

La santé recherchée

Bulletin d'information sur l'état de santé de la population nord-côtière

Volume 12 Numéro 3

Mars 2014



Quelques déterminants modifiables du cancer au regard des habitudes de vie des adultes nord-côtiers : ce que nous apprend l'Enquête Santé Côte-Nord 2010

Présentation

Ce numéro de La santé recherchée¹ présente certaines données statistiques touchant quelques déterminants modifiables du cancer. Plus spécifiquement, il est question d'habitudes de vie considérées comme des facteurs de risque à la survenue de cette maladie chronique : le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité, l'excès de poids et la consommation d'alcool². L'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (ESCN) constitue la source principale des données rapportées, complétées par des informations tirées de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005 au sujet de la consommation de fruits et légumes.

Résultats

Le tabagisme

Le tabagisme est lié à plusieurs types de cancer, mais principalement à celui du poumon. Dans la population globale, le cancer du poumon serait directement attribuable à l'usage du tabac dans 82 % des cas environ³. Selon cette même source, le tabagisme serait relié à environ 69 % des cancers de l'œsophage et à 67 % des cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx. Le tabagisme passif, c'est-à-dire l'exposition à la fumée secondaire de la cigarette des autres, constitue aussi un facteur de risque de cancer du poumon.

La plupart des questions de l'ESCN 2010 sur le tabagisme ont été empruntées à l'ESCC ou à l'Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada (ESUTC). La question suivante a été adressée à chacun des répondants :

- *SMK01 : Les prochaines questions portent sur l'usage du tabac. Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?*

1. Les informations sont tirées d'un document à paraître *Portrait de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord – Maladies chroniques : le cancer*.
2. Pour une présentation plus élaborée des facteurs de risque, voir : THERRIAULT, Yves. « Incidence du cancer sur la Côte-Nord : 1984-1988 à 2004-2008 », dans La santé recherchée, Vol. 12, N° 1, Mars 2014. Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Direction de santé publique). Disponible sur le site Web de l'Agence à l'adresse : <http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Default.aspx?section=static&id=717>.
3. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking : A Report of the Surgeon General (2004) cité par KRUEGER, H., and Associates Inc. *Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada*, Mai 2008, p. 10.

Dans un premier temps, la population nord-côtière de 18 ans et plus a été répartie selon le type d'usage de la cigarette. Trois catégories ont été définies : les gens qui fument tous les jours, peu importe le nombre de cigarettes consommées, sont considérés comme des fumeurs réguliers; les fumeurs occasionnels sont ceux qui fument moins souvent que tous les jours; enfin, les non-fumeurs regroupent les individus qui ne fumaient plus au moment de l'enquête de même que les personnes qui n'ont jamais fumé.

Le lecteur doit prendre en considération que, pour diverses raisons d'ordre méthodologique, les résultats de l'ESCN 2010 ne peuvent pas être directement comparés à ceux d'autres enquêtes fédérales ou québécoises.

Enfin, puisque l'usage du tabac est autorapporté, il est possible que, par désirabilité sociale, on se retrouve avec une certaine sous-déclaration, en considérant que la question a été posée dans le cadre d'une enquête portant spécifiquement sur la santé. Cependant, le taux de non-réponse partielle à la question sur l'usage du tabac est extrêmement faible (moins de 1 %).

La situation régionale en 2010

Selon les résultats de l'ESCN 2010, dans l'ensemble de la région, une personne sur cinq (19 %) affirme fumer la cigarette à tous les jours et environ 6 % le font occasionnellement. En conséquence, la proportion régionale de fumeurs réguliers ou occasionnels chez les adultes s'élève donc à 25 % (tableau 1), ce qui correspond à quelque 17 400 personnes (donnée non présentée)⁴.

Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Dans les réseaux locaux de services (RLS), le pourcentage de la population de 18 ans ou plus qui fait usage de cigarettes sur une base quotidienne ou occasionnelle varie de 24 %⁵ (Manicouagan et Sept-Îles) à 29 % (Port-Cartier). Dans une perspective régionale, on observe qu'aucun territoire de RLS ne se différencie significativement du reste de la Côte-Nord en vertu des tests statistiques réalisés en tenant compte des comparaisons multiples⁶. En revanche, la situation se présente autrement lorsqu'on fait abstraction des comparaisons multiples, ce qui serait le cas, par exemple, dans une étude portant spécifiquement sur un RLS par rapport au reste de la Côte-Nord. Dans ce contexte, le RLS de Port-Cartier enregistre une proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels significativement plus élevée que le reste de la Côte-Nord (29 % c. 24 %).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à fumer sur une base régulière ou occasionnelle (27 % c. 23 %). Le nombre estimé de fumeurs chez les hommes nord-côtiers s'établit à environ 9 600 comparativement à 7 800 chez les femmes (données non présentées).

4. Le nombre estimé de personnes est arrondi selon les pratiques de Statistique Canada. Le nombre estimé de personnes n'est toutefois pas corrigé pour la non-réponse partielle, contrairement aux pratiques recommandées par l'Institut de la statistique du Québec. Par conséquent, il peut comporter un léger biais.

5. Afin d'alléger le texte, les proportions égales ou supérieures à 5 % sont arrondies à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les tableaux.

6. En termes statistiques, dans une perspective régionale, il faut tester l'hypothèse nulle selon laquelle « aucun RLS n'est différent du reste de la Côte-Nord » versus l'hypothèse alternative « au moins un RLS est différent du reste de la Côte-Nord ». Pour s'assurer que le test statistique s'effectue globalement au seuil de 5 %, il faut employer une des corrections possibles, soit celle de Bonferroni dans le cas présent. Celle-ci permet de tenir compte de la multiplicité des comparaisons et de réduire les risques de trouver une différence significative par hasard. Ainsi, chacune des catégories (en l'occurrence les RLS) est comparée au reste de la Côte-Nord sur la base d'un seuil ajusté de 0,71 % (soit 5 % divisé par 7, puisque 7 territoires de RLS sont retenus dans l'ESCN). Si on trouve au moins une comparaison ajustée significative, sur la base de la correction de Bonferroni, on peut conclure que le test global est significatif. L'hypothèse nulle est ainsi rejetée. On peut ensuite chercher la ou les sources de cette différence au seuil usuel de 5 %. Adapté de l'Institut de la statistique du Québec en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 1.1, 2.1, 3.1 et 2007-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 45-46 et Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique du Québec (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, p. 55.

Les variations selon certains comportements ou certaines conditions physiques

Le taux de tabagisme s'avère plus élevé chez les gens sédentaires durant leurs loisirs que chez les gens actifs (34 % c. 22 %). Les données indiquent que le tabagisme constitue une habitude de vie plus répandue chez les non-consommateurs d'alcool que chez les buveurs réguliers⁷ (29 % c. 23 %). En revanche, la prévalence du tabagisme chez ceux qui ont une consommation élevée d'alcool⁸ ressemble à celle observée chez les non-buveurs (31 % c. 29 %). Le tabagisme est aussi plus fréquent parmi les individus ayant un poids normal que chez les personnes ayant un surplus de poids (embonpoint ou obésité; 29 % c. 23 %) (données non présentées).

Ce taux est aussi plus haut parmi les personnes asthmatiques que dans le reste de la population régionale (32 % c. 24 %). Par contre, on compte proportionnellement moins de fumeurs au sein de la population souffrant d'hypertension artérielle que chez ceux qui ne sont pas confrontés à cette maladie chronique (19 % c. 26 %). Les résultats ne permettent pas de déceler de différence significative, au plan statistique, entre les diabétiques et les non-diabétiques (21 % c. 25 %) (données non présentées).

La sédentarité

La sédentarité constitue un facteur de risque de certains cancers dont les cancers du sein et du côlon. Des études scientifiques démontrent que l'activité physique serait associée à une diminution du risque du cancer du côlon et du sein⁹ indépendamment d'autres facteurs¹⁰.

Pour la première fois dans le cadre de l'Enquête Santé Côte-Nord, les Nord-Côtiers ont été interrogés sur leur pratique d'activités physiques pendant leurs temps libres. Lors de deux enquêtes précédentes (2000 et 2005), les questions portaient sur les facteurs ou obstacles pouvant les limiter ou les empêcher de s'adonner à de l'activité physique.

- *ACP01 : Passons maintenant à l'activité physique. Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des 12 derniers mois? Les sept choix de réponse étaient : Aucune fois, environ 1 fois par mois, environ 2 à 3 fois par mois, environ 1 fois par semaine, environ 2 fois par semaine, environ 3 fois par semaine, 4 fois par semaine et plus.*

La situation régionale en 2010

Les données recueillies indiquent que 27 % de la population régionale est sédentaire dans ses temps libres. Pour les fins de l'ESCN 2010, nous avons considéré comme sédentaire, la personne qui, à raison de moins d'une fois par semaine, s'adonne à de l'activité physique pendant une durée minimale de 20 à 30 minutes par séance dans l'année précédant l'enquête. À l'inverse, plus de 7 individus sur 10 (73 %) sont considérés comme actifs puisqu'ils affirment faire de l'activité physique à ce niveau d'intensité au moins une à deux fois hebdomadairement (données non présentées). À noter, cependant, qu'une personne sédentaire durant ses temps libres peut quand même être active physiquement dans d'autres circonstances. C'est le cas, notamment, si elle a un travail comportant des exigences physiques élevées. Cependant, la proportion de travailleurs qui mentionnent avoir un emploi physiquement exigeant est comparable chez les gens sédentaires et chez les personnes actives durant leurs loisirs (29 % c. 28 %, données non présentées).

7. Le consommateur régulier d'alcool est la personne qui, dans les 12 mois précédant l'enquête, a pris de l'alcool selon une fréquence allant d'une fois par mois à tous les jours.

8. Le concept de « consommation élevée » est expliqué à la section sur la consommation d'alcool.

9. LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec*, Vol. 40, N° 10, Octobre 2005, p. 53.

10. *Ibid.*, p. 54.

Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

C'est en Minganie où la proportion d'individus sédentaires s'avère la plus élevée (32 %); à l'inverse, le pourcentage le plus faible est enregistré dans le territoire du RLS de Caniapiscau (CSSS de l'Hématite) (20 %). Les autres territoires de RLS ne se différencient pas significativement du reste de la Côte-Nord.

L'enquête ne permet pas de détecter de variation significative selon le sexe. En effet, la proportion de personnes sédentaires chez les hommes (27 %) se compare à celle observée au sein de la population féminine (26 %) (données non présentées).

Sans surprise, les données démontrent que plus on avance en âge, plus on est sédentaire. Alors qu'une personne sur cinq chez les 18 à 29 ans (20 %) se retrouve dans la catégorie regroupant les individus insuffisamment actifs, c'est le cas de 25 % des 30 à 44 ans, de 27 % des personnes âgées de 45 à 64 ans et de 35 % des aînés de 65 ans ou plus (données non présentées).

Les variations selon certains comportements ou certaines conditions physiques

D'après l'enquête, les fumeurs nord-côtiers manifestent une plus forte propension à être sédentaires que les non-fumeurs (36 % c. 24 %) (données non présentées).

Les personnes qui affichent un surplus de poids sont plus sédentaires que les individus de poids normal (29 % c. 23 %) (données non présentées).

Les personnes asthmatiques tendent à être plus sédentaires que les non-asthmatiques (30 % c. 26 %), mais l'écart entre les deux groupes ne se révèle pas significatif. Par contre, le taux de sédentarité affiché par les personnes atteintes d'hypertension artérielle est significativement plus élevé que celui observé chez les personnes qui ne sont pas hypertendues (32 % c. 25 %). Le même constat se dégage de l'analyse des résultats concernant les diabétiques en regard des non-diabétiques (39 % c. 26 %) (données non présentées).

L'obésité

Le surplus de poids (embonpoint et obésité), mais plus particulièrement l'obésité, sont aussi associés au cancer. En fait, l'obésité accroîtrait le risque d'être atteint d'un cancer de l'œsophage, du côlon et du rectum, du rein, du pancréas et, chez les femmes, d'un cancer du sein et de l'endomètre¹¹. Chez les femmes obèses, le risque de cancer de l'endomètre serait deux à trois fois plus élevé¹².

À partir des questions sur la taille et le poids, les données de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 ont permis de déterminer l'indice de masse corporelle (IMC). Celui-ci est calculé en divisant le poids par la taille au carré (kg/m²), en excluant les femmes enceintes. De cet indice, il est possible d'estimer la proportion de la population aux prises avec un surplus de poids (embonpoint et obésité). Pour les fins de ce texte, un autre traitement statistique de la banque de données a été réalisé pour obtenir la proportion de personnes obèses. Les catégories de l'IMC reposent sur la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2003.

Tout comme dans le cas d'autres enquêtes sur la santé, il existe des présomptions très raisonnables que l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 sous-estime la prévalence de l'excès de poids. En effet, cette estimation repose sur des informations autorapportées, c'est-à-dire fournies par les répondants eux-mêmes et non sur des mesures directes. Une étude de Statistique Canada a permis de démontrer que des données autodéclarées engendrent un biais systématique de sous-estimation de l'embonpoint et de

11. HODGSON, Corinne, et coll. *Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*, 2011, p. 30.

12. LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec*, Vol. 40, N° 10, Octobre 2005, p. 56.

l'obésité, parce que ces personnes ont plus tendance que les autres à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille. Ce biais est particulièrement présent dans le cas de l'obésité. Pour leur part, les personnes classées dans la catégorie « poids normal » ont davantage tendance à évaluer correctement leur poids et leur taille. Il convient aussi de préciser que l'IMC « ne mesure pas directement la masse grasse ni la répartition du tissu adipeux, laquelle joue un rôle prépondérant dans l'évaluation du risque pour la santé chez les personnes ayant un excès de poids »¹³.

La situation régionale en 2010

Selon les données de l'ESCN 2010, environ 42 % de la population adulte fait de l'embonpoint (donnée non présentée) et 22 % se classe dans la catégorie obèse, c'est-à-dire celle où l'IMC atteint au moins le seuil de 30. La Côte-Nord compterait environ 15 100 adultes obèses (donnée non présentée).

Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques

Toutes proportions gardées, le RLS de la Basse-Côte-Nord compte un plus grand nombre d'individus obèses que le reste de la région (31 % c. 22 %). Il s'agit aussi du territoire nord-côtier où la prévalence de l'obésité s'avère la plus élevée. Le RLS de Port-Cartier se démarque aussi significativement du reste de la région par une prévalence plus forte de l'obésité (27 % c. 22 %). En contrepartie, la population du RLS de Manicouagan compte, en proportion, moins d'obèses que le reste de la Côte-Nord (19 % c. 24 %).

L'enquête permet de détecter une variation significative selon le sexe. En effet, la proportion de personnes obèses chez les hommes (24 %) surpasse celle observée au sein de la population féminine (20 %) (données non présentées).

Les données ne décèlent pas de variations significatives de la prévalence de l'obésité selon les catégories d'âge (données non présentées). Par ailleurs, les personnes obèses sont proportionnellement moins nombreuses chez les diplômés universitaires que chez celles qui n'ont pas complété d'études secondaires (18 % c. 26 %, données non présentées).

Les variations selon certains comportements ou certaines conditions physiques

L'ESCN 2010 révèle que les personnes considérées comme sédentaires durant leurs loisirs sont significativement plus nombreuses que les individus actifs à faire de l'obésité (29 % c. 20 %). L'obésité s'avère moins présente chez les fumeurs réguliers ou occasionnels que chez les non-fumeurs (18 % c. 24 %).

Par ailleurs, on retrouve, en proportion, une plus forte prévalence de l'obésité parmi les personnes souffrant d'hypertension artérielle que chez les personnes non atteintes (31 % c. 20 %). Elle s'avère aussi plus élevée chez les diabétiques que chez les non-diabétiques (44 % c. 20 %) (données non présentées).

La consommation d'alcool

Le risque de cancer associé à la consommation d'alcool est considéré comme particulièrement important dans le cas des cancers suivants : bouche, pharynx, larynx, œsophage, sein, foie et, dans une moindre mesure, cancer colorectal. Il n'existe pas de seuil et le risque croît avec la quantité consommée¹⁴.

13. CAZALE, Linda, Renée DUFOUR, Lyne MONGEAU et Sylvie NADON (2010). « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, p. 132.

14. APRIL, Nicole, Claude BÉGIN et coll. *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, Mai 2010, p. 5.

La question suivante a été adressée à chacun des répondants qui ont indiqué, à une question filtre, avoir bu au moins un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée dans les 12 mois précédant l'enquête.

- *ALC03 : Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion? Les six choix de réponse étaient : Jamais, moins d'une fois par mois, 1 fois par mois, 2 à 3 fois par mois, 1 fois par semaine, plus d'une fois par semaine.*

L'indicateur dont il est question dans cette section porte sur la consommation élevée d'alcool. En 2010, Statistique Canada considérait que la prise de cinq verres d'alcool en une même occasion, douze fois ou plus sur une période de douze mois, constituait une consommation élevée, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes.

Les proportions mentionnées dans cette section sont rapportées à l'ensemble de la population en intégrant, au dénominateur, les personnes qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé l'Enquête Santé Côte-Nord 2010.

La situation régionale en 2010

Les données de l'enquête démontrent que plus du quart (28 %) des adultes nord-côtiers rapportent un usage d'alcool correspondant à un niveau élevé de consommation. Cette proportion représente environ 19 500 personnes (donnée non présentée).

Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques

Les résidents des RLS de Caniapiscou et de la Minganie se démarquent du reste de leurs concitoyens de la Côte-Nord par des proportions supérieures de personnes caractérisées par une consommation élevée d'alcool (respectivement 39 % et 32 %).

Ce profil varie selon le sexe. Ainsi, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir eu ce comportement (37 % c. 19 %) durant les 12 mois précédant l'enquête. C'est aussi le cas dans tous les territoires de RLS de la région.

On observe aussi que le taux de consommation élevée d'alcool diminue avec l'avancement en âge. Ainsi, près d'une personne sur deux chez les 18 à 29 ans (47 %) aurait un niveau problématique de consommation d'alcool, comparativement à 32 % chez les 30 à 44 ans, 26 % du côté des personnes de 45 à 64 ans et 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus (données non présentées).

Ce profil de consommation d'alcool est associé au faible niveau de scolarité, mais de façon ambiguë. En effet, il est présent chez 31 % des diplômés du secondaire et 32 % des détenteurs d'un diplôme d'études collégiales. En contrepartie, on le retrouve chez 22 % des Nord-Côtiers ayant une scolarité inférieure à un 5^e secondaire et 23 % des diplômés universitaires (données non présentées).

Les variations selon certains comportements ou certaines conditions physiques

Il existe une association significative entre le tabagisme et la consommation élevée d'alcool. Plus du tiers des fumeurs réguliers ou occasionnels (34 %) se retrouvent dans cette catégorie comparativement à 26 % des non-fumeurs.

La consommation problématique d'alcool est moins fréquente chez les personnes souffrant d'hypertension que dans le reste de la population nord-côtière (23 % c. 29 %). Ce comportement est aussi adopté moins souvent par les diabétiques que les non-diabétiques (19 % c. 29 %).

La consommation de fruits et légumes (ESCN 2005)

Selon un rapport du World Cancer Research Fund et de l'American Institute for Cancer Research publié en 1997, il existe des preuves scientifiques convaincantes que la consommation de fruits et légumes contribue à réduire les risques de survenue de plusieurs types de cancer. Depuis 1997, plusieurs études cas témoins et des recensions de la littérature scientifique ont étayé cette assertion¹⁵.

Dans l'Enquête Santé Côte-Nord 2005, six questions portent spécifiquement sur la consommation de fruits et légumes.

- *Q11 : À quelle fréquence buvez-vous habituellement?*
- *Q12 : Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits?*
- *Q13 : À quelle fréquence mangez-vous habituellement de la salade verte?*
- *Q14 : À quelle fréquence mangez-vous habituellement des pommes de terre, sans compter les frites, les pommes de terre rissolées ou les croustilles?*
- *Q15 : À quelle fréquence mangez-vous habituellement des carottes?*
- *Q16 : Sans compter les carottes, les pommes de terre ou la salade, à quelle fréquence mangez-vous d'autres légumes habituellement?*

La situation régionale en 2005

La consommation quotidienne de fruits et légumes est un indicateur construit à partir des réponses fournies à ces six questions. Toutefois, l'enquête de 2005 mesure une fréquence de consommation et ne fournit pas d'information sur la grosseur des portions selon la définition du *Guide alimentaire canadien* (GAC). Dans ce contexte, on ne sait pas exactement si la population nord-côtière suivait, en 2005, les recommandations du guide.

Cette précision faite, en 2005, les résultats montrent qu'un peu moins de la moitié (45 %) de la population adulte nord-côtière de 18 à 74 ans n'atteint pas le seuil requis de consommation quotidienne de cinq portions de fruits et légumes. Cette proportion représente quelque 29 200 personnes (données non présentées).

Les variations selon certaines caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques

Un seul territoire de RLS se différencie significativement de l'ensemble des autres territoires nord-côtiers. En effet, les résidents de la Basse-Côte-Nord sont proportionnellement plus nombreux qu'ailleurs dans la région à ne pas consommer le minimum requis de portions de fruits et légumes à chaque jour (55 % c. 46 %). Les données montrent que cette proportion tend à être un peu plus faible dans le RLS de Caniapiscau que dans le reste de la population régionale (40 % c. 45 %).

La consommation de ces aliments selon les quantités suggérées varie selon le sexe. En 2005, les Nord-Côtiers se disent en effet plus enclins que les Nord-Côtières à ne pas manger un minimum de cinq portions par jour (55 % c. 35 %). Ce profil se rencontre plus fréquemment chez les personnes de 30 à 49 ans (49 %) et de 50 à 64 ans (50 %) que chez celles âgées de 18 à 29 ans (34 %). Chez les individus de 65 à 74 ans, 40 % affirment prendre moins de cinq portions quotidiennement; cette proportion ne diffère pas statistiquement de celle des autres groupes d'âge (données non présentées).

15. Voir http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/claims-reclam/assess-evalu/fruit_veg_leg_cancer-fra.php (SANTÉ CANADA). Page consultée le 17 mai 2013.

Finalement, les résultats de l'enquête ne permettent pas de trouver un lien significatif avec le revenu du ménage alors qu'ils en révèlent un avec le niveau de scolarité. En effet, au fur et à mesure que le niveau de scolarité progresse, on observe une diminution de la proportion de Nord-Côtiers qui ne suivent pas les suggestions du GAC. Par exemple, parmi ceux qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, 49 % ne mangent pas suffisamment de fruits et légumes comparativement à 37 % des Nord-Côtiers qui ont complété des études universitaires (données non présentées).

Tableau 1 - Prévalence de certains facteurs de risque associés au cancer, population âgée de 18 ans ou plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 (%)

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
Tabagisme ¹	✓	r-CN	25,0	25,0	23,8	29,4 +	23,8	28,0	26,0	28,7
Sédentarité ²	✓	r-CN	26,7	30,5	27,6	28,9	22,2(-)	31,8 +	29,3	20,1(-)
Obésité ³	✓	r-CN	22,3	22,4	19,3 -	26,6 +	22,3	24,5	31,4(+)	24,2
Consommation élevée d'alcool ⁴	✓	r-CN	28,0	27,3	28,1	27,7	26,9	31,8	24,0	38,8(+)
Consommation de fruits et légumes - ESCN 2005 ⁵	✓	r-CN	45,3	48,7	46,1	42,9	42,5	43,6	54,8(+)	40,0

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph.D.

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2005, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph.D.

r-CN Reste de la Côte-Nord.

{+} {-} Pour une catégorie donnée, ces symboles indiquent une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtère de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur sept comparaisons : (Valeur Z = + ou - 2,690, soit un niveau de confiance de 99,26 %).

+ ou - Accompagnés d'une trame grise, ces symboles indiquent, pour une catégorie donnée, une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtère de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).

1. Personne qui fume la cigarette à tous les jours ou à l'occasion.

2. Pratique d'activités physiques d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, selon une fréquence inférieure à une fois par semaine dans l'année précédant l'enquête.

3. Indice de masse corporelle égal à 30 ou plus. Les femmes enceintes sont exclues du calcul.

4. Prise de cinq verres ou plus d'alcool, en une même occasion, au moins une fois par mois dans l'année précédant l'enquête.

5. Personne qui consomme moins de cinq portions de fruits et légumes quotidiennement. Source : Enquête Santé Côte-Nord 2005 (population de 18 à 74 ans seulement). Variable dérivée à partir de six questions sur la fréquence de consommation de fruits et légumes.

Yves Therriault, Ph. D.

Agent de planification, de programmation et de recherche

Méthodologie

Le contexte et les objectifs

L'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (ESCN 2010) s'inscrit dans le cadre d'un processus continu de surveillance de l'état de santé de la population et dans la continuité des trois enquêtes de santé réalisées dans la région en 1995, 2000 et 2005. La surveillance de l'état de santé de la population est l'une des fonctions attribuées au directeur de santé publique par la Loi sur la santé publique.

Plus spécifiquement, l'ESCN 2010 vise, entre autres, à :

- soutenir les programmes de surveillance en santé en produisant des données sur la santé aux échelles régionale et infrarégionale;
- offrir une source unique de renseignements pour la recherche sur la santé des populations des réseaux locaux;
- obtenir de l'information sur des problèmes en émergence liés à la santé de la population;
- diffuser de l'information à une variété d'utilisateurs.

Comme objectifs secondaires, l'ESCN 2010 a pour but de :

- documenter des problématiques ou des thèmes non couverts ou qui le sont insuffisamment à l'échelle régionale par les grandes enquêtes fédérale et provinciale de santé;
- identifier les secteurs ou les groupes prioritaires d'intervention;
- aider les décideurs et les professionnels régionaux et locaux de différents secteurs d'activité à mieux cerner les besoins de la population;
- soutenir la planification des actions et des ressources en santé publique (notamment en prévention) ou dans les autres sphères d'activités du domaine de la santé et des services sociaux;
- vérifier si certains des objectifs du Programme national de santé publique 2003-2012 seront vraisemblablement atteints ou non.

La population cible

La population ciblée par l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 est l'ensemble des résidents de la Côte-Nord âgés de 18 ans ou plus, vivant en ménage privé, capables de s'exprimer en français ou en anglais et pouvant être joints par téléphone, à l'exception de la population vivant dans les réserves amérindiennes. Les résultats de l'enquête ne peuvent donc pas être inférés aux autochtones nord-côtiers habitant dans les réserves. Cette particularité de l'échantillon peut produire une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé à l'étude. Les autochtones vivant hors réserve n'ont pas été exclus de la base de sondage. Pour des considérations méthodologiques, les ménages ne possédant qu'un ou des téléphones cellulaires n'étaient pas admissibles.

L'échantillonnage

Le plan d'échantillonnage de cette enquête est un plan de sondage à deux degrés avec allocation non proportionnelle de l'échantillon au premier degré et sélection aléatoire au deuxième degré.

Au premier degré, l'échantillon de numéros de téléphone est généré aléatoirement avec allocation non proportionnelle entre les sept territoires de réseaux locaux de services parmi toutes les circonscriptions téléphoniques en usage sur la Côte-Nord, mais à l'intérieur de banques de numéros comprenant au moins un numéro de téléphone résidentiel valide. Au deuxième degré, un répondant est choisi au hasard parmi les résidents du ménage âgés de 18 ans ou plus. S'il n'y a aucun adulte, le ménage est considéré inéligible aux fins de l'enquête.

Une méthodologie spécifique a été élaborée pour constituer un échantillonnage supplémentaire de 118 personnes diabétiques dans les ménages où le répondant initial n'était pas lui-même diabétique. Les répondants non diabétiques ont répondu à une question à la fin de la section sur les maladies chroniques pour vérifier si d'autres personnes adultes du ménage étaient atteintes de diabète. Dans l'affirmative, le répondant était invité à spécifier le nombre de personnes concernées. Une procédure de sélection aléatoire était alors utilisée et l'intervieweur devait demander s'il était possible de lui parler à la fin de l'entretien. Une entrevue complétée auprès de cette personne était alors versée dans l'échantillon supplémentaire.

Le nombre total de répondants diabétiques requis (environ 425) a été déterminé pour permettre des analyses régionales par groupe d'âge ou selon le sexe ainsi qu'en fonction de certaines caractéristiques : état de santé physique et psychosocial, habitudes de vie, présence d'autres maladies chroniques, soins et services reçus au regard du diabète.

Le tableau suivant présente la répartition de l'échantillon.

Tableau 2 - Stratification de l'échantillon

Réseau local de services	Entrevue visée	Entrevue complétée	Échantillon supplémentaire de personnes diabétiques	Total
Haute-Côte-Nord	520	571	21	592
Manicouagan	600	650	21	671
Port-Cartier	500	526	22	548
Sept-Îles	590	619	8	627
Caniapiscau	450	330	16	346
Minganie	480	560	27	587
Basse-Côte-Nord	460	344	3	347
Total	3 600	3 600	118	3 718

Le questionnaire

Le questionnaire a été conçu par le responsable du projet en collaboration avec d'autres professionnels de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Léger Marketing a procédé à une vérification du questionnaire et à sa traduction anglaise. Cependant, la firme devait obligatoirement utiliser la version anglaise déjà validée des questions empruntées telles qu'elles à d'autres enquêtes comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes par exemple.

La collecte de données

La firme Léger Marketing a été sélectionnée à la suite d'un appel d'offres public pour réaliser la collecte de données. Léger Marketing a étudié la méthodologie suggérée par l'équipe de surveillance et évaluation. Elle a validé et entériné le scénario proposé, notamment au regard du plan de sondage et de l'échantillonnage.

La période de collecte de données s'est étendue du 3 mai au 19 août 2011, et la durée moyenne des entrevues était de 26 minutes. Le taux de réponse global obtenu dans le cadre de cette étude est de 44 %, tandis que les taux de réponse par RLS varient de 37% (Minganie et Basse-Côte-Nord) à 53 % (Haute-Côte-Nord). Léger Marketing a transmis les rapports sommaires finaux de l'enquête à l'automne 2012.

La pondération

Afin de redresser les déséquilibres et rendre l'échantillon représentatif de la population étudiée, les données brutes de l'étude ont été pondérées en fonction de la distribution réelle de la population par expansion des résultats à la population totale de la strate (RLS) pour le groupe d'âge (5) et le sexe du répondant, selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec. Ces projections ont été faites pour le ministère de la Santé et des Services sociaux à partir des données corrigées du recensement de 2006. Les projections utilisées valent pour le 1^{er} juillet 2010.

Pour les fins de la pondération seulement, les répondants ayant préféré ne pas indiquer leur âge se sont vu attribuer la valeur par défaut « 65 ans et plus ». Soulignons que cette procédure n'a touché que 26 répondants au total.

La pondération tient aussi compte du type de municipalité (urbain ou rural) afin de permettre des analyses sous cet angle. Pour l'exercice, les municipalités de 5 000 habitants et plus (Baie-Comeau, Sept-Îles et Port-Cartier) sont considérées comme urbaines. Toutes les autres sont regroupées dans la catégorie rurale. Cette classification est faite indépendamment du statut juridique officiel des municipalités. Toutes les informations requises pour la pondération initiale ont été fournies à la firme Léger Marketing par le responsable de l'enquête à la Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Références

- APRIL, Nicole, Claude BÉGIN et coll. *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, Mai 2010.
- BYERS, T., M. NESTLE, A. M^CTIERNAN, C. DOYLE et coll. « American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention : reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity », *CA Cancer J Clin*, 2002, 52 (2) : 92-119.
- CAZALE, Linda, Renée DUFOUR, Lyne MONGEAU et Sylvie NADON. « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, 2010.
- COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2012, 73 p.
- DAIGLE, Jean-Marc, et Michel BEAUPRÉ. *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec – Projections 2008*, Institut national de santé publique du Québec, 2008.
- ÉQUIPE DU PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS 2006, et coll. *Taux d'incidence du cancer selon le siège*, Fiche indicateur, Portail de l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, Version octobre 2012.
- GAUTHIER, Julie, Anne-Marie LANGLOIS et coll. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction des communications), 2008, 103 p.
- HODGSON, Corinne, et coll. *Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*, 2011, 62 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, en collaboration avec le GROUPE DE TRAVAIL DES INDICATEURS DU PLAN COMMUN DE SURVEILLANCE À L'INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, 2013.
- KRUEGER, H., and Associates Inc. *Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada*, Mai 2008.
- LEDUC, Sylvain, et Martin COULOMBE. « Obésité, sédentarité et cancer », *Le Médecin du Québec*, Vol. 40, N° 10, Octobre 2005, p. 53-59.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction générale de la santé publique – Service de lutte contre le tabagisme), 2006, 53 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 24 pages. [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca>].

Rédaction

Yves Therriault, Ph.D.
Agent de planification, de programmation et de recherche
et
responsable du bulletin « La santé recherchée »

Révision

Nicole Boudreau
Chef de service de prévention et promotion de la santé,
surveillance et évaluation


François Desbiens, m.d.
Directeur de santé publique par intérim

Pascal Paradis
Conseiller en communication

Mise en page

Gaétane Béland

Disponible sur le site Internet de l'Agence

 www.agencesante09.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1703-4620

*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord*

Québec 

