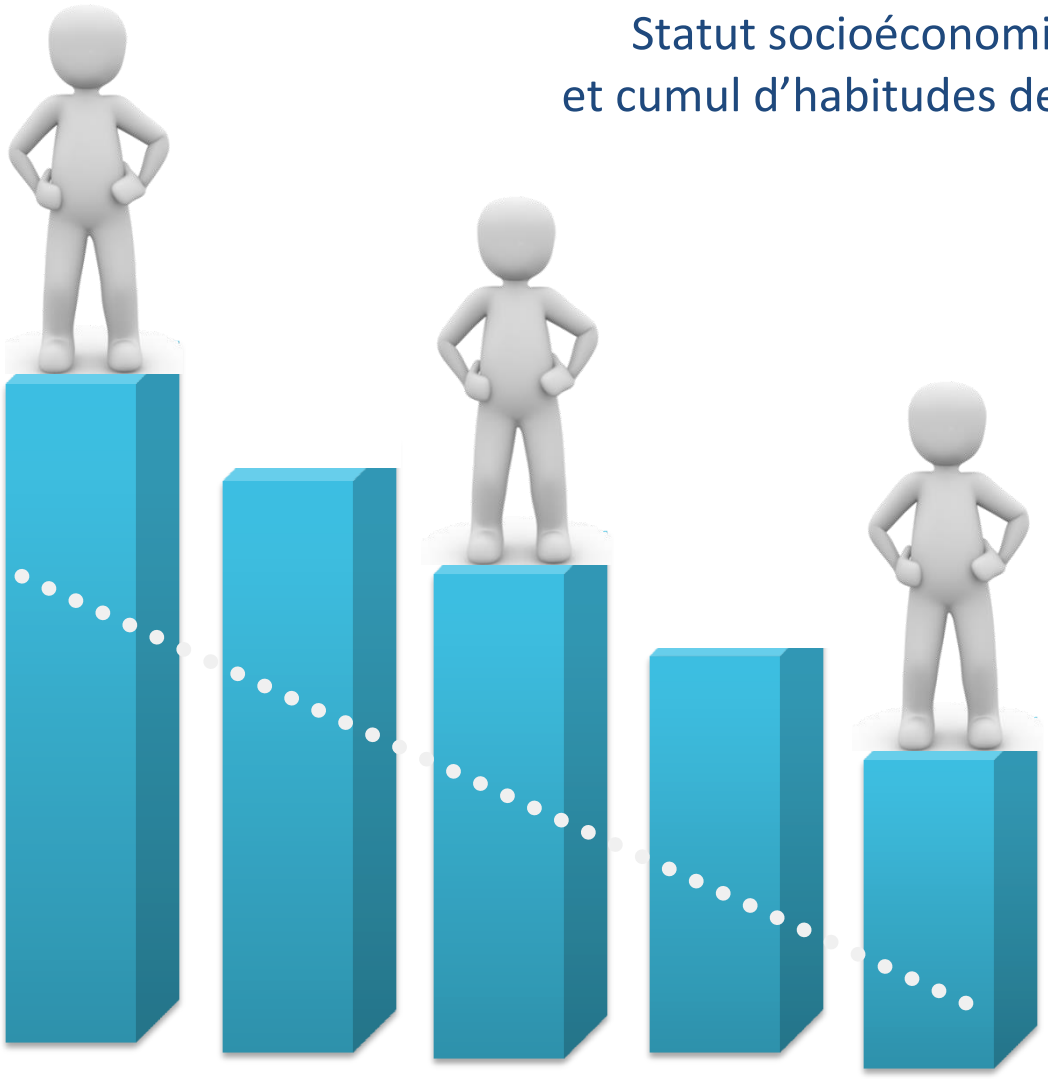
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LANAUDIÈRE

Novembre 2016

Statut socioéconomique et cumul d'habitudes de vie



André Guillemette
Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Québec

Conception, analyse et rédaction

André Guillemette

Extraction des données et conception des tableaux

Christine Garand

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

Patrick Bellehumeur
Élizabeth Cadieux
Christine Garand
Louise Lemire
Geneviève Marquis
Josée Payette

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez communiquer avec :

André Guillemette au 450 759-1157 ou sans frais au 1 800 668-9229, poste 4212 ou andre_guillemette@ssss.gouv.qc.ca.

Ce document est disponible, en version électronique seulement, sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, au www.santelanaudiere.qc.ca/sylia à l'onglet *Nos publications* sous la rubrique *Inégalités sociales de santé*.

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 :

GUILLEMETTE, André. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Statut socioéconomique et cumul d'habitudes de vie,* Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, novembre 2016, 36 pages.

Source des images : Pixabay
Création du concept - Image page couverture : Micheline Clermont

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2016

Dépôt légal
Quatrième trimestre 2016
ISBN : 978-2-550-76941-5 (en ligne)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

AVANT-PROPOS

> « La façon dont les gens naissent, grandissent, étudient, travaillent et vivent, influence la santé autant sinon davantage que l'hérédité ou le système de santé. » (Lambert et autres, 2014, p. 3)

Plusieurs déterminants, issus des environnements physique, socioculturel, politique et économique, exercent une influence sur la santé et le bien-être des individus (MSSS, 2012a). Certains d'entre eux, notamment les déterminants sociaux et économiques, se répartissent de façon inéquitable au sein de la population. Cela est la source d'écarts de santé parfois importants (Lambert et autres, 2014). On parle alors d'inégalités sociales de santé (ISS) puisqu'elles réfèrent aux disparités entre des groupes de personnes fondées sur leurs caractéristiques socioéconomiques (De Koninck et autres, 2008). Les ISS sont considérées évitables et jugées injustes (Pampalon et autres, 2013). Elles relèvent de la justice sociale, ce qui les distingue des inégalités de santé résultant plutôt de facteurs génétiques (le sexe) ou physiologiques (l'âge) (INPES, 2015).

L'existence des ISS et la volonté de les réduire, à défaut de pouvoir les éliminer, ne datent pas d'hier. Il s'agit d'une préoccupation émise par l'Organisation mondiale de la Santé et exprimée par le gouvernement du Québec dès 1992 dans le cadre de la *Politique de la santé et du bien-être* (Pampalon et autres, 2013). Depuis lors, la volonté d'agir sur les déterminants à la source des ISS a été maintes fois réitérée à travers, entre autres, les différentes éditions des plans d'action nationaux et régionaux de santé publique. Encore aujourd'hui, elle est toujours d'actualité puisque la réduction des ISS constitue une finalité du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et de la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (MSSS, 2016).

Le succès des efforts visant à réduire les ISS dans Lanaudière est en partie tributaire d'une connaissance et d'une compréhension appropriées de leurs déterminants. C'est dans ce contexte que le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique de Lanaudière a réalisé la série *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière* regroupant des fascicules consacrés à des sujets associés aux ISS[1].

Les fascicules de cette série sont des outils de surveillance de l'état de santé de la population conçus afin de soutenir le travail des intervenants et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et de tous les milieux qui œuvrent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population lanaudoise et à la réduction des écarts de santé. Ils s'adressent aussi aux Lanaudoises et aux Lanaudois préoccupés par les ISS.

[1] Toutes les publications de la série *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière* sont disponibles, en version électronique seulement, sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière au www.santelanaudiere.qc.ca/sylia à l'onglet *Nos publications* sous la rubrique *Inégalités sociales de santé*.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 3

INTRODUCTION 5

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES 6

Source de données 6

Années couvertes 6

Territoires et population ciblés 6

Tests de comparaison 7

Angles d'analyse des données 7

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES 8

Choix des indicateurs 8

Portrait socioéconomique dans Lanaudière 9

CUMUL DE CERTAINES HABITUDES DE VIE 10

Choix des habitudes de vie 10

Présence de certaines habitudes de vie dans Lanaudière 12

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET CUMUL D'HABITUDES DE VIE DANS LANAUDIÈRE 14

Les habitudes de vie défavorables à la santé 14

Les habitudes de vie favorables à la santé 16

DISCUSSION 18

Analyse des résultats 18

Un phénomène connu, mais peu documenté 20

Limites de l'étude 21

Pourquoi ces différences? 22

Qu'est-ce que cela implique pour le réseau de la santé? 22

CONCLUSION 23

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 24

ANNEXE 27

INTRODUCTION

L'état de santé physique et mental d'un individu est la résultante de la combinaison complexe, simultanée ou non, de déterminants de la santé dont les effets peuvent s'étaler sur plusieurs années. Selon le modèle privilégié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2012b), ces déterminants sont répartis selon quatre composantes : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie (famille, lieu de travail, communauté, etc.), les systèmes (éducation, garde à l'enfance, santé, solidarité sociale, etc.) et le contexte global (politique, économique, démographique, etc.). Ils peuvent influencer, avec une intensité variable, de concert ou individuellement, positivement ou négativement, la santé d'une personne.

Les caractéristiques individuelles font référence à des particularités non modifiables inscrites dans le profil biologique et génétique propre à chaque être humain. Il s'agit de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du bagage génétique, de prédispositions biologiques, etc. D'autres caractéristiques individuelles sont par contre modifiables. C'est le cas des compétences personnelles et sociales (habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales), des habitudes de vie et des comportements (tabagisme, sédentarité, comportements non sécuritaires, etc.) et du statut socioéconomique (scolarité, revenu, occupation, etc.) (MSSS, 2012b).

La plupart des déterminants de la santé ci-haut mentionnés peuvent être la source d'inégalités sociales de santé (ISS)[2]. C'est le cas notamment du statut socioéconomique des individus, car il exerce une influence considérable sur les ISS (Pampalon et autres, 2013). La démonstration à cet égard n'est d'ailleurs plus à faire.

D'autres déterminants de la santé, comme les habitudes de vie, sont aussi associés aux ISS. Dans Lanaudière, tout comme ailleurs au Québec, il a été démontré que les personnes ayant une scolarité moindre ou un faible niveau de revenu sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à faire usage du tabac, à être sédentaires ou à ne pas manger assez fréquemment des fruits et des légumes (Lemire et Garand, 2010). Ces habitudes de vie conditionnent l'éventuelle apparition plus fréquente de problèmes de santé chez les personnes avec un statut socioéconomique moins favorable. Il a aussi été prouvé que le cumul des habitudes de vie défavorables à la santé n'est pas un phénomène rare (Lemire et Garand, 2010; FMCC, 2003). Or, cette accumulation est plus répandue parmi les personnes défavorisées socioéconomiquement (ICIS, 2008).

C'est en considérant cette réalité qu'a été conçu ce document dont l'objectif principal consiste à mettre en commun deux catégories de déterminants des ISS, soit le statut socioéconomique et le cumul de certaines habitudes de vie. Cet intérêt repose sur le fait que le nombre de maladies chroniques pouvant affecter une même personne augmente avec celui des facteurs néfastes à la santé (Lemire et Garand, 2010).

[2] Pour plus de détails concernant les ISS, voir le document intitulé *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Comment les inégalités sociales influencent la santé. Comprendre la naissance et le développement des inégalités sociales de santé* produit par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique de Lanaudière (Lemire, 2016).

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Source de données

Les données utilisées dans ce fascicule mettent en relief le statut socioéconomique et certaines habitudes de vie. Elles proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Il s'agit d'une « enquête transversale qui vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne. […] Elle est réalisée auprès d'un grand échantillon de répondants et conçue pour fournir des estimations fiables à l'échelle de la région sociosanitaire tous les deux ans » (Statistique Canada, 2016, p. 1).

L'ESCC a été menée pour la première fois en 2000-2001 auprès de la population canadienne de 12 ans et plus vivant dans un ménage privé. Le septième cycle de cette enquête a été réalisé en 2013-2014. Le huitième, soit celui de la période 2015-2016, est en cours de collecte.

Années couvertes

Les modifications apportées aux questionnaires et aux modes de collecte de données de l'ESCC font en sorte qu'il n'est pas toujours conseillé de comparer entre eux les résultats des cycles de l'enquête. C'est pourquoi les données présentées dans ce fascicule couvrent les quatre derniers cycles de l'ESCC pour lesquels toutes les données sont comparables, soit 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 et 2013-2014.

En raison de cette comparabilité des cycles, les données de 2007-2008 et 2009-2010 ont été jumelées afin d'augmenter le nombre de répondants et, par le fait même, la précision statistique des pourcentages lanaudois. Il en a été de même pour les cycles 2011-2012 et 2013-2014[3]. Les variables retenues sont issues de questions restées identiques depuis au moins 2007-2008. Les modes de collecte de données auprès de la population canadienne sont comparables, malgré quelques différences quant à la répartition des répondants selon le type d'entrevue (téléphonique ou interview sur place assistée par ordinateur)[4]. La fusion des cycles de l'ESCC repose sur l'hypothèse que les variables retenues ne sont pas sujettes à des effets conjoncturels (Lapointe et Courtemanche, 2007).

Territoires et population ciblés

Les statistiques présentées concernent l'ensemble de la région de Lanaudière, car l'ESCC n'a pas été conçue pour des unités géographiques plus petites. Les statistiques relatives à l'ensemble du Québec sont aussi fournies à titre comparatif.

[3] Une moyenne pondérée a été calculée pour tous les pourcentages afin de tenir compte de la variation du nombre de répondants à chacun des cycles de l'ESCC.

[4] Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) confirment qu'il est possible de combiner, sous certaines conditions, les données des cycles de l'ESCC (Statistique Canada, 2009; Lapointe et Courtemanche, 2007).

Même si l'ESCC couvre les personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage privé, la population ciblée pour l'analyse est celle des adultes de 25 à 74 ans. Les individus de moins de 25 ans sont volontairement exclus, car leur véritable statut socioéconomique est difficile à déterminer lorsqu'ils sont encore aux études. De même, il a été jugé préférable de retrancher les personnes de 75 ans et plus. À cet âge, la présence de certaines habitudes de vie risque d'être plus étroitement liée à l'état de santé qu'au statut socioéconomique. Du reste, comme une part non négligeable d'aînés de 75 ans et plus vivent dans un ménage collectif[5], l'ESCC ne comprend pas un échantillon suffisamment représentatif des aînés pour le sujet traité dans le présent document. Il faut en effet se rappeler que l'enquête ne vise pas les personnes vivant dans un ménage collectif.

Tests de comparaison

La présence de différences en fonction du statut socioéconomique est vérifiée à l'aide de tests statistiques de comparaison au seuil de 5 %. Ces tests sont effectués sur les pourcentages bruts, car il n'a pas été jugé nécessaire d'utiliser des pourcentages ajustés selon l'âge. Il faut en effet se rappeler que les statistiques présentées concernent les adultes de 25-74 ans et non l'ensemble de la population. Les biais potentiels causés par la structure par âge devraient donc être moindres que pour l'ensemble de la population. De plus, les variations selon l'âge sont relativement faibles pour trois des cinq habitudes de vie retenues aux fins de l'étude (voir p. 11-12). Parmi les deux habitudes de vie pour lesquelles d'importantes fluctuations sont associées à l'âge, il y en a une dont la proportion diminue avec l'avancée en âge, alors qu'il y a une augmentation pour l'autre. Il y a donc un certain nivellement des modulations selon l'âge, car elles ne vont pas toutes dans le même sens.

En général, seules les différences statistiquement significatives au seuil de 5 % sont soulignées dans le texte. Il faut néanmoins garder à l'esprit que l'absence d'écart confirmé statistiquement entre deux pourcentages ne signifie pas pour autant qu'ils sont identiques.

Angles d'analyse des données

Ce fascicule met en relation le statut socioéconomique des individus avec la présence cumulée de certaines habitudes de vie en faisant ressortir les différences entre les extrêmes de l'échelle socioéconomique. Un état de la situation est d'abord réalisé pour la période 2011-2014, soit pour les données combinées des cycles 2011-2012 et 2013-2014 de l'ESCC. Il est ensuite comparé à celui de la période 2007-2010. Tous les croisements de variables sont analysés en fonction du sexe afin de vérifier s'il y a des différences chronologiques pour un même sexe.

Quelle est l'ampleur des écarts entre les personnes situées au bas de l'échelle socioéconomique et le reste de la population quant au cumul des facteurs défavorables ou favorables à la santé? Ces écarts sont-ils les mêmes pour les deux sexes? Ont-ils diminué ou augmenté durant les dernières années? Voilà quelques questions auxquelles tente de répondre cette analyse.

[5] En 2011, au Québec, de 2 à 4 % des personnes de 65-74 ans vivent dans un ménage collectif, alors que cette proportion grimpe à 8,4 % à 75-79 ans, à 18 % à 80-84 ans et à 38 % à 85 ans et plus (ISQ, 2013).

INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

Choix des indicateurs

Le statut socioéconomique des individus est associé à plusieurs critères. Selon Pampalon et autres (2013), qui reprennent le modèle de déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé proposé par l'Organisation mondiale de la Santé (CDSS, 2009), il s'agit de l'éducation, de l'occupation, du revenu, du sexe, de l'origine ethnique et des réseaux sociaux. Le statut socioéconomique est considéré comme « la cause des causes » des ISS, parce qu'il exerce une influence incontestable sur d'autres facteurs qui déterminent la santé des individus (Lambert et autres, 2014; Pampalon et autres, 2013).

Aux fins de la présente étude, deux déterminants socioéconomiques sont retenus. Il s'agit du revenu du ménage et du plus haut niveau de scolarité atteint par un des membres du ménage. Le traitement de deux variables socioéconomiques seulement permet de simplifier la création d'un indice socioéconomique composite, tout en mettant en évidence des sous-groupes de population avec des effectifs suffisamment grands pour permettre des analyses comparatives statistiquement plus solides.

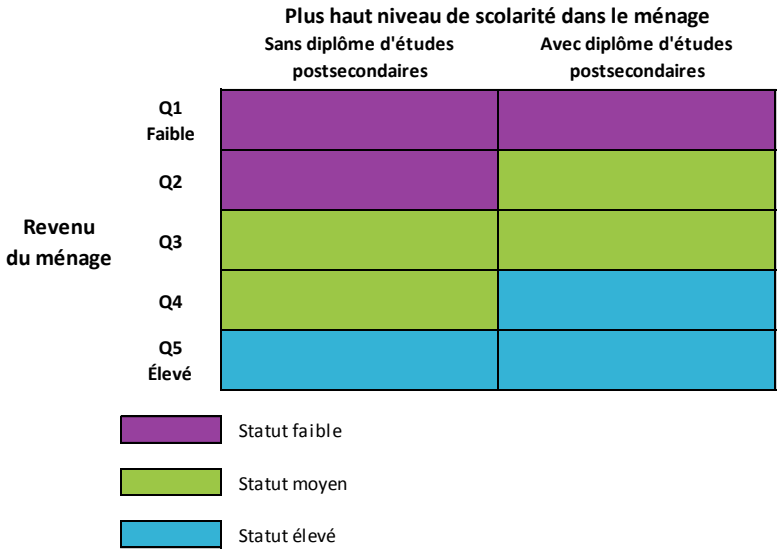
Afin d'éviter la gestion d'un trop grand nombre de classes socioéconomiques, la population de 25-74 ans est répartie en fonction du quintile de revenu du ménage[6]. Le plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage est regroupé en deux catégories : avec au moins un diplôme d'études postsecondaires (professionnelles, collégiales ou universitaires) et sans diplôme d'études postsecondaires[7]. La création de la catégorie des personnes vivant dans des ménages ne comptant pas de membre avec un diplôme d'études postsecondaires répond à la nécessité de regrouper un nombre suffisant de cas. Cela n'aurait pas été possible en considérant uniquement les individus vivant dans des ménages sans diplôme d'études secondaires, car ils comptent pour moins de 8 % de la population lanaudoise de 25-74 ans selon les données de l'ESCC 2013-2014. Il faut aussi retenir que les exigences actuelles du marché du travail font en sorte qu'un diplôme d'études secondaires, sans autres qualifications académiques, est probablement insuffisant pour décrocher un emploi de qualité, stable et suffisamment rémunéré.

Le revenu et la scolarité des ménages sont combinés afin de créer un indice composite de statut socioéconomique comportant trois catégories d'individus répartis selon les critères illustrés dans la matrice présentée à la page suivante.

[6] L'ESCC offre une répartition de la population selon le décile de revenu du ménage en fonction du territoire de résidence (la province ou la région sociosanitaire). Ces déciles ont été regroupés en quintiles selon la méthode suivante : déciles 1 et 2 = quintile 1, déciles 3 et 4 = quintile 2, déciles 5 et 6 = quintile 3, déciles 7 et 8 = quintile 4, et déciles 9 et 10 = quintile 5. Le quintile 1 (Q1) regroupe les personnes vivant dans les ménages ayant les plus faibles revenus, alors que le quintile 5 (Q5) comprend les personnes vivant dans les ménages profitant des revenus les plus élevés.

[7] Cette catégorie englobe donc les personnes sans diplôme d'études secondaires, celles avec seulement un diplôme d'études secondaires et celles ayant fait des études postsecondaires sans obtenir de diplôme.

Figure 1
Matrice de l'indice composite de statut socioéconomique



Selon cet indice composite, les personnes avec un faible statut socioéconomique vivent dans des ménages qui ont un faible revenu et, dans la plupart des cas, une faible scolarité. À l'autre extrême, les personnes avec un statut socioéconomique élevé vivent dans des ménages qui profitent d'un revenu qui se situe au-dessus de la moyenne, et généralement, avec une diplomation postsecondaire.

Pour des considérations strictement liées à la nécessité de faciliter les tests statistiques de comparaison, les statuts socioéconomiques moyen et élevé sont fusionnés en une seule catégorie.

Portrait socioéconomique dans Lanaudière

Selon l'ESCC, autour de 24 % de la population lanaudoise de 25-74 ans vit dans un ménage privé dont aucun membre n'a un diplôme d'études postsecondaires en 2011-2014 (Tableau 1). Comparativement à la période 2007-2010, ce pourcentage n'a pas décliné significativement au plan de la statistique[8]. Cette situation est similaire à celle observée pour l'ensemble du Québec[9].

L'indice composite de statut socioéconomique situe à 26 % la proportion de la population lanaudoise de 25-74 ans avec un statut socioéconomique faible en 2011-2014. Ce pourcentage monte à 30 % chez les femmes et se situe à 22 % chez les hommes. La proportion de personnes catégorisées avec un faible statut socioéconomique est, pour chacun des deux sexes, équivalente à celle de la période 2007-2010. Le constat est sensiblement le même pour le Québec.

[8] Une analyse descriptive semblable n'est pas faite avec le niveau de revenu du ménage, car la répartition selon le quintile de revenu est faite arbitrairement. Par définition, chacun des cinq quintiles regroupe autour de 20 % de la population.
[9] Les données pour l'ensemble du Québec sont présentées au tableau A2 en annexe.

Tableau 1
Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques et le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Revenu du ménage						
Quintile 1 (faible)	23,5	17,0	20,3	21,8	14,7	18,3
Quintile 2	19,7	18,7	19,2	20,4	18,3	19,4
Quintile 3	18,4	19,5	18,9	18,9	21,2	20,1
Quintile 4	17,0	24,2	20,6	18,2	25,2	21,7
Quintile 5 (élevé)	21,5	20,6	21,0	20,6	20,6	20,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage						
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	28,5	24,1	26,4	25,2	22,2	23,7
Avec diplôme d'études postsecondaires	71,5	75,9	73,6	74,8	77,8	76,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Indice composite de statut socioéconomique						
Statut faible	29,5	22,1	25,9	30,2	21,6	26,0
Statut moyen ou élevé	70,5	77,9	74,1	69,8	78,4	74,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

[1] Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.
Notes : Sauf pour le revenu du ménage pour lequel des tests de comparaison n'ont pas été effectués, les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

CUMUL DE CERTAINES HABITUDES DE VIE

Choix des habitudes de vie

Le choix des habitudes de vie repose d'abord sur le fait qu'elles sont fréquemment utilisées dans des études traitant des facteurs de risque pour la santé (Fortin et autres, 2014; Elwood et autres, 2013; Sabia et autres, 2012; Azzou, Bergeron et autres, 2011; Kvaavik et autres, 2010). Leur disponibilité pour les quatre cycles de l'ESCC et la possibilité d'effectuer des comparaisons chronologiques ont aussi milité en leur faveur. Elles ont aussi été choisies en fonction de la proportion de personnes les ayant adoptées afin d'avoir un nombre suffisamment élevé de répondants pour garantir une précision statistique acceptable[10]. Pour ce faire, une valeur minimale de 10 % a été retenue pour chacune des habitudes de vie.

[10] Les pourcentages relatifs à chacune des habitudes de vie ne devaient pas avoir un coefficient de variation supérieur à 25 % pour les données lanaudoises.

Cinq habitudes de vie défavorables à la santé sont considérées. Sans être totalement indépendantes l'une de l'autre et mutuellement exclusives, elles exercent une influence sur la santé des individus. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'elles sont loin d'être les seules à avoir un impact à cet égard.

► *Habitudes de vie **défavorables** à la santé*

- Consommation de fruits et de légumes moins de cinq fois par jour
- Sédentaire dans la pratique des activités physiques de loisir et de transport au cours des trois derniers mois
- Fumeur actuel de la cigarette (tous les jours ou à l'occasion)
- Non-fumeur exposé à la fumée du tabac à la maison[11]
- Consommation d'alcool au moins quatre fois par semaine au cours des douze derniers mois[12]

Aux fins de la présente étude, il a aussi été décidé de traiter le cumul des habitudes favorables à la santé. C'est pourquoi chacune des cinq habitudes de vie ci-haut mentionnées sont examinées selon deux dimensions, soit une défavorable à la santé et une autre qui lui est favorable.

► *Habitudes de vie **favorables** à la santé*

- Consommation de fruits et de légumes au moins cinq fois par jour
- Actif et modérément actif dans la pratique des activités physiques de loisir et de transport au cours des trois derniers mois
- Non-fumeur de la cigarette à vie
- Non-fumeur non exposé à la fumée du tabac à la maison
- Aucune consommation d'alcool au cours des douze derniers mois

Le cumul des habitudes de vie favorables à la santé est pertinent, car il n'est pas l'inverse du cumul des habitudes de vie défavorables à la santé. Par exemple, une personne avec deux habitudes de vie défavorables à la santé n'a pas forcément trois habitudes de vie favorables à la santé. Seulement trois des cinq indicateurs associés aux habitudes de vie sont dichotomiques (oui/non), alors que les deux autres indicateurs (tabagisme et consommation d'alcool) comptent trois catégories de réponse.

[11] L'exposition à la fumée secondaire du tabac n'est pas une habitude de vie propre à la personne qui doit subir cette situation. Il a toutefois été jugé pertinent de l'inclure puisqu'elle fait état d'une habitude de vie adoptée par l'entourage immédiat du non-fumeur. L'impact de la fumée secondaire sur sa santé est bien réel, plusieurs études en font foi (Pérez, 2004).

[12] Le choix de cette habitude de vie a été fait faute de mieux, car les statistiques lanaudoises (et québécoises) pour la consommation hebdomadaire élevée d'alcool (quatorze consommations ou plus par semaine) ne sont pas disponibles pour les cycles 2007-2008 et 2009-2010. Les données de la variable relative à la prise d'au moins cinq consommations d'alcool en une même occasion au moins une fois par mois sont disponibles pour les quatre cycles de l'ESCC considérés, mais elles ne sont pas comparables. Une modification relativement importante a été apportée au cycle 2013-2014, alors que le seuil de la consommation excessive d'alcool des femmes est passé de cinq à quatre consommations. Celui des hommes est toutefois demeuré à cinq consommations d'alcool ou plus.

Tel que relevé dans plusieurs études, les habitudes de vie peuvent agir simultanément sur la santé des individus. C'est-à-dire qu'elles n'exercent pas seulement des effets successifs au cours de la vie, mais qu'elles peuvent agir cumulativement sur la santé (Blanchet et autres, 2016; Fortin et autres, 2014; Sabia et autres, 2012; Kvaavik et autres, 2010). C'est pourquoi, il a été jugé opportun de créer deux indices composites d'habitudes de vie, soit l'un défavorable et l'autre favorable. Le simple décompte des habitudes de vie est la méthode privilégiée pour mesurer leur présence cumulée. Les personnes présentant aucune ou une habitude de vie, favorable ou défavorable à la santé selon le cas, sont placées dans la même catégorie et il en est de même pour celles en comptant au moins trois[13].

Présence de certaines habitudes de vie dans Lanaudière

Dans Lanaudière en 2011-2014, environ la moitié de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé consomme moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes. Une proportion similaire est sédentaire dans les activités physiques de loisir et de transport. Environ le quart des adultes sont des fumeurs réguliers ou occasionnels de la cigarette et une proportion équivalente n'a jamais fumé la cigarette au cours de sa vie. Un peu moins de 10 % des non-fumeurs lanaudois sont exposés à la fumée du tabac au domicile. Enfin, 17 % consomment de l'alcool au moins quatre fois par semaine. Au rebours, 13 % n'ont pas pris d'alcool au cours de la dernière année (Tableaux 2 et 3).

L'indice composite d'habitudes de vie montre que la moitié de la population lanaudoise de 25-74 ans a aucune ou une seule habitude de vie défavorable à la santé, alors que 18 % en ont trois ou plus. En contrepartie, environ 37 % ont aucune ou seulement une habitude de vie favorable à la santé et le tiers en cumule au moins trois. Aussi bien chez les Lanaudoises que chez les Lanaudois, l'ampleur de la présence de ces habitudes de vie ne varie pas significativement entre les périodes 2007-2010 et 2011-2014.

[13] Le cumul des habitudes de vie, qu'elles soient défavorables ou favorables à la santé, est exprimé selon trois catégories : aucune ou une habitude de vie, deux habitudes de vie et trois habitudes de vie ou plus. La taille de l'échantillon de répondants lanaudois, même en combinant deux cycles de l'ESCC, est insuffisante pour établir des différences statistiquement significatives avec plus de trois catégories d'habitudes de vie.

Tableau 2

Proportion de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé ayant certaines habitudes de vie défavorables à la santé selon le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Habitudes de vie défavorables à la santé						
Consommation de fruits et de légumes moins de cinq fois par jour	44,0	58,4	51,0	44,8	60,7	52,6
Sédentaire dans la pratique des activités physiques de loisir et de transport au cours des trois derniers mois	58,8	50,4	54,6	54,3	49,0	51,7
Fumeur actuel de la cigarette (tous les jours ou à l'occasion)	28,9	27,3	28,1	25,6	27,8	26,7
Non-fumeur exposé à la fumée du tabac à la maison	10,1 *	11,7	10,9	5,6 *	11,9 *	8,7
Consommation d'alcool au moins quatre fois par semaine au cours des douze derniers mois	10,4	23,4	16,8	10,5	23,8	17,0
Indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé						
Aucune/une habitude de vie	52,4	45,1	48,8	55,4	46,0	50,8
Deux habitudes de vie	30,4	34,6	32,5	31,3	30,7	31,0
Trois habitudes de vie ou plus	17,2	20,2	18,7	13,3	23,3	18,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau 3
Proportion de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé ayant certaines habitudes de vie favorables à la santé selon le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Habitudes de vie favorables à la santé						
Consommation de fruits et de légumes au moins cinq fois par jour	56,0	41,6	49,0	55,2	39,3	47,4
Actif ou modérément actif dans la pratique des activités physiques de loisir et de transport au cours des trois derniers mois	41,2	49,6	45,4	45,7	51,0	48,3
Non-fumeur de la cigarette à vie	28,3	25,9	27,1	29,3	21,2	25,3
Non-fumeur non exposé à la fumée du tabac à la maison	89,9	88,3	89,1	94,4	88,1	91,3
Aucune consommation d'alcool au cours des douze derniers mois	19,6	12,4	16,0	13,8	11,5	12,7
Indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé						
Aucune/une habitude de vie	32,8	36,8	34,8	33,6	41,1	37,3
Deux habitudes de vie	31,8	32,3	32,0	26,5	31,3	28,9
Trois habitudes de vie ou plus	35,4	30,9	33,2	39,9	27,6	33,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Les données pour l'ensemble du Québec révèlent que les proportions de personnes sédentaires, de fumeurs de la cigarette et de non-fumeurs exposés à la fumée du tabac au domicile ont significativement diminué entre 2007-2010 et 2011-2014. Il en est de même pour la présence d'au moins trois habitudes de vie défavorables à la santé. Par contre, le pourcentage de personnes consommant moins de cinq fois par jour des fruits et des légumes a augmenté (Tableaux A3 et A4 en annexe).

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET CUMUL D'HABITUDES DE VIE DANS LANAUDIÈRE

Les habitudes de vie défavorables à la santé

Même si les écarts ne sont pas toujours confirmés statistiquement, le cumul d'au moins trois habitudes de vie défavorables à la santé est vraisemblablement plus fréquent chez les personnes de 25-74 ans vivant dans un ménage à faible revenu ou faiblement scolarisé. Les individus vivant dans un ménage peu scolarisé sont également moins nombreux, en proportion, à avoir aucune ou une seule habitude de vie défavorable à la santé, et il semble en être de même pour le faible revenu (Tableau 4). Cela est clairement démontré avec les données relatives à l'ensemble du Québec (Tableau A5 en annexe).

Tableau 4

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon les niveaux de revenu et de scolarité du ménage, l'indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé et le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé							
	2007-2010				2011-2014			
	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total
Revenu du ménage								
Femmes								
Quintile 1 (faible)	45,0	30,3	24,7 *	100,0	52,2	29,2 *	18,6 *	100,0
Quintile 5 (élevé)	60,1	28,6 *	11,3 **	100,0	61,3	28,8 *	9,9 **	100,0
Hommes								
Quintile 1 (faible)	36,7 *	39,5	23,8 *	100,0	43,2	38,7 *	18,0 **	100,0
Quintile 5 (élevé)	53,7	25,4 *	20,9 *	100,0	54,2	29,7 *	16,1 *	100,0
Sexes réunis								
Quintile 1 (faible)	41,6	34,1	24,3	100,0	48,6	33,0	18,4 *	100,0
Quintile 5 (élevé)	57,0	27,0	16,0 *	100,0	57,8	29,2	12,9 *	100,0
Scolarité du ménage								
Femmes								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	41,8	37,7	20,5 *	100,0	51,7	32,6	15,7 *	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	57,6	27,6	14,9	100,0	56,0	31,0	13,0	100,0
Hommes								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	33,1	41,9	25,0 *	100,0	33,7	38,3	28,0 *	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	48,9	32,1	18,9	100,0	50,9	28,5	20,6	100,0
Sexes réunis								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	38,0	39,6	22,4	100,0	43,5	35,2	21,3	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	53,3	29,8	16,9	100,0	53,5	29,8	16,7	100,0

* 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.
[1] Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.
Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul d'habitudes de vie, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.
Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

La mise en commun de l'indice composite de statut socioéconomique avec le cumul des habitudes de vie défavorables à la santé laisse aussi entrevoir, avec des écarts plus petits cependant, une situation moins avantageuse pour les personnes ayant un faible statut (Tableau 5). Les différences observées dans Lanaudière ne sont pas significatives dans la majorité des cas, mais la tendance est démontrée statistiquement avec les données pour l'ensemble du Québec (Tableau A6 en annexe)[14].

[14] Il est important de noter que l'absence d'écarts significatifs dans Lanaudière résulte essentiellement d'un nombre insuffisant de répondants. Le sens des différences selon le statut socioéconomique observées dans Lanaudière est identique à celui de l'ensemble du Québec.

Tableau 5

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon l'indice composite de statut socioéconomique, l'indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé et le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé							
	2007-2010				2011-2014			
	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total
Indice composite de statut socioéconomique								
Femmes								
Statut faible	46,5	29,5	24,0 *	100,0	52,3	31,5	16,3 *	100,0
Statut moyen ou élevé	56,1	29,7	14,2	100,0	57,1	30,7	12,2	100,0
Hommes								
Statut faible	36,4	38,5	25,1 *	100,0	40,7	34,9	24,3 *	100,0
Statut moyen ou élevé	47,6	31,8	20,5	100,0	48,5	30,1	21,4	100,0
Sexes réunis								
Statut faible	42,3	33,3	24,5	100,0	47,6	32,9	19,5	100,0
Statut moyen ou élevé	51,7	30,8	17,5	100,0	52,7	30,4	17,0	100,0

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

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul d'habitudes de vie, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Les données lanaudoises montrent que l'ampleur des différences quant à la présence d'au moins trois habitudes de vie défavorables à la santé semble être plus forte chez les femmes que chez les hommes. C'est le cas, plus spécifiquement, lorsque le revenu ou l'indice composite de statut socioéconomique est considéré. Les données pour le Québec font aussi état de cette situation avec la scolarité, alors que cela ne semble pas être le cas pour Lanaudière. L'analyse chronologique des données révèle que les écarts entre les catégories socioéconomiques semblent s'être amoindris entre les périodes 2007-2010 et 2011-2014. Dans Lanaudière, les différences entre les pourcentages, lorsqu'il y a au moins trois habitudes de vie défavorables à la santé, semblent avoir diminué pour le revenu (femmes et hommes), pour la scolarité (femmes) et pour l'indice composite de statut socioéconomique (femmes et hommes). Au Québec, c'est aussi le cas, chez les femmes et chez les hommes, pour le revenu et l'indice composite, alors que les écarts semblent s'être accrus pour la scolarité.

Les habitudes de vie favorables à la santé

Dans Lanaudière en 2011-2014, l'adoption d'au moins trois habitudes de vie favorables à la santé est moins répandue au sein de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage à faible revenu ou moins scolarisé. De même, elle semble être proportionnellement plus nombreuse à avoir aucune ou une seule habitude de vie favorable à la santé (Tableau 6). Ce constat est confirmé statistiquement avec les données du Québec pour chacun des deux sexes et pour les deux indicateurs socioéconomiques ci-haut mentionnés (Tableau A7 en annexe).

Tableau 6

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon les niveaux de revenu et de scolarité du ménage, l'indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé et le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé							
	2007-2010				2011-2014			
	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total
Revenu du ménage								
Femmes								
Quintile 1 (faible)	37,9	32,7	29,4	100,0	38,1	29,8	32,1	100,0
Quintile 5 (élevé)	31,7	26,5 *	41,8	100,0	27,1 *	24,0 *	48,9	100,0
Hommes								
Quintile 1 (faible)	46,6	33,0 *	20,4 *	100,0	46,5	27,9 *	25,6 *	100,0
Quintile 5 (élevé)	28,7 *	28,1 *	43,2	100,0	28,2 *	38,8	33,0	100,0
Sexes réunis								
Quintile 1 (faible)	41,5	32,8	25,7	100,0	41,5	29,0	29,5	100,0
Quintile 5 (élevé)	30,2	27,3	42,5	100,0	27,6	31,3	41,0	100,0
Scolarité du ménage								
Femmes								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	40,6	32,4	27,1	100,0	35,5	32,5	32,0	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	28,7	31,6	39,7	100,0	33,3	24,0	42,7	100,0
Hommes								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	47,1	27,0 *	25,9 *	100,0	51,3	25,3 *	23,4 *	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	32,6	34,7	32,7	100,0	35,1	34,0	31,0	100,0
Sexes réunis								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	43,5	30,0	26,5	100,0	42,7	29,2	28,1	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	30,6	33,1	36,2	100,0	34,2	28,9	36,9	100,0

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

[1] Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul d'habitudes de vie, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

La conjugaison du cumul des habitudes de vie favorables à la santé avec l'indice composite de statut socioéconomique confirme la présence moins fréquente d'au moins trois habitudes de vie favorables à la santé chez les personnes ayant un faible statut socioéconomique (Tableau 7). Les écarts relevés dans Lanaudière ne sont pas toujours significatifs sur le plan de la statistique, mais la tendance est confirmée avec les données du Québec (Tableau A8 en annexe).

Tableau 7

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon l'indice composite de statut socioéconomique, l'indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé et le sexe, Lanaudière, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé							
	2007-2010				2011-2014			
	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total
Indice composite de statut socioéconomique								
Femmes								
Statut faible	37,9	30,6	31,5	100,0	35,9	31,0	33,0	100,0
Statut moyen ou élevé	29,9	32,4	37,7	100,0	32,2	25,0	42,8	100,0
Hommes								
Statut faible	44,9	33,2	22,0 *	100,0	48,6	25,0 *	26,4 *	100,0
Statut moyen ou élevé	34,7	32,3	33,0	100,0	36,8	33,7	29,5	100,0
Sexes réunis								
Statut faible	40,9	31,7	27,5	100,0	41,0	28,6	30,4	100,0
Statut moyen ou élevé	32,4	32,3	35,3	100,0	34,5	29,5	36,0	100,0

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

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul d'habitudes de vie, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tout comme pour les habitudes de vie défavorables à la santé, les différences en fonction du revenu et de l'indice composite de statut socioéconomique semblent être plus importantes chez les Lanaudoises que chez les Lanaudois. Cela n'est toutefois pas confirmé avec les statistiques du Québec pour lesquelles une pareille situation semble seulement exister avec la scolarité où les hommes affichent les écarts les plus importants.

Entre les périodes 2007-2010 et 2011-2014, dans Lanaudière, les écarts entre les pourcentages de personnes ayant au moins trois habitudes de vie favorables à la santé ne semblent pas exprimer une nette réduction des écarts pour le revenu, la scolarité et l'indice composite de statut socioéconomique, car le sens des variations est contraire entre les deux sexes. Au Québec, par contre, les différences pourraient s'être réduites pour le revenu et l'indice composite, tandis qu'elles semblent être inchangées pour la scolarité.

DISCUSSION

Analyse des résultats

Le cumul d'habitudes de vie défavorables à la santé n'est pas un phénomène très courant au sein de la population, car dans Lanaudière, comme au Québec d'ailleurs, moins du cinquième de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé déclare en avoir au moins trois. Élément encourageant, la moitié affirme avoir aucune ou une seule habitude de vie défavorable à la santé.

Abordées sous l'angle des habitudes de vie favorables à la santé, les données montrent qu'environ le tiers de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé affirme avoir au moins trois de ces comportements et une part équivalente en a aucun ou un seul.

Il demeure intéressant de souligner que les femmes profitent d'un bilan plus positif que celui des hommes quant au cumul d'habitudes de vie. Elles sont proportionnellement moins nombreuses à avoir plusieurs habitudes de vie défavorables à la santé et elles présentent un pourcentage plus élevé lorsqu'au moins trois habitudes de vie favorables à la santé sont adoptées. Ce constat devrait-il inciter le réseau de la santé et des services sociaux à mettre en œuvre des actions plus soutenues auprès des hommes?

La comparaison des données régionales entre les périodes 2007-2010 et 2011-2014 ne semble pas indiquer une amélioration des comportements des Lanaudoises et des Lanaudois de 25-74 ans. Les pourcentages relatifs aux cinq indicateurs défavorables à la santé et aux cinq indicateurs qui lui sont favorables n'ont pas varié significativement. Il en est de même pour l'indice composite qui fait état de leur cumul. Pour l'ensemble du Québec, par contre, les pourcentages de personnes sédentaires faisant usage de la cigarette et exposées à la fumée du tabac à la maison ont diminué. C'est aussi le cas pour la proportion de personnes ayant au moins trois habitudes de vie défavorables à la santé. Ces gains demeurent toutefois relativement modestes.

Les données présentées dans la section précédente démontrent qu'il existe des inégalités parfois importantes entre, d'une part, les personnes défavorisées au plan socioéconomique et, d'autre part, celles qui vivent dans un ménage plus instruit ou avec un revenu élevé. **L'adoption simultanée de plusieurs habitudes de vie défavorables à la santé est plus répandue au sein de la population dont le statut socioéconomique est faible. Inversement, cette population opte moins fréquemment pour plusieurs habitudes de vie favorables à la santé**. Cette relation apparaît assez nettement avec les données lanaudoises, même si les différences ne sont pas toujours significatives. Elles sont toutefois confirmées statistiquement avec les données de l'ensemble du Québec. Cette variabilité en fonction du statut socioéconomique existe pour les deux périodes considérées, soit 2007-2010 et 2011-2014.

Même s'ils confirment toujours la position désavantageuse des personnes avec un faible statut socioéconomique, les trois indicateurs socioéconomiques retenus aux fins de comparaison rendent compte de variations très inégales. Dans Lanaudière, c'est avec le revenu que les écarts entre les deux populations situées aux extrêmes de l'échelle de revenu (1er quintile versus le 5^{e} quintile) semblent être les plus importants quant au cumul d'habitudes de vie (pour les deux sexes réunis). À cet égard, la scolarité et l'indice composite de statut socioéconomique suivent dans l'ordre. Certains diront que cela n'est guère surprenant, car l'indicateur de revenu distribue la population en cinq quintiles, alors que les deux autres indicateurs regroupent les personnes de 25-74 ans en seulement deux catégories. Pourtant, les données de l'ensemble du Québec montrent que les différences les plus accentuées sont plutôt observées avec la scolarité, alors que le revenu et l'indice composite de statut socioéconomique se situent respectivement au second et troisième rang. Cette distinction

entre Lanaudière et le Québec pourrait s'expliquer par la plus grande volatilité des pourcentages lanaudois en raison du faible nombre de répondants. Il est aussi possible que l'association entre la scolarité et l'adoption de certaines habitudes de vie soit moins forte dans Lanaudière qu'au Québec.

Les inégalités socioéconomiques quant à l'adoption cumulée d'habitudes de vie, qu'elles soient défavorables ou favorables à la santé, semblent être plus importantes chez les femmes que chez les hommes. Ce constat s'applique au revenu, à la scolarité et à l'indice composite de statut socioéconomique pour les deux territoires considérés, soit Lanaudière et le Québec. C'est avec le revenu que les différences sont les plus grandes chez les Lanaudoises, alors que c'est plutôt avec la scolarité qu'elles sont observées chez l'ensemble des Québécoises. Chez les Lanaudois et les Québécois, c'est avec la scolarité que les écarts sont les plus grands.

Les inégalités socioéconomiques quant au cumul d'habitudes de vie ont-elles diminué au cours des dernières années? Oui et non, selon l'indicateur socioéconomique considéré. Dans Lanaudière comme au Québec, elles semblent avoir diminué pour le revenu et l'indice composite de statut socioéconomique. Pour la scolarité, par contre, les inégalités semblent être restées les mêmes dans Lanaudière, alors qu'elles pourraient s'être accrues au Québec.

Un phénomène connu, mais peu documenté

Le cumul d'habitudes de vie défavorables ou favorables à la santé est un phénomène qui n'est pas nouveau, car plusieurs études en ont déjà fait état (Blanchet et autres, 2016). L'existence d'écarts quant au cumul d'habitudes de vie défavorables ou favorables à la santé en lien avec le statut socioéconomique est par contre beaucoup moins documentée. Une recherche Internet, assurément non exhaustive, a permis de retracer deux publications canadiennes abordant ce sujet.

Une première étude, menée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), confirme l'existence d'un lien entre le cumul de facteurs de risque pour la santé (sédentarité, tabagisme, excès de poids, tabagisme et consommation excessive d'alcool) et le statut socioéconomique avec les données de l'ESCC de 2003 et de 2005 (ICIS, 2008). La présence cumulée d'au moins trois facteurs de risque passe ainsi de 11 % chez les personnes ayant un statut socioéconomique élevé, à 17 % parmi celles dont le statut est faible. Ces pourcentages ne sont toutefois pas comparables à ceux de la section précédente du fascicule, car la population ciblée et les habitudes de vie retenues ne sont pas les mêmes. Une seconde étude, réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec avec des données de l'enquête thématique *Vieillissement en santé 2008-2009* de l'ESCC, établit un lien entre la présence cumulée d'habitudes de vie défavorables à la santé et la multiplicité de problèmes de santé chroniques au sein de la population québécoise de 65 ans et plus. Or, l'étude fait état de l'étroite relation entre une multimorbidité plus élevée et une faible scolarité ou un faible revenu du ménage (Blanchet et autres, 2016).

Limites de l'étude

Même si les résultats obtenus sont probants, la présente étude n'est pas exempte de certaines limites. Tout d'abord, elle ne couvre pas toutes les habitudes de vie, car leur sélection est assujettie aux données produites dans le cadre de l'ESCC. C'est le cas, entre autres, de la consommation de drogues et de malbouffe. De plus, pour certaines habitudes de vie, les indicateurs retenus font référence à la fréquence plutôt qu'à la quantité. Les données de l'ESCC ne permettent pas de faire la différence entre la prise d'une seule consommation d'alcool tous les jours et le fait de prendre de grandes quantités d'alcool plusieurs fois par semaine.

Les indicateurs retenus font référence, dans la plupart des cas, à des habitudes de vie adoptées pendant une courte période (un an ou moins). Ils ne prennent donc pas en considération les effets à long terme de certaines habitudes vie (ex. : actif physiquement depuis trois mois, mais auparavant inactif pendant 15 ans).

Seul un mince spectre des déterminants de la santé est considéré dans l'étude. Il n'y a aucun déterminant psychosocial et elle ne tient pas compte de l'environnement physique et social des individus. Il faut retenir que la santé d'une personne est influencée par ses caractéristiques individuelles, ses milieux de vie, les systèmes sociaux, économiques, etc., et le contexte global de la société dans laquelle elle vit (MSSS, 2012b).

Les données utilisées étant issues d'une enquête, leur précision pourrait avoir été amoindrie par la non-réponse partielle (ex. : plus de 10 % pour le revenu du ménage en 2009-2010) et le nombre peu élevé de répondants lanaudois. Cela a obligé le regroupement des catégories socioéconomiques, ce qui simplifie artificiellement la réalité de la région. Il en a été de même pour le cumul des habitudes de vie (regroupement des catégories 0 et 1).

Les écarts entre les personnes avec un faible statut socioéconomique et celles dont le statut est plus favorable quant au cumul des habitudes de vie sont atténués par la présence de l'indicateur traitant de la consommation d'alcool. La non-consommation d'alcool et sa consommation à faible fréquence sont plus répandues chez les personnes dont le statut socioéconomique est faible. Cette relation est contraire à celles observées pour la faible consommation de fruits et de légumes, la sédentarité et le tabagisme.

Il faut enfin retenir que l'étude présente des données qui offrent peu de recul chronologique (2007 à 2014), ce qui fragilise un peu les constats quant à l'évolution des inégalités socioéconomiques associées au cumul des habitudes de vie. Les tendances observées vont-elles se maintenir au cours des années à venir?

Ces limites incitent certes à aborder les résultats de l'étude avec une certaine prudence. Mais, il importe de le souligner, elles ne remettent nullement en question l'étroite association entre le statut socioéconomique et l'adoption simultanée de plusieurs habitudes de vie défavorables ou favorables à la santé.

Pourquoi ces différences?

L'adoption d'habitudes de vie est fortement influencée « par le milieu socioéconomique dans lequel les gens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent » (ASPC, 2013, p. 8). Ainsi, un revenu, une scolarité et une situation sociale plus élevés contribuent à une meilleure maîtrise de ses conditions de vie et des situations génératrices de stress. Une mauvaise gestion des épisodes de stress est propice à l'adoption d'habitudes de vie défavorables à la santé telles que la mauvaise alimentation, le tabagisme et la consommation abusive d'alcool (Statistique Canada, 2015).

Un statut socioéconomique plus élevé est associé à une meilleure capacité d'agir, un plus grand contrôle de sa vie, un meilleur pouvoir discrétionnaire, tout en permettant d'améliorer la capacité de se renseigner et de comprendre l'information (ASPC, 2013). Tous ces facteurs contribuent à réduire le risque d'adopter des habitudes de vie défavorables à la santé. Ils favorisent aussi le choix de comportements favorables à la santé. La compréhension inégale de l'information relative aux risques pour la santé associés à certaines habitudes de vie et l'utilisation variable des services de prévention ou d'abandon (du tabagisme, par exemple) pourraient aussi expliquer, en partie, les différences quant à l'adoption de plusieurs habitudes de vie défavorables à la santé chez les personnes moins favorisées au plan socioéconomique.

Enfin, il ne faut pas négliger un aspect important, soit celui de l'insuffisance de moyens financiers chez les personnes ayant un faible statut socioéconomique. Cela peut rendre plus difficiles l'accès suffisant et régulier à une saine alimentation et la possibilité de faire des activités physiques de loisir (achat d'équipements, abonnement dans un centre d'entraînement, déplacement vers un centre sportif, etc.).

Qu'est-ce que cela implique pour le réseau de la santé?

Il est reconnu que certaines habitudes de vie exercent une forte influence sur la santé des individus. Elles sont étroitement associées à plus d'une maladie chronique (Blanchet et autres, 2016; Fortin et autres, 2014; Elwood et autres, 2012; Azzou et autres, 2011). C'est le cas notamment de la consommation de fruits et de légumes, de l'activité physique, du tabagisme et de la consommation d'alcool. Lorsqu'elles sont cumulées, leurs effets sont encore plus grands sur la santé.

Il a été démontré que l'augmentation du nombre d'habitudes de vie favorables à la santé va de pair avec la diminution du risque de diabète, de maladies cardiovasculaires et de mortalité prématurée (Elwood et autres, 2012; Kvaavik et autres, 2010; Knoops et autres, 2004). À l'inverse, la combinaison simultanée d'habitudes de vie défavorables à la santé augmente le risque de maladie chronique, de mortalité et de limitation d'activités (Sabia et autres, 2012; FMCC, 2003), ainsi que le risque de multimorbidité (Fortin et autres, 2014). Le cumul d'habitudes de vie défavorables à la santé peut donc avoir un impact important quant à la demande de services de santé puisqu'il favorise une incidence accrue des maladies chroniques. Inversement, le cumul d'habitudes de vie favorables à la santé peut contribuer à un recul de cette incidence, et par conséquent, de la demande de services de santé.

CONCLUSION

> « 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 l'on habite. » (Bégin, Ouellet et Cadieux, 2007, p. 7)

Les ISS résultent, entre autres, de l'adoption d'habitudes de vie défavorables à la santé ou de l'absence d'un nombre suffisant d'habitudes de vie qui lui sont favorables. Le cumul d'habitudes de vie ne fait qu'exacerber ces inégalités.

Dans Lanaudière, comme au Québec, le cumul d'habitudes de vie défavorables à la santé est plus répandu chez les personnes avec un faible statut socioéconomique, alors que la situation est inverse pour celles qui sont favorables à la santé. À la lumière des résultats présentés dans ce fascicule, les optimistes pourront certes insister sur un probable recul des inégalités socioéconomiques quant au cumul simultané d'habitudes de vie défavorables ou favorables à la santé. Mais, il ne faudrait surtout pas oublier que les écarts quant à l'adoption de plusieurs habitudes de vie sont encore beaucoup trop grands entre les strates socioéconomiques.

Cela implique, tel que souligné dans le *Programme national de santé publique 2015-2025*, la nécessité « d'intensifier les efforts de mise en œuvre des services auprès de populations vulnérables pour répondre à leurs besoins particuliers; mettre en place des mesures d'atténuation au besoin, lorsque les services ont un impact négatif sur les populations vulnérables et qu'ils peuvent accentuer les inégalités sociales de santé »(MSSS, 2015, p. 59).

Il ne faudrait pas oublier que la réduction des ISS interpelle aussi tous les acteurs de la société, car elle passe, entre autres, par l'obtention d'un diplôme scolaire (ex. : diminution du décrochage scolaire), la création d'emplois de qualité (stables, bien rémunérés, favorisant l'estime de soi, etc.) ainsi que le maintien et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas?*, Ottawa, ASPC, 2013, 14 p. (site Web consulté en avril 2016 au www.phac-aspc.ca)

AZZOU, Sadoune Ait Kaci, Édith BERGERON, James MASSIE (coll.), Valérie JARRY (coll.) et Danielle BLANCHARD (coll.). (sous la direction de Carl DROUIN). *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé. Le chemin parcouru. Cahier des méthodes applicables à la mesure des inégalités sociales de santé*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal, 2011, 39 p.

BÉGIN, Claude, Lise OUELLET et Élizabeth 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.

BLANCHET, Carole, Denis HAMEL, Patricia LAMONTAGNE, Benoit LASNIER, Bertrand NOLIN et Sébastien TESSIER. *Facteurs favorables à la santé et problèmes de santé chroniques chez les aînés québécois*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, 2016, 32 p.

COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (CDSS). *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009, 252 p.

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

ELWOOD, Peter, Julieta GALANTE, Janet PICKERING, Stephen PALMER, Antony BAYER, Yoav BEN-SHLOMO, Marcus LONGLEY et John GALLACHER. Healthy Lifestyle Reduce the Incidence of Chronic Diseases and Dementia: Evidence from the Caerphilly Cohort Study, *PLoS ONE*, volume 8, n° 12, décembre 2013, e81877, 7 p. (site Web consulté en juillet 2016 au www.plosone.org)

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA (FMCC). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003*, Ottawa, FMCC en collaboration avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada et la Société canadienne de Cardiologie, 2003, 75 p.

FORTIN, Martin, Jeannie HAGGERTY, José ALMIRALL, Tarek BOUHALI, Maxime SASSEVILLE et Martin LEMIEUX. Lifestyle Factors and Multimorbidity: A cross Sectional Study, *BMC Public Health*, volume 14, n° 686, 2014, 8 p. (site Web consulté en juillet 2016 au www.biomedcentral.com/1471-2458/14/686)

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, Ottawa, ICIS, 2008, 149 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Situation des personnes dans les ménages et dans les familles selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2011*, Québec, ISQ, 2013. (site Web consulté en juillet 2016 au www.stat.gouv.qc.ca)

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (INPES). *Inégalités sociales de santé. Définition et concepts du champ*, 2015. (site Web consulté en septembre 2016 au www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/situation.asp)

KNOOPS, K.T., L.C. DE GROOT, D. KROMHOUT, A.E. PERRIN, O. MAREIRAS-VARELA, A. MENOTTI et W.A. VAN STAVEREN. Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women: The HALE Project, *The Journal of the American Medical Association*, volume 292, n° 12, 22 septembre 2004, p. 1433-1439 (site Web consulté en juin 2016 au www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15383513)

KVAAVIK, Elisabeth, David BATTY, Giske URSIN, Rachel HUXLEY et Catharine R. GALE. Influence of Individual and Combined Health Beahaviors on Total and Cause-Specific Mortality in Men and Women, *Archives of Internal Medicine*, volume 170, n° 8, 26 avril 2010, p. 711-718. (site Web consulté en juillet 2016 au www.archinternmed.com)

LAMBERT, Roseline, Julie ST-PIERRE, Lucie LEMIEUX, Maude CHAPADOS, Geneviève LAPOINTE, Pierre BERGERON, Robert CHOINIÈRE, Marie-France LEBLANC et Geneviève TRUDEL. *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Vice-présidence aux affaires scientifiques, 2014, 96 p.

LAPOINTE, France, et Robert COURTEMANCHE. *Avis méthodologique pour la combinaison de plusieurs cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, 2007, 9 p.

LEMIRE, Louise. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Comment les inégalités sociales influencent la santé. Comprendre la naissance et le développement des inégalités sociales de santé*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016, 32 p.

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, 2010, 40 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population,* Québec, MSSS, Direction des communications, 2016, 100 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, MSSS, Direction des communications, 2015, 84 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, Québec, MSSS, Québec en Forme et Institut national de santé publique du Québec, gouvernement du Québec, 2012a, 25 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, MSSS, Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique, 2012b, 24 p.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL, Carolyne ALIX, Maude LANDRY et collaborateurs. *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec. Suivre les inégalités sociales de santé au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Vice-présidence aux affaires scientifiques, 2013, 83 p.

PÉREZ, Claudio E. Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque?, *Rapports sur la santé*, numéro 82-003 au catalogue, volume 16, n° 1, octobre 2004, p. 9-16.

SABIA, Severine, Archana SINGH-MANOUX, Gareth HAGGER-JOHNSON, Emmanuelle CAMBOIS, Eric J. BRUNNER et Mika KIVIMAKI. Influence of Individual and Combined Healthy Behaviours on Successful Aging, *Canadian Medical Association Journal*, volume 184, n° 18, 11 décembre 2012, p. 1985-1992.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC)*, Ottawa, Statistique Canada, 2016, 9 p. (site Web consulté en juin 2016 au www.statcan.gc.ca)

STATISTIQUE CANADA. *Stress perçu dans la vie, 2014*, Ottawa, Statistique Canada, 2015, 3 p. (site Web consulté en juillet 2016 au www.statcan.gc.ca)

STATISTIQUE CANADA. Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, *Rapports sur la santé*, numéro 82-003-XPF au catalogue, volume 20, n° 1, mars 2009, p. 59-65.

ANNEXE

Tableau A1

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon le statut socioéconomique, le groupe d'âge et le sexe, Lanaudière et le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Lanaudière						
Statut socioéconomique faible						
25-44 ans	32,6	36,1	34,1	28,9	33,0	30,5
45-64 ans	42,0	41,9	41,9	43,3	35,9	40,3
65-74 ans	25,5	22,0	24,0	27,8	31,2	29,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Statut socioéconomique moyen ou élevé						
25-44 ans	45,5	43,5	44,5	43,4	43,0	43,2
45-64 ans	47,5	47,6	47,5	46,2	47,8	47,0
65-74 ans	7,0	8,9	8,0	10,3	9,3	9,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Le Québec						
Statut socioéconomique faible						
25-44 ans	37,2	39,7	38,3	34,8	37,7	36,1
45-64 ans	39,0	40,3	39,6	38,8	41,0	39,8
65-74 ans	23,8	20,0	22,1	26,3	21,3	24,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Statut socioéconomique moyen ou élevé						
25-44 ans	45,0	44,4	44,7	42,4	42,4	42,4
45-64 ans	46,7	46,3	46,5	46,5	45,5	46,0
65-74 ans	8,4	9,3	8,9	11,1	12,1	11,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A2

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon certains indicateurs socioéconomiques et le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014		
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Revenu du ménage						
Quintile 1 (faible)	20,2	16,1	18,2	19,6	15,7	17,6
Quintile 2	20,1	18,3	19,2	20,0	17,6	18,8
Quintile 3	19,7	20,2	20,0	20,2	20,4	20,3
Quintile 4	20,4	22,0	21,2	20,6	22,5	21,5
Quintile 5 (élevé)	19,6	23,4	21,5	19,7	23,8	21,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Plus haut niveau de scolarité atteint dans le ménage						
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	22,6	21,1	21,8	21,6	20,3	20,9
Avec diplôme d'études postsecondaires	77,4	78,9	78,2	78,4	79,7	79,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Indice composite de statut socioéconomique						
Statut faible	26,1	21,5	23,8	25,8	21,0	23,4
Statut moyen ou élevé	73,9	78,5	76,2	74,2	79,0	76,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

[1] Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.

Notes : Sauf pour le revenu du ménage pour lequel des tests de comparaison n'ont pas été effectués, les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A3

Proportion de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé ayant certaines habitudes de vie défavorables à la santé selon le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014					
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes		Hommes		Sexes réunis	
Habitudes de vie défavorables à la santé									
Consommation de fruits et de légumes moins de cinq fois par jour	40,4	58,7	49,4	44,8	↑	64,4	↑	54,5	↑
Sédentaire dans la pratique des activités physiques de loisir et de transport au cours des trois derniers mois	53,8	47,8	50,8	49,8	↓	47,0		48,4	↓
Fumeur actuel de la cigarette (tous les jours ou à l'occasion)	23,2	27,4	25,3	20,7	↓	25,4	↓	23,1	↓
Non-fumeur exposé à la fumée du tabac à la maison	6,8	8,3	7,5	4,7	↓	5,8	↓	5,2	↓
Consommation d'alcool au moins quatre fois par semaine au cours des douze derniers mois	11,9	22,3	17,0	11,9		22,1		17,0	
Indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé									
Aucune/une habitude de vie	59,9	48,7	54,4	60,5		47,7		54,1	
Deux habitudes de vie	27,1	31,9	29,5	28,1		33,8		30,9	
Trois habitudes de vie ou plus	12,9	19,4	16,2	11,3	↓	18,5		14,9	↓
Total	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0		100,0	

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A4

Proportion de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé ayant certaines habitudes de vie favorables à la santé selon le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	2007-2010			2011-2014					
	Femmes	Hommes	Sexes réunis	Femmes		Hommes		Sexes réunis	
Habitudes de vie favorables à la santé									
Consommation de fruits et de légumes au moins cinq fois par jour	59,6	41,3	50,6	55,2	↓	35,6	↓	45,5	↓
Actif ou modérément actif dans la pratique des activités physiques de loisir et de transport au cours des trois derniers mois	46,2	52,2	49,2	50,2	↑	53,0		51,6	↑
Non-fumeur de la cigarette à vie	33,6	26,1	29,9	35,0		27,1		31,0	
Non-fumeur non exposé à la fumée du tabac à la maison	93,2	91,7	92,5	95,3	↑	94,2	↑	94,8	↑
Aucune consommation d'alcool au cours des douze derniers mois	16,5	11,9	14,2	16,7		12,7		14,7	
Indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé									
Aucune/une habitude de vie	27,1	36,9	32,0	25,5	↓	36,7		31,1	
Deux habitudes de vie	29,5	30,4	29,9	29,9		31,2		30,5	
Trois habitudes de vie ou plus	43,3	32,8	38,1	44,6		32,0		38,4	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0		100,0	

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A5

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon les niveaux de revenu et de scolarité du ménage, l'indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé et le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé							
	2007-2010				2011-2014			
	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total
Revenu du ménage								
Femmes								
Quintile 1 (faible)	51,6	30,7	17,7	100,0	52,5	32,0	15,5	100,0
Quintile 5 (élevé)	66,8	23,1	10,1	100,0	66,0	24,8	9,3	100,0
Hommes								
Quintile 1 (faible)	41,5	33,6	24,9	100,0	43,8	35,9	20,3 ↓	100,0
Quintile 5 (élevé)	54,0	29,0	17,0	100,0	52,6	31,3	16,2	100,0
Sexes réunis								
Quintile 1 (faible)	47,1	32,0	20,9	100,0	48,7	33,7	17,6 ↓	100,0
Quintile 5 (élevé)	59,8	26,3	13,9	100,0	58,7	28,3	13,0	100,0
Scolarité du ménage								
Femmes								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	49,7	31,9	18,3	100,0	49,1	32,8	18,1	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	62,6	26,0	11,4	100,0	63,7	27,0	9,3 ↓	100,0
Hommes								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	38,2	34,5	27,3	100,0	37,5	35,5	27,0	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	51,7	31,1	17,2	100,0	50,3	33,2	16,5	100,0
Sexes réunis								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	44,3	33,1	22,6	100,0	43,6	34,1	22,3	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	57,1	28,5	14,3	100,0	57,0	30,1 ↑	12,9 ↓	100,0

[1] Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul d'habitudes de vie, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A6

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon l'indice composite de statut socioéconomique, l'indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé et le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite d'habitudes de vie défavorables à la santé							
	2007-2010				2011-2014			
	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total
Indice composite de statut socioéconomique								
Femmes								
Statut faible	51,4	30,8	17,8	100,0	52,6	32,2	15,2	100,0
Statut moyen ou élevé	62,6	26,0	11,4	100,0	63,3	26,7	10,0 ↓	100,0
Hommes								
Statut faible	41,0	33,7	25,4	100,0	43,4	34,5	22,0 ↓	100,0
Statut moyen ou élevé	50,8	31,1	18,1	100,0	49,0	33,4 ↑	17,6	100,0
Sexes réunis								
Statut faible	46,7	32,1	21,2	100,0	48,5	33,2	18,2 ↓	100,0
Statut moyen ou élevé	56,5	28,7	14,9	100,0	56,0	30,1	13,9	100,0

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul d'habitudes de vie, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A7

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon les niveaux de revenu et de scolarité du ménage, l'indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé et le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé							
	2007-2010				2011-2014			
	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total
Revenu du ménage								
Femmes								
Quintile 1 (faible)	32,9	29,1	38,0	100,0	32,5	24,9 ↓	42,6 ↑	100,0
Quintile 5 (élevé)	21,3	29,0	49,6	100,0	19,9	28,6	51,6	100,0
Hommes								
Quintile 1 (faible)	42,8	27,8	29,4	100,0	40,1	28,7	31,2	100,0
Quintile 5 (élevé)	29,9	31,0	39,0	100,0	29,3	33,3	37,4	100,0
Sexes réunis								
Quintile 1 (faible)	37,3	28,5	34,2	100,0	35,8	26,6	37,6 ↑	100,0
Quintile 5 (élevé)	26,1	30,1	43,8	100,0	25,0	31,1	43,8	100,0
Scolarité du ménage								
Femmes								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	35,2	30,0	34,8	100,0	36,0	28,8	35,2	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	24,6	29,4	46,0	100,0	22,2 ↓	30,1	47,7	100,0
Hommes								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	49,3	28,3	22,4	100,0	48,3	28,9	22,8	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	32,8	30,9	36,3	100,0	33,1	32,1	34,8	100,0
Sexes réunis								
Sans diplôme d'études postsecondaires[1]	41,9	29,2	28,9	100,0	41,9	28,9	29,2	100,0
Avec diplôme d'études postsecondaires	28,7	30,2	41,2	100,0	27,6	31,1	41,3	100,0

[1] Sans diplôme d'études secondaires, avec seulement un diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires sans l'obtention d'un diplôme.

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul d'habitudes de vie, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Tableau A8

Répartition de la population de 25-74 ans vivant dans un ménage privé selon l'indice composite de statut socioéconomique, l'indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé et le sexe, le Québec, 2007-2010 et 2011-2014 (%)

	Indice composite d'habitudes de vie favorables à la santé							
	2007-2010				2011-2014			
	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total	Aucune/une habitude de vie	Deux habitudes de vie	Trois habitudes de vie ou plus	Total
Indice composite de statut socioéconomique								
Femmes								
Statut faible	33,5	28,5	38,0	100,0	32,5	26,3	41,1	100,0
Statut moyen ou élevé	24,9	29,7	45,3	100,0	22,8 ↓	31,1	46,1	100,0
Hommes								
Statut faible	43,8	28,2	28,1	100,0	41,4	28,3	30,3	100,0
Statut moyen ou élevé	34,3	30,9	34,8	100,0	34,9	32,3	32,7 ↓	100,0
Sexes réunis								
Statut faible	38,2	28,3	33,5	100,0	36,5	27,2	36,3 ↑	100,0
Statut moyen ou élevé	29,8	30,3	39,9	100,0	29,0	31,7 ↑	39,3	100,0

Notes : Les pourcentages de la période 2011-2014 accompagnés par une flèche ont diminué (↓) ou augmenté (↑) par rapport à la période 2007-2010, au seuil de 5 %.
Les pourcentages inscrits dans une cellule grisée sont significativement différents entre les deux statuts socioéconomiques pour une même période, un même sexe et un même cumul d'habitudes de vie, au seuil de 5 %.
Les totaux peuvent différer de la somme de leurs parties en raison des arrondis.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, FMGD, 2009.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, FMGD version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012*, numéro 82M0013XCB-2013000 au catalogue, 2013.
Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014*, numéro 82M0013XCB-2016001 au catalogue, 2016.

Dans la série

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

(en date de décembre 2016)

Comment les inégalités socioéconomiques influencent la santé. Comprendre la naissance et le développement des inégalités sociales de santé.
(Louise Lemire, 2016)

Statut socioéconomique et multimorbidité.
(André Guillemette, 2016)

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec