utilisée pour diminuer le taux de cholestérol s'avère relativement efficace. Elle a permis de diminuer d'environ 25 %

les infarctus du myocarde sur une période de 4 ans. Par ailleurs, ces médicaments contribuent à diminuer la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires (Carbonneau, 2007).

Les données d'enquêtes permettant d'établir la prévalence de l'hypercholestérolémie au sein de la population Lanaudoise sont très rares, pour ne pas dire inexistantes. Les seuls résultats régionaux disponibles proviennent de *l'Enquête sociale et de santé* de 1998. Il s'agit cependant de données auto-déclarées pouvant sous-estimer la prévalence réelle de cette affection. Dans cette enquête, on établit la prévalence de l'hypercholestérolémie à environ 3 % dans Lanaudière (Guillemette et autres, 2001).

2.9 La combinaison des facteurs de risque

Une proportion importante de la population présente des risques accrus de développer une maladie chronique en raison d'un cumul de plusieurs habitudes de vie et de comportements néfastes à la santé. En 2007, au Canada, deux personnes sur trois âgées de 12 à 19 ans et neuf individus sur dix âgés de 20 ans et plus présentent au moins un des facteurs de risque suivants des maladies chroniques (tabagisme quotidien, surplus de poids et obésité, inactivité physique, consommation insuffisante de fruits et de légumes, niveau élevé de stress quotidien, hypertension et diabète) (ASPC, 2009c). Or, la littérature révèle que la combinaison de plusieurs habitudes et comportements néfastes à la santé a un effet multiplicateur sur le risque général de développer une maladie chronique. Dans certains cas, ce dernier pourrait même s'accroître de manière presque exponentielle (Carbonneau, 2007).

Selon les recherches, les adultes combinant plusieurs comportements néfastes pour la santé ont un risque de mortalité au moins trois fois supérieur à celui des personnes qui n'en ont aucun, en particulier pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Le risque de décès prématuré augmente d'ailleurs en fonction du nombre de comportements à risque adoptés par les individus. Ces résultats montrent que les effets de la combinaison des comportements néfastes pour la santé sont substantiels. Ils démontrent aussi que les améliorations apportées aux habitudes alimentaires et au mode de vie, même si elles demeurent modestes, procurent des

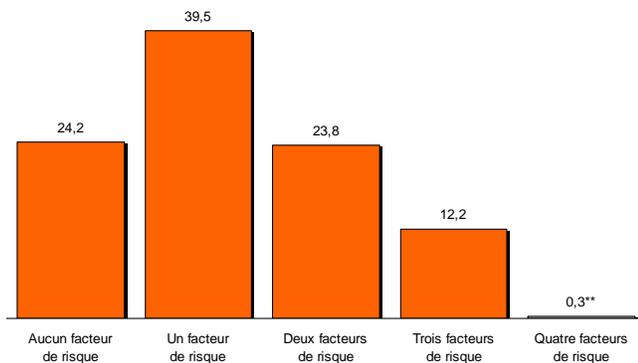
²¹ L'effet fondateur serait attribuable au fait qu'une population est créée à partir d'un nombre relativement restreint d'individus provenant d'une population mère.



bénéfices appréciables pour la santé des individus et contribuent à diminuer la mortalité associée aux maladies chroniques (Kvaavik et autres, 2010).

Mais qu'en est-il dans Lanaudière? Quelle est la proportion de Lanaudoises et de Lanaudois qui cumulent plusieurs facteurs de risque des maladies chroniques? En 2007-2008, les trois quarts des adultes lanaudois présentent au moins un des quatre facteurs de risque des maladies chroniques que sont le tabagisme, la consommation quotidienne insuffisante de fruits et de légumes, la sédentarité et l'obésité. Les données permettent aussi d'estimer que les deux cinquièmes des adultes affichent un seul de ces facteurs de risque, le quart en a deux et le huitième en réunit au moins trois. Ces données régionales révèlent que certains adultes pourraient, de manière systématique, être plus susceptibles que d'autres d'être atteints de maladies chroniques parce qu'ils cumulent plusieurs comportements néfastes à la santé.

Graphique 20
Population âgée de 18 ans et plus selon le nombre de facteurs de risque (1) des maladies chroniques, Lanaudière, 2007-2008 (%)



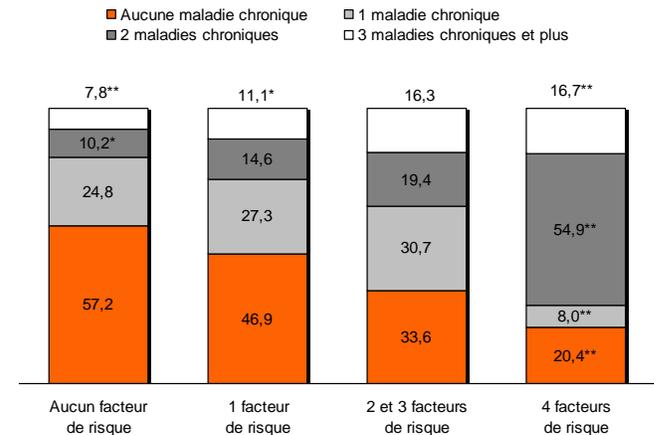
(1) Les facteurs de risque considérés sont le tabagisme, l'obésité, la sédentarité et la consommation insuffisante de fruits et de légumes.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

La présence de maladies chroniques est d'ailleurs étroitement associée au nombre de facteurs de risque que les adultes lanaudois affichent. Ainsi, près des trois cinquièmes des adultes ne présentant aucun facteur de risque sont aussi exempts de maladie chronique. Cette proportion chute au tiers parmi les adultes cumulant deux ou trois facteurs de risque et au cinquième pour ceux combinant les quatre facteurs de risque considérés. En outre, par rapport aux adultes n'ayant aucun facteur de risque, la proportion d'adultes atteints d'au moins deux maladies chroniques double parmi ceux présentant deux ou trois facteurs de risque (36 %) et elle quadruple pour ceux combinant les quatre facteurs de risque (72 %).

Graphique 21
Nombre de maladies chroniques au sein de la population âgée de 18 ans et plus selon le nombre de facteurs de risque (1), Lanaudière, 2007-2008 (%)



(1) Les facteurs de risque considérés sont le tabagisme, l'obésité, la sédentarité et la consommation insuffisante de fruits et de légumes.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Par rapport aux individus cumulant quatre comportements néfastes à la santé comme le tabagisme, l'inactivité physique, la consommation excessive d'alcool et le faible apport quotidien en fruits et légumes, ceux ayant adopté un mode de vie sain et de bonnes habitudes alimentaires pouvaient espérer vivre douze années de plus. Il s'agit d'un bénéfice déterminant en terme de santé publique (Kvaavik et autres, 2010).



DES PISTES DE RÉFLEXION EN GUISE DE CONCLUSION

Les maladies chroniques sont souvent reconnues comme le mal de ce nouveau siècle. Elles affectent une proportion considérable d'adultes. Elles sont responsables d'une part imposante des décès prématurés. Elles sont en progression dans la plupart des pays du monde. On peut cependant les éviter ou retarder leur survenue en adoptant un mode de vie plus sain.

Des proportions notables de la population Lanaudoise adoptent des habitudes de vie et des comportements dommageables à leur santé. Certains sous-groupes présentent d'ailleurs, à cet égard, un profil de risque plus inquiétant que d'autres. C'est le cas des hommes. Ils demeurent proportionnellement plus nombreux à être exposés à la fumée de tabac à leur domicile, à ne pas consommer chaque jour suffisamment de fruits et de légumes, à présenter un surplus de poids et à faire partie des buveurs excessifs et répétitifs d'alcool. Ils affichent aussi des pourcentages élevés de fumeurs, de personnes inactives physiquement et d'individus atteints de diabète (Simoneau et Garand, 2010).

En général, la situation des femmes de la région apparaît plus favorable que celle des hommes à l'égard de plusieurs habitudes de vie et de comportements à risque pour la santé. Toutefois, par rapport aux Québécoises, elles affichent une prévalence plus forte de fumeuses, de personnes exposées à leur domicile à la fumée secondaire de tabac et de diabétiques (Simoneau et Garand, 2010).

La condition des adolescents Lanaudois demeure aussi préoccupante : un jeune âgé de 12 à 17 ans sur sept fume la cigarette, un sur quatre est exposé à la fumée de tabac à son domicile, le tiers d'entre eux ne sont pas suffisamment actifs physiquement et un jeune sur neuf consomme de l'alcool de manière excessive et répétitive. De surcroît, un jeune québécois âgé de 2 à 17 ans sur quatre présente déjà un excès de poids, ce qui pourrait accroître les risques de souffrir du diabète de type 2 et de la kyrielle de complications qui s'ensuivent.

Les maladies chroniques et les comportements les moins favorables à la santé ne se distribuent pas uniformément entre les groupes sociaux. Ils ont généralement tendance à être plus répandus, à quelques exceptions près, parmi les Lanaudoises et les Lanaudois moins scolarisés et parmi les plus pauvres. Ces derniers présentent des prévalences beaucoup plus élevées de tabagisme actif et passif, d'habitudes alimentaires inadéquates, d'inactivité physique, d'obésité, d'hypertension et de diabète (Simoneau et Garand, 2010). Ces écarts semblent aussi persister dans le temps. Les résultats analysés mettent ainsi en évidence une concentration des risques de maladies chroniques en fonction de la structure sociale. Ils rappellent également que « l'appartenance à certains groupes sociaux module non seulement l'accès aux ressources, mais aussi la capacité à les transformer en santé » (Potvin, 2009, p. 3).

Les caractéristiques des environnements physique, économique, social, psychologique, culturel et politique peuvent être évoquées pour expliquer ces tendances lourdes. Certains auteurs y trouvent matière pour essayer de comprendre un peu mieux les mécanismes par lesquels « le social se transcrit dans le biologique ou comment le social passe sous la peau, se traduisant en maladies plus précoces et en décès prématurés pour les groupes sociaux les plus défavorisés » (De Koninck et autres, 2008, p. 1). À cet égard, l'analyse des données régionales portant sur la surmortalité hospitalière et la surmortalité en lien avec l'indice de défavorisation sont éloquentes. Appartenir aux couches sociales les plus défavorisées comporte un poids en termes de maladies et de décès (Guillemette et Leclerc, 2008).



Selon de nombreux spécialistes, ces inégalités pourraient être le résultat d'un double fardeau : les personnes de faible niveau socioéconomique sont en général davantage exposées à des conditions de vie difficiles et stressantes et possèdent moins de ressources protectrices pour y faire face (De Koninck et autres, 2008; Paquet, 2005; Potvin, 2009). Elles ont aussi, en raison de leur position sociale plus défavorable, un accès plus limité à un éventail de ressources utiles à la santé que sont l'argent, l'information, le prestige, le pouvoir et la présence de réseaux sociaux bénéfiques à la personne (Pampalon, Hamel et Gamache, 2008a).

Le fait de vivre dans un milieu où les conditions économiques et sociales sont détériorées amène les individus à éprouver un renforcement négatif de façon répétée. Ce sentiment provoque souvent des attentes défaitistes, de la honte et un sentiment beaucoup plus faible de maîtrise de sa propre destinée. Or, « ce sentiment de contrôle de son destin, qui s'oppose en quelque sorte au fatalisme et à cette perception que le monde est « déterminé » par le hasard ou encore par le pouvoir des autres » (De Koninck et autres, 2008, p. 29; Paquet, 2005), est au cœur du processus de changement de comportements. Le sentiment d'efficacité personnelle, défini comme la croyance qu'une personne a de sa capacité à accomplir des tâches ou à réussir des actions fructueuses, ainsi que l'estime de soi s'avèrent cruciaux dans le processus de modification d'un comportement, y compris ceux reliés à la santé. L'acquisition de ce sentiment d'efficacité personnelle dépend beaucoup des apprentissages des individus tout au long de leur parcours de vie, de la plus tendre enfance jusqu'à l'âge de la retraite.

Au cours des deux dernières décennies, les programmes pour modifier les habitudes de vie et les comportements néfastes à la santé ont parfois eu des succès mitigés. Ce sont souvent les individus les mieux nantis, ceux qui sont déjà persuadés des bienfaits de l'adoption d'un mode de vie sain, qui s'avèrent être aussi les plus nombreux à changer leurs habitudes de vie et à abandonner les comportements néfastes à la santé. Comment s'y prendre alors pour arriver à réduire la fréquence de ces habitudes de vie dommageables à la santé et diminuer la prévalence des maladies chroniques sans creuser les écarts entre les plus riches et les plus pauvres? Dans le cas du tabagisme notamment, avec les changements législatifs, la mise en vigueur d'environnements publics sans fumée et les taxes importantes sur le tabac, les résultats se sont avérés très positifs. La baisse importante du tabagisme au sein de la société lanauoise et québécoise²² en fait la démonstration. Cependant, les résultats ont été moins probants pour d'autres habitudes de vie comme l'augmentation de la pratique de l'activité physique, le maintien d'un poids santé ou l'amélioration des comportements alimentaires. En conséquence, il devient essentiel de souligner que les interventions les plus prometteuses et les plus efficaces sont fondées sur un changement de paradigme.

Dans le premier paradigme, la responsabilité de modifier ses habitudes et ses comportements pour adopter un mode de vie plus sain reposait uniquement sur les épaules des individus. Dans le deuxième, les changements du style de vie sont encouragés et soutenus par la « transformation et l'amélioration des environnements dans lesquels évoluent les individus et les familles, par les changements des normes sociales, y compris l'action sur les grands déterminants sociaux de la santé que sont la scolarité, le revenu, les conditions de travail, les inégalités économiques, etc. » (Lachance et Colgan, 2004, p. 8).

C'est d'ailleurs sur ces prémisses que repose la stratégie intégrée de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques présentée dans le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière*

²² Il faut aussi mettre en perspective ces résultats avec les moyens auxquels on a eu recours au cours des deux dernières décennies. Les mesures et les politiques consistant à modifier les environnements pour les rendre plus favorables à l'adoption d'un mode de vie sain sont efficaces parce qu'elles agissent simultanément sur les comportements des individus et sur les facteurs structurants de l'environnement dans lequel vivent ces personnes (Lachance et Colgan, 2004). Les succès de la lutte au tabagisme sont largement attribuables à l'adoption de ces approches alors que les nouvelles stratégies environnementales dans le cas de la pratique de l'activité physique, des habitudes alimentaires et du contrôle du poids corporel restent plus récentes.



2009-2012 (ASSS de Lanaudière, 2009). C'est aussi le cas dans le *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* (Lachance, Pageau et Roy, 2006) et dans le premier *Rapport du Directeur de santé publique de Lanaudière, Édition 2007. Ensemble pour la santé et la qualité de vie de la population lanauoise* (Bégin, Ouellet et Cadieux, 2007).

Les stratégies reconnues efficaces « comprennent un ensemble d'activités concertées avec les milieux de vie, accompagnées d'interventions d'éducation à la santé, appuyées par des politiques publiques favorables, des campagnes de communication sociétales et des activités de communication [...]. Ces actions doivent être coordonnées aux paliers national, régional et local et engager tous les secteurs d'activités visés (ex : municipalités, travail, éducation, loisirs) » (ASSS de Lanaudière, 2009, p. 71). Le Plan d'action gouvernementale (PAG) souligne, pour sa part, que les « comportements en matière de santé sont influencés par divers facteurs environnementaux et pour agir efficacement et amener un changement effectif, il faut intervenir sur les comportements individuels tout en instaurant un environnement et des conditions de vie qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie ». Le but est « de rendre les choix santé durables, conviviaux et faciles à faire » (Lachance, Pageau et Roy, 2006, p. 13).

Finalement, les actions sur les grands déterminants sociaux que sont le niveau de scolarité, le revenu, les conditions d'emploi et les inégalités socioéconomiques demeurent cruciales. Car, il est indéniable que les améliorations des conditions de vie des groupes sociaux défavorisés et vulnérables ont aussi un impact majeur sur l'adoption de comportements favorables à la santé et, par conséquent, sur la réduction de la prévalence des maladies chroniques.

Dans cette même veine, la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (ASSSL) est impliquée depuis au moins une dizaine d'années, avec ses partenaires du réseau de la santé, de l'intersectoriel et du communautaire, dans une concertation régionale. Celle-ci vise à mettre sur pied des actions concrètes contribuant à l'amélioration des conditions de vie dans lesquelles évoluent la population lanauoise et ses groupes vulnérables.

Ce sont, entre autres choses, « des actions visant à valoriser l'éducation et la réussite scolaire des jeunes, à collaborer à la promotion et à l'application de politiques publiques favorables à la santé et à la qualité de vie de la population lanauoise actuelle et future, à consolider les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, à soutenir le développement de l'enfant et des compétences parentales, notamment chez certains groupes de la population plus à risque (parents ayant des problèmes d'analphabétisme, mères adolescentes, familles monoparentales ou plus démunies économiquement, etc.). Finalement, ces actions contribuent aussi à soutenir une approche valorisant le développement du potentiel individuel et collectif des parents, de leur capacité de décider et d'agir sur leur situation familiale, notamment sur les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires » (Bégin, Ouellet, Cadieux, 2007, p. 31).

Ces actions s'inscrivent aussi dans le modèle intégré de lutte aux maladies chroniques adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux et sur lequel l'ASSS de Lanaudière fonde son approche régionale (Paiement, 2010). Ce modèle, mieux connu sous le nom de *Expanded Chronic Care Model*, a fait ses preuves (Barr et autres, 2003). « Il considère deux univers sur lesquels l'action structurée doit porter, soit le système de santé et la communauté. Cette approche demande une transformation importante : les soins sont réorientés d'un modèle de réponse à la maladie vers un modèle proactif de promotion de la santé et de prévention de la maladie des individus et des populations. En fait, ce modèle exige de passer d'un système axé surtout sur la gestion de problèmes aigus de santé à un autre visant davantage la prévention des maladies chroniques et la gestion de celles-ci sur de longues périodes » (Hung et autres, 2007).



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSSL), sous la direction de Laurent MARCOUX. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSSL). *Système Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA)*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010. (site Web consulté en 2010 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Réduire les risques de la maladie cardiovasculaire au minimum*, Ottawa, document modifié le 6 février 2009a. (site Web consulté le 22 octobre 2009 : www.phac-aspc.gc.ca)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Mesures qui permettent de réduire votre hypertension artérielle*, Ottawa, document modifié le 15 mai 2009b. (site Web consulté le 22 octobre 2009 : www.phac-aspc.gc.ca)

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Ottawa, ASPC, 2009c, 115 p.

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *La saine alimentation et la santé des aînés*, Ottawa, date de modification le 10 janvier 2010. (site Web consulté le 16 avril 2010 : www.phac-aspc.gc.ca)

APRIL, Nicole, Claude BÉGIN et Réal MORIN. *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, 2010, 100 p.

BALIUNAS, Dolly, Jayadeep PATRA, Jürgen REHM, Svetlana POPOVA, Murray KAISERMAN et Benjamin TAYLOR. Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 27, n° 4, 2007, p.168-177.

BARR, Victoria, Sylvia ROBINSON, Brenda MARIN-LINK, Lisa UNDERHILL, Anita DOTTS, Darlen RAVENSDALE et Sandy SALIVARAS. The Expanded Chronic Care Model : An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Hospital Quarterly*, vol. 7, n° 1, 2003, p. 73-82.

BÉGIN, Claude, Lise OUELLET et Élisabeth CADIEUX. *Ensemble pour la santé et la qualité de vie de la population lanaudoise! Rapport du Directeur de santé publique de Lanaudière. Édition 2007*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2007, 32 p.

BERGERON, Pascale, et Stefan REYBURN. *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, Collection Politiques publiques et santé, 2010, 98 p.

BERTRAND, Lise, et François THERRIEN. *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal. Une étude géomatique*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2006, 13 p.

BLANCHET, Carole, Céline PLANTE et Louis ROCHETTE. *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 140 p.

BORDELEAU, Monique, et Issouf TRAORÉ. Santé générale, santé mentale et stress au Québec. Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, *Zoom Santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 4 p.



CARBONNEAU, Michel. *Les maladies chroniques en Estrie. Les facteurs de risque*, Sherbrooke, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation, 2007, 70 p.

CAZALE, Linda, et Valeriu DUMITRU. Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, *Zoom Santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2008, 4 p.

CAZALE, Linda, Patrick LAPRISE et Virginie NANHOU. Les maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, *Zoom Santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, janvier 2009, 8 p.

CHOUANIÈRE, Dominique. Pourquoi et comment le stress au travail est dangereux pour la santé, *La santé de l'homme*, n° 397, septembre-octobre, 2008, p. 4-6.

COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC (CSKQ). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, Avis du comité scientifique, Québec, ministère de l'Éducation, 1999, 27 p.

COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC (CSKQ). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes*, Avis du comité scientifique, Québec, Secrétariat du loisir et du sport et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 24 p.

COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC (CSKQ). *L'activité physique, déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*, Avis du comité scientifique, Québec, Secrétariat du loisir et du sport et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 60 p.

COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC (CSKQ). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec*, Avis du comité scientifique, Québec, ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, 2004, 32 p.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (CCS). *Faits et chiffres. Les maladies chroniques au Canada*, Ottawa, CCS, 2007, 2 p.

CRAGG, S., et C. L. CRAIG. *Bulletin de santé des régions : Qui accumule le plus de temps devant un écran*, Ottawa, Institut canadien sur la condition physique et le mode de vie, 2009, 4 p.

DE KONINCK, Maria, Robert PAMPALON, Ginette PAQUET, Michèle CLÉMENT, Anne-Marie HAMELIN, Marie-Jeanne DISANT, Geneviève TRUDEL et Alexandre LEBEL. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Université Laval et Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2008, 95 p.

DUBÉ, Gaëtane, Monique BORDELEAU, Linda CAZALE, Claire FOURNIER et Isabelle MARTIN. Alors que le cigarillo perd des adeptes, le poker gagne du terrain chez les élèves du secondaire, Série Santé et bien-être, *Zoom Santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, janvier 2010, 8 p.

FANG, Raymond, Andrew KMETIC, John MILLAR et Lydia DRASIC. Disparities in Chronic Disease among Canada Low Income Populations, *Preventing Chronic Diseases*, vol. 6, n° 4, octobre 2009, 9 p.

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA (FMCC). *Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada 1997*. Ottawa, 1997. (site Web consulté le 23 octobre 2009 : www.phac-aspc.gc.ca)

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA (FMCC). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, 2003, 79 p.

FORTIN, Dominique. *Les maladies chroniques au Québec : situation actuelle et évolution anticipée*. Présentation faite dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2007 le 22 novembre 2007, Québec, Ministère de la santé et des Services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé, 2007, 30 p.



FROHLICH, Catherine, Ellen CORIN et Louise POTVIN. *La relation entre contexte et maladie : une proposition théorique* dans FROHLICH, Catherine, Maria DE KONINCK, Andrée DEMERS et Paul BERNARD (sous la direction de). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 141-164.

GBAYA, Abdoul Aziz, et Christine GARAND (coll.). *Les maladies respiratoires. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 32 p.

GRAVEL, Pauline. Un interdit bon pour le cœur, *Le Devoir*, 23 septembre 2009. (site Web consulté le 23 septembre 2009 : www.ledevoir.com)

GUÉRIN, Daniel, Louise GUYON, Madelyn FOURNIER, Michaël GILLET, Yves PAYETTE et Johanne LAGUË. *La fumée de tabac secondaire. Effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 236 p.

GUILLEMETTE, André, Joëlle BRASSARD, Geneviève MARQUIS, Élisabeth CADIEUX, Louise LEMIRE, Marc GONEAU, Bernard-Simon LECLERC, Jacinthe BÉLISLE et Karine CHARBONNEAU (coll.). *Où en est la santé dans Lanaudière? Principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique, Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation, 2001, 271 p.

GUILLEMETTE, André, et Bernard-Simon LECLERC. *Vivre égaux et en santé? Effets des inégalités sociales sur la morbidité hospitalière et la mortalité dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008, 16 p.

GUILLEMETTE, André, Claude BÉGIN (coll.), Robert PETERSON (coll.) et Sébastien TRUDEL (coll.). *Un profil de la consommation excessive d'alcool dans Lanaudière. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, juillet 2009, 20 p.

GUILLEMETTE, André, et Christine GARAND (coll.). *Le cancer. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 36 p.

HAMEL, Geneviève, et David TALBOT. *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Direction du programme de santé publique, Service des orientations en santé publique, 2007, 21 p.

HAYDON, Emma, Michael ROERECKE, Norman GIESBRECHT, Jürgen REHM et Marianne KOBUS-MATTHEWS. *Les maladies chroniques en Ontario et au Canada : les déterminants, les facteurs de risque et les priorités en matière de prévention. Résumé du rapport intégral*, Toronto, Association pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario, 2006, 35 p.

HUNG, Dorothy Y., Thomas C. RUNDALL, Alfred F. TALLIA, Deborah J. COHEN, Helen Ann HALPIN et Benjamin F. CRABTREE. Rethinking Prevention in Primary Care : Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors, *The Milbank Quarterly*, 2007, Vol. 85 n° 1, p. 69-91.

INFO-TABAC. Le tabac tue 36 Québécois par jour, n° 49, mars 2004, 2 p. (site Web consulté le 8 avril 2010 : www.infotabac.ca)

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). L'obésité dans *Améliorer la santé des Canadiens 2004*, Ottawa, chapitre 5, 2004, p. 103-140.



INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL (ICM). *Programme Famille sans fumée*, Montréal, Direction de la prévention, 2009. (site Web consulté le 2 octobre 2009 : www.famillesansfume.ca)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Santéscope : Proportion de la population de 18 ans et plus souffrant d'obésité*, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2007-2008, Québec, dernière mise à jour le 28 septembre 2009. (site Web consulté le 16 avril 2010 : www.inspq.qc.ca)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Infocentre de santé publique du Québec*, Québec, 2010. (site Web à accès restreint : www.infocentre.inspq.q.ca)

KVAAVIK, Élisabeth, David BATTY, Giske URSIN, Rachel HUXLEY et Catharine R. GALE. Influence of Individual and Combined Health Behaviors on Total and Cause-specific Mortality in Men and Women. The United Kingdom Health and Lifestyle Survey, *Archives of Internal Medicine*, Vol. 170, n° 8, Avril 2010, p. 711-718.

LACHANCE, Brigitte, et Julie COLGAN. *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention des maladies chroniques*. Cadre de référence (Volet adulte), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 2004, 55 p.

LACHANCE, Brigitte, Martine PAGEAU et Sylvie ROY. *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2006, 50 p.

LAMONTAGNE, Patricia, et Denis HAMEL. *Le poids corporel chez les enfants et les adolescents du Québec : de 1978 à 2005*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Direction de la recherche, formation et développement, 2009, 55 p.

LEMIRE, Louise, Dominique CORBEIL (coll.) et Monique DUCHARME (coll.). *Embonpoint, obésité et surplus de poids parmi la population adulte lanauoise. Portrait de la situation en 2005*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service prévention-promotion, 2009, 20 p.

LE PETIT, Christel, et Jean-Marie BERTHELOT. L'obésité : un enjeu en croissance, *Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, vol. 17, n° 3, numéro 82-003-XIF au catalogue, 2006, p. 45-56.

MANTHA, Marie-Michèle. L'hypertension dans *PasseportSanté.net*, Fiche mise à jour en novembre 2007, 15 p. (site Web consulté le 27 août 2009 : www.passeportsanté.net/fr/Maux/Problemes/fiche.aspx?doc=hypertension_pm)

MANTHA, Marie-Michèle. L'hypercholestérolémie dans *PasseportSanté.net*, Fiche mise à jour en juillet 2008, 14 p. (site Web consulté le 10 juillet 2009 : www.passeportsanté.net/fr/Maux/Problemes/fiche.aspx?doc=hypercholestérolémie_pm)

MARMOT, Michael G. Achieving Health Equity : From Root Causes to Fair Outcomes, *Lancet*, 2007, vol. 370, n° 9593, p. 1153-1163.

MARTINEZ, Jérôme, Robert PAMPALON et Denis HAMEL. Défavorisation et mortalité par accident vasculaire cérébral au Québec, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 24, n° 2/3, 2003, 16 p.

MEYERS, David G., NEUBERGER, John S. et Jianghua HE. Cardiovascular Effect of Bans on Smoking in Public Places, *Journal of the American College of Cardiology*, volume 54, 2009, p. 1249-1255.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), sous la direction d'Alain POIRIER et de Marc-André MARANDA. *Premier rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Québec, MSSS, Direction du programme de santé publique, 2005, 120 p.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), sous la direction de Alain POIRIER, Marc-André MARANDA et Lyne JOBIN. *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS). *Les enjeux socioéconomiques reliés à la fumée de tabac*. (site Web consulté le 8 avril 2010a : www.msss.gouv.qc.ca)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS). *Effets du tabagisme sur la santé*. (site Web consulté le 23 avril 2010b : www.msss.gouv.qc.ca)

NOLIN, Bertrand, et Denis HAMEL. Les Québécois bougent plus mais pas encore assez, *Annuaire du Québec 2006*, Montréal, Fides, 2005, p. 296-311.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Des soins novateurs pour les affections chroniques. Éléments constitutifs : rapport mondial*, Genève, OMS, Soins de santé pour les affections chroniques, 2003, 105 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, Genève, OMS, 2004, 21 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital, version synthèse : Rapport mondial*, Genève, OMS, 2005. (site Web consulté le 8 septembre 2009 : www.who.int/topics/chronic_disease/fr)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Comblant le fossé en une génération. Résumé analytique du rapport final*, Genève, OMS, Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008, 36 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2009. Mise en place d'espaces non-fumeurs. Résumé d'orientation*, Genève, OMS, 2009, 5 p.

PAGEAU, Martine. Nutrition et inégalités de santé : illustrations québécoises, *La santé de l'homme*, n° 399, janvier-février 2009, p.11-12.

PAIEMENT, Marguerite. *Document d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques dans la région de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction régionale des affaires médicales et universitaires, 2010, 30 p.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Philippe GAMACHE. *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité d'études et analyses de l'état de santé de la population et Unité connaissance-surveillance, 2008a, 20 p.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Philippe GAMACHE. Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale dans FROHLICH, Catherine, Maria DE KONINCK, Andrée DEMERS et Paul BERNARD (sous la direction de). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2008b, p. 13-35.

PAQUET, Ginette. *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, 152 p.

PATRA, Jayadeep, Svetlana POPOVA, Jürgen REHM, Susan BONDY, Robynne FLINT et Norman GIESBRECHT. *Economic Costs of Chronic Diseases in Canada 1995-2003*, Toronto, Ontario Chronic Disease Prevention Alliance and Ontario Public Health Association, 2007, 26 p. et annexes.



POTVIN, Louise. *Pour éviter d'accroître les inégalités sociales de santé. Mettre leur réduction au premier plan des objectifs de prévention*, Montréal, Université de Montréal, Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, 2009. (site Web consulté le 20 août 2009 : www.centrelearoback.ca)

POULIOT, Nathalie, et Lise BERTRAND. *La santé est-elle au menu des Montréalais? Portrait de la consommation alimentaire des Montréalais pour la période 2002-2007*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2009, 23 p.

PRIISME info. *Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois. Problématique, prévention, gestion*, Ville Saint-Laurent, Bureau d'affaires du Québec de GlaxoSmithKline, 2005, 55 p.

SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Santé Canada, 2003, 43 p.

SANTÉ CANADA, et AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Obésité dans Votre santé et vous*, numéro H13-7/20-2006F-PDF au catalogue, 2006, 3 p.

SHIELDS, Margot. *Stress, santé et bienfaits du soutien social, Rapports sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, vol. 15, n° 1, janvier 2004, p. 9-41.

SIMONEAU, Marie-Eve, et Christine GARAND (coll.). *Le diabète. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 24 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (SCC). *Pourquoi devrais-je cesser de fumer?* (site Web consulté le 23 avril 2010 : www.cancer.ca)

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (SQHA). *Risque d'une hypertension artérielle non-traitée ou non-maîtrisée*. (site Web consulté le 20 avril 2010 : www.hypertension.qc.ca)

STARKY, Sheena. *L'épidémie d'obésité au Canada*, Ottawa, Bibliothèque du parlement, numéro PRB05-11F au catalogue, 2005, 13 p.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2007-2008, Données sur les activités sédentaires*, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009, 2 p.

STATISTIQUE CANADA. *L'Enquête canadienne sur les mesures de santé. Le taux de cholestérol*, *Le Quotidien*, 23 mars 2010, 3 p.

UNESCO. *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles*, Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico, UNESCO, 1982.

WIKIPEDIA. *Mode de vie*, Dernière mise à jour : 31 octobre 2010, 4 p. (site Web consulté le 24 novembre 2010 : www.fr.wikipedia.org/wiki/Mode_de_vie)

WILKINS, Kathrin, Normand, C. CAMPBELL, Michel R. JOFFRES, Finlay A. MCALISTER, Marianne NICHOL, Susan QUACH, Helen L. JOHANSEN et Mark S. TREMBLAY. *Tension artérielle des adultes au Canada*, *Rapports sur la santé*, vol. 21, n° 1, 2010, p. 1-11.



Conception, analyse et rédaction

Louise Lemire
Agente de planification,
de programmation et de recherche

**Extraction, traitement des données
et graphiques**

Christine Garand
Technicienne en recherche psychosociale

**Collaborateurs à la série *Les maladies chroniques
dans Lanaudière***

Abdoul Aziz Gbaya
André Guillemette
Marie-Eve Simoneau

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

ASSS de Lanaudière :

- DRAMU : Marguerite Paiement
- DSPE : Louise Desjardins
Laurent Marcoux
Geneviève Marquis
Josée Payette
Jean-Pierre Trépanier
- CSSS du Nord : Line Coulombe
Ginette Gagnon

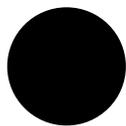
Dépôt légal

Quatrième trimestre 2010
ISBN : 978-2-923685-96-0 (version imprimée)
978-2-923685-97-7 (version PDF)
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible au site Web de l'Agence au www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA sous l'onglet *Nos publications*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

LEMIRE, Louise, et Christine GARAND (coll.). *Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, décembre 2010, 40 pages.



Source : Istockphoto