

SANTÉ QUÉBEC

ET VOTRE COEUR,
ÇA VA ?

RAPPORT

DE L'ENQUÊTE QUÉBÉCOISE
SUR LA SANTÉ
CARDIOVASCULAIRE

1990



Québec 



SANTÉ QUÉBEC

ET VOTRE CŒUR, ÇA VA ?

Rapport de l'Enquête
québécoise sur la
santé cardiovasculaire 1990

*Publié sous la direction
de Carole Daveluy, Lucie Chénard,
Madeleine Levasseur et Aline Émond*



Gouvernement du Québec
Santé Québec

SANTÉ QUÉBEC

ET VOTRE CŒUR, ÇA VA?

Rapport de l'Enquête
québécoise sur la santé
cardiovasculaire 1990

Cette enquête a été réalisée par Santé Québec grâce à des subventions du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec les Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec.

Direction de l'enquête: Aline Émond, Santé Québec
Coordination de l'enquête : Carole Daveluy, Santé Québec
Coordination des textes : Carole Daveluy, Santé Québec
Lucie Chénard, Équipe de santé publique de Rimouski
Madeleine Levasseur, Direction de l'évaluation, MSSS
Coordination de l'édition : Janne Lavallière, Direction des communications, MSSS

Édition, production et gestion : ① Services d'édition Interressources

Les commentaires et les demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés à :

Santé Québec
600, boul. René-Lévesque Ouest, 10^e étage
Montréal (Québec)
H3B 1N4

Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919

Ils peuvent également être adressés aux auteurs des chapitres dont les noms apparaissent dans le volume.

Des exemplaires additionnels du présent rapport peuvent être obtenus au coût de 40 \$ en s'adressant à Santé Québec.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale du Québec, 1994
Tous droits réservés
© Santé Québec, 1994

ISBN 2-551-13295-9

Citation suggérée :

Santé Québec, Daveluy, C., Chénard, L., Levasseur, M. et Émond, A. (sous la direction de)
Et votre cœur, ça va ? Rapport de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990,
Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 1994

Préface

Ce rapport sur la santé cardiovasculaire des Québécois et des Québécoises s'inscrit dans le contexte de l'enquête générale de santé de 1987.

La problématique des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque qui y sont rattachés n'avait pu être mesurée lors de l'enquête générale pour des considérations de compatibilité méthodologique et de coûts.

L'Initiative fédérale-provinciale sur les maladies cardiovasculaires a été un moment privilégié pour mettre les connaissances à jour sur ce thème.

Les subventions disponibles au PNRDS et l'apport important du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, avec l'aide des services infirmiers de 95 CLSC, ont rendu possible la réalisation de l'enquête. Le Bureau de la statistique du Québec a assumé le support méthodologique comme pour les autres enquêtes de Santé Québec.

Le rapport a été préparé, selon la formule habituelle de Santé Québec, par différents groupes de chercheurs autants des milieux universitaires que du réseau ou du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'intégration des différents chapitres a été réalisée à Santé Québec par la coordonnatrice du projet aidée par des partenaires du Ministère et de la santé publique.

Ce rapport présente de façon descriptive les prévalences des facteurs de risque selon les profils sociodémographiques des Québécois et des Québécoises. Il couvre les données présentées par les autres provinces qui ont réalisé une enquête semblable dans le cadre de l'Initiative fédérale-provinciale. De plus, des volets spécifiques à l'enquête québécoise sont étudiés. Ni toutes les variables ni toutes les analyses explicatives n'ont été fouillées; nous laissons aux chercheurs intéressés la possibilité de pousser plus loin les analyses sur la santé cardiovasculaire au Québec.

Bien qu'il ne soit pas le seul, ce rapport est un outil important qui permet l'actualisation d'un des 19 objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'ensemble des données présentées dans ce rapport et les analyses complémentaires qui seront effectuées ouvrent la voie à une meilleure compréhension des risques en santé cardiovasculaire et, par conséquent, à des actions préventives efficaces pour le mieux-être de la population québécoise.

Aline Émond
Directrice de Santé Québec
lors de la réalisation de l'enquête

Remerciements

Nous remercions très chaleureusement les nombreux partenaires sans lesquels l'enquête n'aurait pas été réalisée ni le rapport mené à terme :

- l'investigateur principal au Québec de l'Initiative fédérale-provinciale pour la prévention des maladies cardiovasculaires, M. Richard Lessard, de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, qui a confié à Santé Québec le volet « Connaissance des risques » de ce projet;
- les principaux organismes de subventions que sont le Programme national de recherche et de développement en matière de santé et le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- les membres du Comité d'orientation de l'enquête (annexe 1) qui ont établi le protocole et recommandé les volets à investiguer;
- M. Robert Courtemanche, de la Direction de la méthodologie du Bureau de la statistique du Québec, qui nous a conseillés depuis la conception du projet;
- les infirmières et les infirmiers des 95 Centres locaux de services communautaires (CLSC) participants (annexe 1), pour le travail considérable et de grande qualité car, sans ces personnes, l'enquête n'aurait pas eu lieu;
- M^{me} Lise Langevin, pour la tournée de promotion de l'enquête, auprès des regroupements régionaux de CLSC;
- M^{mes} Diane Lavoie et Lise Bergeron, pour leur collaboration à la formation des infirmières-interviewers;
- les auteurs des différents chapitres et du rapport préliminaire de mai 1991, pour leur collaboration de longue haleine;
- les consultants et les lecteurs (annexe 1), pour la pertinence de leurs commentaires et suggestions;
- l'équipe informatique du ministère de la Santé et des Services sociaux pour les extrants de la première phase de production;
- les membres du Comité d'interprétation des données (annexe 1), pour leurs questions et commentaires sur les données préliminaires de l'enquête;
- la Direction des communications du MSSS et, en particulier, M^{me} Janne Lavallière, pour son aide à l'édition finale du rapport;
- Monsieur François Meyer, co-investigateur et professeur au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, pour ses commentaires sur la version avant-finale du rapport;

- M^{mes} Madeleine Levasseur, de la Direction de l'évaluation du MSSS, et Lucie Chénard, de l'Équipe de santé publique de Rimouski, qui ont toutes deux participé à la relecture, l'écriture, l'intégration et la vérification des textes et du rapport final;
- M^{me} Aline Émond, fondatrice de Santé Québec, maintenant coordonnatrice de l'Équipe régionale de santé publique de l'Estrie, sans qui cette enquête serait restée à l'état de projet.

Merci à toute l'équipe de Santé Québec et, en particulier, à France Lacoursière, Claude Lamarre, Lise Ménard-Godin, Josette Thibault et France Lozeau, pour leur grande disponibilité et la qualité de leur travail, qu'il s'agisse des aspects administratifs, logistiques ou informatiques reliés à l'enquête, ou pour le suivi et la relance de nos collaborateurs tout au long de ce projet. Merci à Lise Bertrand, pour la coordination de l'analyse des données du volet nutritionnel de l'enquête. Merci à Daniel Tremblay, nouvellement nommé directeur de Santé Québec, pour la justesse de ses commentaires et pour l'intérêt manifesté à la diffusion des résultats de ce rapport. Merci à Nathalie Audet, Thérèse Cloutier, Suzanne Messier et Lucille Pica, pour le support technique de la dernière heure.

Finalement, merci aux 2354 Québécois et Québécoises qui ont accepté de participer à l'enquête et qui ont si généreusement donné de leur temps.

Table des matières

INTRODUCTION	XIII
Objectifs de l'enquête	XIII
Présentation du rapport	XIV
Références	XV
CHAPITRE 1 : Méthodes	1
1.0 Introduction.....	1
1.1 Échantillonnage.....	1
1.1.1 Population	1
1.1.2 Base de sondage.....	1
1.1.3 Sélection de l'échantillon.....	2
1.1.4 Taille et répartition de l'échantillon.....	2
1.1.5 Taux de réponse.....	3
1.1.6 Pondération.....	6
1.2 Processus d'enquête	7
1.2.1 Questionnaire	7
1.2.2 Collecte des données.....	7
1.3 Qualité des données.....	8
1.3.1 Formation des infirmières-interviewers	8
1.3.2 Validation des données	8
1.3.3 Précision des résultats	8
1.4 Portée et limites de l'enquête.....	9
1.5 Définitions retenues dans ce rapport.....	9
1.6 Références.....	12
CHAPITRE 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population de l'enquête.....	15
2.0 Introduction.....	15
2.1 Âge et sexe	15
2.2 Lieu de résidence.....	15
2.3 Langue.....	15
2.4 Scolarité relative.....	17
2.5 Situation familiale	17
2.6 Statut d'activité.....	17
2.7 Revenu familial.....	18
2.8 Profession	18
2.9 Conclusion.....	18
2.10 Références.....	19

CHAPITRE 3 : Prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires	21
3.0 Introduction.....	21
3.1 Données	22
3.2 Portée et limites des données	22
3.3 Résultats.....	22
3.3.1 Prévalence des facteurs de risque par catégorie.....	23
3.3.2 Liens entre les catégories de risque	32
3.4 Conclusions	34
3.4.1 Synthèse et discussion des résultats	34
3.4.2 Comparaisons avec d'autres enquêtes.....	35
3.4.3 Pistes de recherche et utilité pour la planification	37
3.5 Références.....	37
CHAPITRE 4 : Connaissance des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires	39
4.0 Introduction.....	39
4.1 Données	40
4.2 Portée et limites des données	41
4.3 Résultats.....	41
4.3.1 Connaissance des causes possibles des maladies ou problèmes cardiaques	41
4.3.2 Connaissance des liens entre les facteurs de risque, la santé et les maladies cardiovasculaires	45
4.3.3 Opinion sur la possibilité de prévenir les maladies cardiaques et les maladies cérébrovasculaires	47
4.4 Conclusions	50
4.4.1 Synthèse	50
4.4.2 Comparaisons avec d'autres enquêtes.....	51
4.4.3 Pistes de recherche et utilité pour la planification	52
4.5 Références.....	52
CHAPITRE 5 : Connaissance, traitement et contrôle des états morbides reliés aux maladies cardiovasculaires.....	55
5.0 Introduction.....	55
5.1 Données	55
5.2 Portée et limites des données	56
5.3 Résultats.....	58
5.3.1 Description de la population selon la présence connue ou non connue d'un état morbide	58
5.3.2 Traitement ou programme suivi	62
5.3.3 Situation de contrôle selon le traitement suivi	64
5.4 Conclusions	66
5.4.1 Synthèse	66
5.4.2 Pistes de recherche et utilité pour la planification	67
5.5 Références.....	68
CHAPITRE 6 : Utilisation des services de santé et maladies cardiovasculaires	69
6.0 Introduction.....	69
6.1 Données	70
6.2 Portée et limites des données	70

6.3 Résultats	71
6.3.1 Utilisation des services de santé et le fait d'avoir ou non des antécédents personnels de maladies cardiaques ou certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires	71
6.3.2 Utilisation des services de santé selon les caractéristiques sociodémographiques de la population qui présente des antécédents personnels de maladies cardiaques ou certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.....	73
6.3.3 Utilisation des services de santé et le fait de connaître ou non son état en présence d'une hypertension artérielle, d'une hypercholestérolémie ou d'un excès de poids..	77
6.3.4 Préférences de la population en ce qui concerne la consultation pour de l'aide et des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires..	79
6.4 Conclusions	81
6.4.1 Synthèse	81
6.4.2 Pistes de recherche et utilité pour la planification	82
6.5 Références	83
CHAPITRE 7 : Estimation des antécédents personnels de maladies cardiaques	85
7.0 Introduction	85
7.1 Données	86
7.2 Portée et limites des données	87
7.3 Résultats	87
7.3.1 Angine de poitrine (probable ou possible)	87
7.3.2 Claudication intermittente	87
7.3.3 Antécédents d'infarctus du myocarde possible.....	89
7.3.4 Antécédents personnels de maladies cardiaques	89
7.3.5 Prévalence de certains facteurs de risque chez les sujets rapportant des symptômes d'angine de poitrine	89
7.4 Conclusions	90
7.4.1 Synthèse	90
7.4.2 Comparaisons avec d'autres enquêtes.....	90
7.4.3 Pistes de recherche et utilité pour la planification	91
7.5 Références	92
CHAPITRE 8 : Évaluation du risque de maladies cardiovasculaires	
<i>Exemple d'application d'une méthode multifactorielle</i>	95
8.0 Introduction	95
8.1 Données	96
8.2 Portée et limites des données	97
8.3 Résultats	97
8.3.1 Distribution des facteurs de risque	97
8.3.2 Troubles coronariens	98
8.3.3 Accidents cérébrovasculaires	98
8.4 Conclusions	99
8.4.1 Synthèse	99
8.4.2 Pistes de recherche et utilité pour la planification	99
8.5 Références	100

CONCLUSION	103
Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez les Québécois et les autres Canadiens.....	103
Lien entre les objectifs généralement poursuivis par les programmes et les actions en vue de réduire la morbidité et la mortalité causées par les maladies cardiovasculaires, et les résultats de l'enquête sur les connaissances et les comportements.....	103

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des collaborateurs à l'enquête.....	107
Annexe 2 : Questionnaire de l'entrevue à domicile.....	115
Annexe 3 : Formulaire de visite à la clinique.....	143
Annexe 4 : Tableaux complémentaires.....	145
Annexe 5 : Réduction des probabilités de troubles coronariens après modification du taux de cholestérol total – Exemple d'évaluation.....	157

LISTE DES TABLEAUX

Chapitre 1

Tableau 1.1 Liste des districts de CLSC exclus de la population échantillonnée, Québec 1990.....	2
Tableau 1.2 Répartition de l'échantillon des UPE par strate, Québec 1990.....	3
Tableau 1.3 Répartition du nombre de visites attendues à la clinique selon le groupe d'âge et le sexe, Québec 1990.....	3
Tableau 1.4 Population, échantillon et répondants selon l'âge et le sexe, Québec 1990.....	4
Tableau 1.5 Nombre de contacts et de répondants selon la strate géographique, Québec 1990.....	5
Tableau 1.6 Répondants et population selon l'âge, en pourcentage, Québec 1990.....	6

Chapitre 2

Tableau 2.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population de l'enquête, Québec 1990.....	16
--	----

Chapitre 3

Tableau 3.1 Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	24
Tableau 3.2 Facteurs de risque liés à des états morbides selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	26
Tableau 3.3 Prévalence des taux élevés de lipides sanguins selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	29
Tableau 3.4 Facteurs de risque liés à des comportements selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	31



Tableau 3.5	Facteurs de risque liés à des comportements et des états morbides selon la présence d'états morbides, population de 18 à 74 ans, Québec 1990	33
Tableau 3.6	Prévalence (taux standardisés) des principaux facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990 et provinces canadiennes 1986 à 1992	36
 Chapitre 4		
Tableau 4.1	Répartition des causes possibles de maladies cardiaques identifiées par la population de 18 à 74 ans, Québec 1990	42
Tableau 4.2	Répartition des causes possibles de maladies cardiaques identifiées par la population de 18 à 74 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, Québec 1990.....	44
Tableau 4.3	Connaissance des liens entre la tension artérielle, le cholestérol, le sel, le gras et la santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990	46
Tableau 4.4	Connaissance des liens entre la tension artérielle, le cholestérol et les maladies cardiovasculaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990	48
Tableau 4.5	Opinion sur la possibilité de prévenir les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires selon certaines caractéristiques socio-démographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990....	49
 Chapitre 5		
Diagramme 5.1	Classification des individus selon qu'ils sont hypertendus, traités et contrôlés ou non	57
Tableau 5.1	Hypertension artérielle « connue » et « non connue » selon certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990	59
Tableau 5.2	Hypercholestérolémie ($\geq 6,2$ mmol/L) « connue » et « non connue » selon certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	60
Tableau 5.3	Hypercholestérolémie ($\geq 5,2$ mmol/L) « connue » et « non connue » selon certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	61
Tableau 5.4	Excès de poids « conscient » et « non conscient » selon certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990	62
Tableau 5.5	Hypertension artérielle connue selon le type de traitement, population de 18 à 74 ans, Québec 1990	63
Tableau 5.6	Hypercholestérolémie selon le type de traitement, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	63
Tableau 5.7	Diabète selon le type de traitement, population de 18 à 74 ans, Québec 1990	64
Tableau 5.8	Excès de poids, personnes « conscientes », selon le type de traitement, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	65
Tableau 5.9	Contrôle de l'hypertension artérielle connue selon le type de traitement suivi, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	65
Tableau 5.10	Contrôle de l'hypercholestérolémie connue selon le type de traitement suivi, population de 18 à 74 ans, Québec 1990	66

Chapitre 6

Tableau 6.1	Présence d'un médecin de famille selon la présence ou non d'antécédents personnels de maladies cardiaques ou de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990.....	72
Tableau 6.2	Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois selon la présence ou non d'antécédents personnels de maladies cardiaques ou de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990.....	73
Tableau 6.3	Présence d'un médecin de famille selon certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec 1990.....	74
Tableau 6.4	Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois selon certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec 1990.....	76
Tableau 6.5	Présence d'un médecin de famille selon certains états morbides « connus » et « non connus » et le sexe, Québec 1990.....	77
Tableau 6.6	Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois selon certains états morbides « connus » et « non connus » et le sexe, Québec 1990.....	78
Tableau 6.7	Préférence des individus en ce qui concerne le type de professionnel à consulter pour de l'aide ou des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990.....	79
Tableau 6.8	Préférence des individus en ce qui concerne le lieu de consultation pour de l'aide ou des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990.....	80

Chapitre 7

Tableau 7.1	Prévalence des symptômes d'angine de poitrine (probable ou possible) selon l'âge et le sexe, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	88
Tableau 7.2	Prévalence de claudication intermittente, d'antécédents d'infarctus du myocarde possible et d'antécédents personnels de maladies cardiaques selon l'âge et le sexe, population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	88
Tableau 7.3	Prévalence de certains facteurs de risque selon la présence ou non de symptômes d'angine de poitrine (probable ou possible), population de 18 à 74 ans, Québec 1990.....	89

Chapitre 8

Tableau 8.1	Distribution pondérée des facteurs de risque, population de 30 à 74 ans exempte de maladies cardiovasculaires, Québec 1990.....	97
Tableau 8.2	Risques pondérés de développer des troubles coronariens, sur 8 ans, pour 1000 personnes, population de 30 à 74 ans exempte de maladies cardiovasculaires au préalable, Québec 1990.....	98
Tableau 8.3	Risques pondérés d'avoir un accident cérébrovasculaire, sur 8 ans, pour 1000 personnes, population de 30 à 74 ans exempte de maladies cardiovasculaires au préalable, Québec 1990.....	99

Introduction

*Carole Daveluy
Santé Québec*

La politique de la santé et du bien-être rendue publique à la fin de 1992 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (1992) reconnaît que les maladies cardiovasculaires font partie des problèmes de santé qui affectent le plus la population québécoise. En dépit d'une diminution de 40 % de la mortalité chez les hommes et de 45 % chez les femmes entre 1975 et 1990, les maladies cardiovasculaires constituent toujours, comme à l'échelle nationale (Nicholls, 1986), la principale cause de mortalité au Québec; elles représentent en effet 38 % de l'ensemble des causes de décès (Lafontaine et Lachance, 1992). Les maladies cardiovasculaires occupent le troisième rang, après les traumatismes et le cancer, comme cause de décès prématuré et constituent la deuxième cause d'incapacité à long terme, derrière les maladies du système ostéo-articulaire (Reeder et coll., 1991; Lafontaine et Lachance, 1992). Malgré certaines initiatives dans le domaine de l'intervention, l'action sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires reste en général marginale; la prévention affiche ainsi un retard comparativement à d'autres pays (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992).

Rappelons que les principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires avaient déjà été établis comme sujet d'étude lors de l'Enquête Santé Québec 1987 mais que, pour des raisons de logistique, ces thèmes avaient été reportés à une enquête subséquente. Les projets d'enquête associés à l'Initiative fédérale-provinciale pour la prévention des maladies cardiovasculaires ont été l'occasion de se pencher spécifiquement sur ce sujet. Le financement accordé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada a favorisé la tenue d'une enquête sur la santé cardiovasculaire¹ à l'automne 1990 dans l'ensemble du Québec, à l'exclusion des régions nordiques, couvertes depuis par des enquêtes spécifiques, l'une chez les Cris de la baie James à l'été 1991 (Clarkson et coll., 1992), l'autre chez les Inuit du Nunavik à l'automne 1992.

Aux statistiques officielles de mortalité et de morbidité hospitalière par maladies cardiovasculaires, les données de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire ajoutent des informations essentielles sur les facteurs de risque qui permettent ainsi de parfaire le portrait de ce problème de santé majeur.

Objectifs de l'enquête

L'Enquête sur la santé cardiovasculaire avait pour objectif d'obtenir des données représentatives de la population québécoise en ce qui concerne la prévalence et les modèles de distribution des divers facteurs de risque à l'origine des maladies

1. Une enquête sur la nutrition a été menée simultanément à l'Enquête sur la santé cardiovasculaire auprès des mêmes répondants. La présentation des données nutritionnelles fait l'objet d'un rapport spécifique.

cardiovasculaires. Ceci incluait les facteurs tels que les antécédents familiaux et personnels de maladie cardiaque ou d'accident cérébrovasculaire, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, le tabagisme, la consommation d'alcool et de sel ainsi que la sédentarité. Ces données ont été recueillies auprès de plus de 2300 Québécois et Québécoises âgés de 18 à 74 ans.

À des fins d'actions préventives et de promotion de saines habitudes de vie, l'enquête a aussi permis de vérifier la connaissance qu'ont les Québécois et les Québécoises de ces facteurs de risque et de leurs conséquences sur les maladies cardiovasculaires. Les contextes d'utilisation des services de santé des individus porteurs de ces facteurs de risque, les caractéristiques du soutien social² de même que certains facteurs psychosociaux liés à l'organisation du travail³ ont également été étudiés. Ces volets se sont ajoutés aux questions posées dans les enquêtes sur la santé cardiovasculaire réalisées dans les autres provinces⁴.

Présentation du rapport

Les données préliminaires de l'enquête (Santé Québec, 1991) ont été présentées à un comité d'interprétation qui en a fait une analyse critique. Le rapport actuel s'inscrit dans la continuité des recommandations de ce groupe d'experts. Cependant, il n'a pas la prétention de couvrir de façon exhaustive l'ensemble des thèmes ou des croisements possibles, ni de répondre à toutes les interrogations sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Ce rapport, qui repose avant tout sur une analyse descriptive, présente essentiellement les principaux résultats qui devraient susciter l'intérêt des utilisateurs à exploiter plus à fond ces données dont la banque, strictement anonyme, est disponible sur demande. L'Enquête sur la santé cardiovasculaire a été élaborée de manière à obtenir des renseignements sur les thèmes et les variables décrits dans le tableau de la page suivante. Le lecteur peut aussi se reporter au questionnaire d'entrevue à domicile et au formulaire de visite à la clinique utilisés lors de l'enquête (annexes 2 et 3).

Les deux premiers chapitres traitent respectivement des méthodes de l'enquête et de la comparabilité des caractéristiques socio-économiques de la population de l'enquête à celles de la population du Québec. Les chapitres suivants présentent les résultats de l'enquête selon les principales caractéristiques socio-économiques, traitent les résultats en vue d'établir, notamment, les implications au plan sanitaire et, enfin, comparent ces résultats aux données canadiennes disponibles. Ainsi, le chapitre 3 fait état de la prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires au sein de la population québécoise. Le chapitre 4 décrit les connaissances de la population sur les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Les chapitres 5 et 6 traitent respectivement de la connaissance et des traitements suivis par les personnes ayant certains états morbides liés aux maladies cardiovasculaires ainsi que du recours aux services de santé. Enfin, les deux derniers chapitres portent sur la description et l'application de modèles d'analyse, l'un sur l'estimation

2. Ce volet fera l'objet d'une publication séparée.

3. Ce volet fera l'objet d'une publication séparée.

4. Tel que mentionné, l'Enquête sur la santé cardiovasculaire s'inscrit dans le cadre d'une Initiative fédérale-provinciale. Cette initiative proposait l'utilisation d'un minimum de questions communes à toutes les provinces.

Thèmes et variables de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	FACTEURS DE RISQUE	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES	CONNAISSANCES	TRAITEMENT	RECOURS AUX SERVICES
PERSONNELLES <ul style="list-style-type: none"> • ÂGE • SEXE SOCIO-ÉCONOMIQUES <ul style="list-style-type: none"> • SCOLARITÉ • REVENU • LIEU DE RÉSIDENCE • OCCUPATION • LANGUE • PROFESSION • SITUATION FAMILIALE • SOUTIEN SOCIAL 	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX <ul style="list-style-type: none"> • CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES • MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES ET DES VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES ÉTATS MORBIDES <ul style="list-style-type: none"> • HYPERTENSION ARTÉRIELLE • HYPERCHOLESTÉROLÉMIÉ • DIABÈTE • OBÉSITÉ COMPORTEMENTS <ul style="list-style-type: none"> • TABAGISME • SÉDENTARITÉ • CONSOMMATION D'ALCOOL • CONSOMMATION DE SEL 	CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES <ul style="list-style-type: none"> • ANGINE DE POITRINE • INFARCTUS DU MYOCARDE ACCIDENTS CÉRÉBROVASCULAIRES <ul style="list-style-type: none"> • MALADIES DES VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES • CLAUDICATION INTERMITTENTE 	CONDITION CARDIOVASCULAIRE PERSONNELLE <ul style="list-style-type: none"> • HYPERTENSION ARTÉRIELLE CONNUE • HYPERCHOLESTÉROLÉMIÉ CONNUE • DIABÈTE CONNU FACTEURS DE RISQUE EN GÉNÉRAL <ul style="list-style-type: none"> • CAUSES POSSIBLES DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES • LIENS ENTRE LES FACTEURS DE RISQUE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES • POSSIBILITÉS DE PRÉVENTION 	SUIVI D'UN TRAITEMENT <ul style="list-style-type: none"> • HYPERTENSION ARTÉRIELLE • HYPERCHOLESTÉROLÉMIÉ • DIABÈTE • OBÉSITÉ 	MÉDECIN TRAITANT <ul style="list-style-type: none"> • FRÉQUENCE DE CONSULTATION CONSEILS VERSUS FACTEURS DE RISQUE <ul style="list-style-type: none"> • TYPE DE PROFESSIONNEL • LIEU DE CONSULTATION ATTENTES FACE AU MÉDECIN

de la maladie cardiaque, plus spécifiquement sur l'angine de poitrine, et l'autre, sur l'évaluation du risque de maladies cardiovasculaires à l'aide d'une méthode multifactorielle.

Références

CLARKSON, M., LAVALLÉE, C., LÉGARÉ, G. et JETTÉ, M. (1992). *Faits saillants de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la baie James*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

LAFONTAINE, P. et LACHANCE, B. (1992) *Évolution de la mortalité et de la morbidité par maladies cardiovasculaires, au Québec, entre 1975 et 1990*. Allocution prononcée dans le cadre de la Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, Victoria, Colombie-Britannique, 28 mai.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

NICHOLLS, E., NAIR, C., Mac WILLIAM, L., MOEN, J. et MAO, Y. (1986). *Maladies cardiovasculaires au Canada*, Statistique Canada, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.

REEDER, B.A., LAUZON, R., MAO, Y., NAIR, C. et PETRASOVITS, A. (1991). *Cardiovascular Disease in Canada*, Heart and Stroke Foundation of Canada, Health and Welfare Canada, Statistics Canada and University of Saskatchewan.

SANTÉ QUÉBEC (1991). *Faits saillants de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

Chapitre 1

MÉTHODES

Robert Courtemanche
Bureau de la statistique du Québec
Direction de la méthodologie

Carole Daveluy
Santé Québec

1.0 Introduction

Ce chapitre présente quelques éléments méthodologiques relatifs à l'échantillonnage et au processus d'enquête. Les méthodes suivies sont conformes à celles des autres enquêtes provinciales sur la santé cardiovasculaire (MacLean et coll., 1992). On y trouve aussi certaines précisions relatives à la qualité des données et aux limites de l'enquête. La dernière partie est consacrée à la définition des facteurs de risque et des variables utilisés dans le rapport. Pour des renseignements plus complets sur ces différents aspects de l'enquête, le lecteur pourra consulter le cahier technique qui fait l'objet d'une publication séparée.

1.1 Échantillonnage¹

1.1.1 Population

La population visée est la population québécoise non institutionnalisée, âgée de 18 à 74 ans. Les populations des territoires cri et inuit ainsi que les populations éloignées et peu nombreuses desservies par sept centres locaux de services communautaires (CLSC) (tableau 1.1) ont été soustraites de la population visée pour former la population échantillonnée, c'est-à-dire la population à partir de laquelle l'échantillon est sélectionné. La population échantillonnée couvre ainsi plus de 99 % de la population visée; elle représente 5 000 371² individus de 18 à 74 ans parmi les 6 700 000³ Québécois et Québécoises.

1.1.2 Base de sondage

La base de sondage a été formée à partir du fichier des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Le fichier, mis à jour continuellement, couvre toute la population visée. Des données telles que le nom, l'âge, le sexe et l'adresse y sont disponibles. Le code du CLSC y a été ajouté avec l'aide du fichier de correspondance des codes postaux du ministère de la Santé et des Services sociaux.

1. Le plan d'échantillonnage a été préparé par le Bureau de la statistique du Québec en collaboration avec la Division des enquêtes spéciales de Statistique Canada.
2. Estimation de la population au 1^{er} juin 1990, selon le Bureau de la statistique du Québec.
3. Estimation de la population au 1^{er} juin 1990, selon le Bureau de la statistique du Québec.

TABLEAU 1.1
*Liste des districts de CLSC exclus de la
 population échantillonnée, Québec 1990*

NOM DU DISTRICT	POPULATION VISÉE ¹
MATAGAMI	2 317
LEBEL-SUR-QUÉVILLON	2 419
BAIE JAMES	231
FERMONT	2 317
SCHEFFERVILLE	619
SAINT-JEAN-EUDES	4 566
BASSE-CÔTE-NORD	3 758
TERRITOIRE INUIT	2 849
TERRITOIRE CRI	4 471
TOTAL	23 410

1. Le nombre de personnes âgées de 18 ans à 74 ans selon le recensement canadien de 1986.

1.1.3 Sélection de l'échantillon

Le Québec a d'abord été divisé en unités primaires d'échantillonnage (UPE) formées d'un ou deux districts de CLSC. Les 154 UPE ainsi formées ont ensuite été regroupées en strates² selon deux critères : géographique (strate rurale, urbaine ou métropolitaine) et autoreprésentatif³ ou non sur la base du nombre de personnes (tableau 1.2). Les 95 UPE ont finalement été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle au nombre de personnes de 18 à 74 ans visées sur leur territoire. À l'intérieur de chacune des UPE sélectionnées, les individus du fichier des bénéficiaires ont été regroupés en six groupes de sexe et d'âge : masculin et féminin, 18 à 34, 35 à 64 et 65 à 74 ans.

1.1.4 Taille et répartition de l'échantillon

Le nombre total de répondants qui devaient participer à la deuxième étape de l'enquête (visite à la clinique) était de 2200, répartis également entre les hommes et les femmes (tableau 1.3). La répartition de l'échantillon devait aussi permettre d'obtenir un nombre plus ou moins égal d'individus dans l'échantillon des catégories à haut risque (par exemple, hypertension artérielle et hypercholestérolémie) selon le groupe d'âge et le sexe. Le groupe des jeunes gens étant considéré comme une priorité d'intervention, cette méthode de répartition a nécessité un échantillon plus grand du groupe des 18 à 34 ans, et ce, afin d'obtenir un nombre suffisant d'individus à risque.

2. La stratification est la division de la population en groupes homogènes appelés strates.

3. Une strate est dite autoreprésentative si toutes les UPE sont échantillonnées, parce que le nombre de personnes est suffisamment grand.

TABLEAU 1.2
Répartition de l'échantillon des UPE par strate, Québec 1990

STRATE		UPE DANS LA POPULATION	UPE DANS L'ÉCHANTILLON	POPULATION VISÉE DANS L'ENSEMBLE DES UPE	
GÉOGRAPHIQUE	AUTOREPRÉSENTATIVE	NOMBRE	NOMBRE	,000	%
RURALE	NON	58	16	713	15,4
URBAINE	NON	32	21	898	19,4
URBAINE	OUI	13	13	667	14,4
MÉTROPOLITAINE	NON	20	14	590	12,7
MÉTROPOLITAINE	OUI	31	31	1 769	38,2
TOTAL		154	95	4 637	100,0

*Le nombre de personnes âgées de 18 à 74 ans selon le recensement canadien de 1986.

TABLEAU 1.3
Répartition du nombre de visites attendues à la clinique
selon le groupe d'âge et le sexe, Québec 1990

GROUPE D'ÂGE	SEXE		TOTAL
	HOMMES	FEMMES	
18-34	600	600	1 200
35-64	300	300	600
65-74	200	200	400
TOTAL	1 100	1 100	2 200

1.1.5 Taux de réponse

Pour atteindre ce nombre de répondants, 3793 individus ont été sélectionnés à partir du fichier des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (tableau 1.4). Un échantillonnage aléatoire et systématique a été tiré dans chacun des six groupes d'âge et de sexe. La taille de l'échantillon par unité primaire d'échantillonnage (UPE) a été d'environ 40 individus. Parmi les 3793 individus échantillonnés à partir du fichier de l'inscription des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les infirmières ont pris contact avec 3058 personnes (81 %) et les ont invitées à participer à l'enquête. De ce groupe, 2354 personnes (77 %) ont fait l'entrevue à domicile et 2097 (69 %) se sont rendues à la visite à la clinique et, finalement, on a obtenu des données de laboratoire pour 2056 personnes (67 %).

TABLEAU 1.4
*Population, échantillon et répondants
 selon l'âge et le sexe, Québec 1990*

SEXÉ ÂGE	HOMMES			FEMMES			TOTAL
	18-34	35-64	65-74	18-34	35-64	65-74	
POPULATION (a) TOTALE ,000	1 003	1 270	198	978	1 293	256	5 000
ÉCHANTILLONNÉE (b)	1 183	477	284	1 088	476	285	3 793
REJOINTE (c)	894	393	256	864	420	231	3 058
% (d)	76	82	90	79	88	81	81
ENTREVUE À DOMICILE	651	300	201	682	341	179	2 354
% (e)	73	76	79	79	81	77	77
ENTREVUE À DOMICILE ET VISITE À LA CLINIQUE FAITES	564	276	183	600	316	158	2 097
% (f)	63	70	72	69	75	68	69
ENTREVUE À DOMICILE ET DONNÉES DE LABORATOIRE	551	273	180	586	313	153	2056
% (g)	62	69	70	68	75	66	67

- (a) Estimation de la population au 1^{er} juin 1990, selon le Bureau de la statistique du Québec.
- (b) Nombre de personnes tirées à partir du fichier de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.
- (c) Nombre de personnes rejointes à l'aide des renseignements provenant du fichier des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec qui furent invitées à participer à EQSCV/N.
- (d) Pourcentage des personnes rejointes parmi les personnes échantillonnées.
- (e) Pourcentage des personnes ayant fait l'entrevue à domicile parmi les personnes rejointes.
- (f) Pourcentage des personnes ayant fait l'entrevue à domicile et la visite en clinique parmi les personnes rejointes.
- (g) Pourcentage des personnes ayant fait l'entrevue à domicile et pour lesquelles on a recueilli des données de laboratoire parmi les personnes rejointes.

Les 735 personnes (19 %) qui n'ont pas été rejointes se répartissent de la façon suivante : 198 ont effectivement déménagé, 278 sont introuvables, 59 sont non admissibles à l'enquête, 141 sont admissibles mais non rejointes, et 59 sont non disponibles ou autres raisons. Ces raisons de non-réponse peuvent être ainsi regroupées en deux groupes : les trois premiers types de non-réponse (14 %) proviennent de la faiblesse de la base de sondage, tandis que les deux autres (5 %) sont reliés à la collecte.

Le taux global de contact des individus échantillonnés à partir du fichier d'inscription des bénéficiaires s'apparente à celui qui avait été anticipé. Bien que le fichier des bénéficiaires soit mis à jour continuellement, des délais dans l'inscription des changements d'adresse existent et occasionnent des difficultés à prendre contact avec certains individus. Afin de diminuer l'impact de ces délais, une attention particulière a été portée lors de la recherche des individus qui ont déménagé. Ainsi, plus de 200 répondants ont été retracés; certains (115) résident dans le même territoire de CLSC et d'autres (85) dans un autre territoire de CLSC. Le taux de contact et sa répartition se comparent avantageusement à ceux obtenus dans les enquêtes sur la santé cardiovasculaire des autres provinces.

La variation selon l'âge et le sexe des taux de collaboration (nombre de répondants divisé par le nombre de personnes rejointes), autant pour l'entrevue à domicile que pour la visite à la clinique, est peu importante, sauf pour le groupe des plus jeunes hommes (18 à 34 ans) qui a le taux de collaboration le plus bas comparativement aux autres groupes d'âge et au sexe. La strate géographique métropolitaine (RMR) obtient les taux de collaboration les plus bas (tableau 1.5). Cette situation s'apparente à celle des autres enquêtes de santé, Santé Canada (Statistique Canada 1981), Santé Québec 1987 (Santé Québec 1988) et Nutrition Canada (1977).

TABLEAU 1.5
*Nombre de contacts et de répondants selon
 la strate géographique, Québec 1990*

	STRATE GÉOGRAPHIQUE		RMR* QUÉBEC ET MONTRÉAL	TOTAL
	RURALE	URBAINE		
CONTACTS	542	1 143	1 373	3 058
ENTREVUE À DOMICILE	441	934	979	2 354
%	81	82	71	77
VISITE À LA CLINIQUE	397	846	854	2 097
%	73	74	62	69
DONNÉES DE LABORATOIRE	393	824	839	2 056
%	73	72	61	67

* RMR : Région métropolitaine de recensement.

Puisque la base de sondage avait eu un impact important sur le taux de personnes non rejointes, Courtemanche et Jean (1991) ont analysé la différence entre deux groupes de répondants : les personnes résidant à l'adresse inscrite au fichier et les autres. L'étude portant sur les répondants de 18 à 34 ans montre que les répondants ayant déménagé se distinguent des répondants résidant à l'adresse inscrite au fichier par une scolarité plus élevée, des revenus moins élevés et un niveau de cholestérol HDL plus élevé. Si ce groupe est représentatif des non-répondants qui ont déménagé, les résultats sur les connaissances et le cholestérol

HDL sont légèrement sous-estimés. L'impact global de la non-réponse sur les estimations peut par ailleurs être obtenu en comparant les estimations de la présente enquête avec des estimations indépendantes. Ces comparaisons, faites au chapitre 2, n'indiquent toutefois une différence que sur le plan de la langue maternelle.

Par ailleurs, des données de laboratoire n'ont pu être recueillies pour 299 personnes qui ont participé au questionnaire à domicile. Lorsqu'on compare ces personnes aux autres participants, on observe que les non-répondants sont proportionnellement plus jeunes et plus nombreux à fumer que ceux qui se sont présentés pour des prélèvements sanguins. Là encore, l'impact des non-répondants sur l'inférence est diminué par la pondération. On suppose alors que les variables mesurées avec les données de laboratoire sont peu influencées par la non-réponse.

1.1.6 Pondération

Toutes les statistiques présentées dans ce rapport ont été obtenues à partir de données pondérées. La pondération associe à chaque répondant le nombre de personnes qu'il représente dans la population visée. La pondération a pour but d'enlever le biais provenant de taux d'échantillonnage variables selon les strates et de minimiser le biais en raison de la non-réponse. Cette méthode de pondération a été effectuée pour le questionnaire à domicile, les données recueillies en clinique et les données sanguines. On a ainsi formé trois variables de pondération qui s'associent à chacun des instruments. Les variables utilisées dans la pondération sont l'âge, le sexe et la strate géographique.

TABLEAU 1.6
Répondants et population selon l'âge, en pourcentage, Québec 1990

ÂGE	18 - 34 ANS	35 - 64 ANS	65 - 74 ANS
RÉPONDANTS (2 354)	56,6	27,2	16,1
POPULATION (5 000 371)	39,5	51,4	9,1

L'impact de la pondération est important dans cette enquête. L'application de cette méthode entraîne une différence notable entre la distribution selon l'âge des répondants et celle de la population visée (répondants pondérés). Ainsi, avant la pondération, les trois groupes d'âge représentent respectivement 57 %, 27 % et 16 % de l'échantillon (tableau 1.6), le groupe des 18 à 34 ans ayant été suréchantillonné pour les besoins de l'enquête. La pondération des données permet de ramener cette répartition à des proportions représentatives de la population québécoise, soit respectivement 40 %, 51 % et 9 % pour chacun de ces groupes d'âge. Les données apparaissant dans les chapitres suivants sont présentées sous leur forme pondérée. Elles s'appliquent à l'ensemble de la population québécoise âgée de 18 à 74 ans, estimée à 5 000 371 personnes.

1.2 Processus d'enquête

Le protocole de l'enquête québécoise reprend celui qui a été élaboré pour les provinces atlantiques (Nova Scotia Department of Health and Fitness, 1987; Santé et services communautaires, Nouveau-Brunswick, 1989; Newfoundland Department of Health, 1990; Prince Edward Island Department of Health and Social Services, 1989). Depuis, ce même protocole a été suivi par les autres provinces canadiennes de sorte qu'une banque canadienne des données a pu être constituée. Dans tous les cas, le réseau de la santé publique a été mis à contribution. Au Québec, chacun des 95 CLSC¹ échantillonnés a ou un infirmier demandé à une infirmière ou un infirmier de s'occuper de la collecte des données. Pour une vue d'ensemble des méthodes d'enquête sur les maladies cardiovasculaires, le lecteur est prié de consulter Rose et coll. (1984).

1.2.1 Questionnaire

Les questions communes à l'ensemble des provinces proviennent pour la plupart d'enquêtes réalisées antérieurement sur les sujets à l'étude comme l'Enquête canadienne sur l'hypertension artérielle (Santé et Bien-être social Canada, 1989), l'Enquête canadienne sur l'activité physique (Enquête condition physique Canada, 1983) et l'Enquête sur les habitudes tabagiques des Canadiens (Santé et Bien-être social Canada, 1988a). On a ajouté, dans les sections portant sur l'activité physique et le tabagisme, des questions permettant des comparaisons avec l'Enquête Santé Québec 1987 (Santé Québec, 1988). Des blocs entiers de questions ont par ailleurs été ajoutés au questionnaire d'origine élaboré par la Nouvelle-Écosse. Les questions sur la maladie cardiaque provenant du questionnaire de Rose ainsi que la section sur les antécédents familiaux ont été adaptées du questionnaire de la Saskatchewan (Saskatchewan Health, 1989). L'utilisation des services de santé par la population fait aussi l'objet d'une nouvelle section, ainsi que le soutien social et les facteurs psychosociaux reliés à l'organisation du travail.

1.2.2 Collecte des données

L'enquête s'est déroulée de la façon suivante. Les individus échantillonnés ont d'abord reçu une lettre les informant des objectifs de l'enquête et de l'importance de participer. Ceux qui acceptaient d'y participer recevaient la visite d'une infirmière à leur domicile pour une entrevue d'environ 45 minutes. L'infirmière prenait deux mesures de leur tension artérielle et leur faisait répondre à un questionnaire (annexe 2). Les répondants étaient vus à nouveau, cette fois-ci à la clinique du CLSC, pour deux autres mesures de tension artérielle, des mesures anthropométriques (taille, poids, tour de taille et tour de hanches) et un prélèvement sanguin pour la mesure des lipides et des lipoprotéines (cholestérol total, HDL, LDL et triglycérides). Pour les aspects relatifs à la tension artérielle et à la cholestérolémie, les résultats ont été communiqués aux répondants à qui on a

1. En fait, 103 CLSC ont réalisé l'Enquête sur la santé cardiovasculaire, puisque trois régions ont acheté des échantillons supplémentaires afin d'obtenir des données représentatives de leur propre territoire.

recommandé de voir un médecin selon les protocoles de référence adoptés (Canadian Coalition for High Blood Pressure, 1988; Congrès du consensus canadien sur le cholestérol, 1988). Rappelons qu'était ensuite effectuée la collecte de données nutritionnelles lors d'une nouvelle visite au domicile des répondants, cette fois-ci par une nutritionniste.

1.3 Qualité des données

1.3.1 Formation des infirmières-interviewers

La formation des infirmières-interviewers, d'une durée de quatre jours, a porté sur les techniques d'entrevue, la prise des mesures physiques, l'acheminement des données et des échantillons sanguins ainsi que sur les procédures de contrôle des données. Afin d'assurer la comparabilité des données avec celles des enquêtes réalisées dans l'ensemble des provinces canadiennes, les méthodes de la collecte des données ont été enseignées à l'aide d'un manuel de formation adapté de celui qui avait été rédigé pour l'enquête de la Nouvelle-Écosse.

1.3.2 Validation des données

Chacune des opérations de collecte a donné lieu à des vérifications effectuées tant par les interviewers que par l'équipe de coordination de Santé Québec. Dix pour cent des personnes échantillonnées ont été contactées de nouveau, cette fois au téléphone, pour un questionnaire de contrôle. Mises à part les mesures de tension artérielle qui étaient effectuées à quatre reprises à l'ensemble des répondants, les mesures anthropométriques et les prélèvements sanguins ont été pris à deux reprises auprès de 10 % de l'échantillon. Les questionnaires, les formulaires de visite en clinique et les résultats des analyses de laboratoire ont subi des procédures de validation qui visaient à éliminer les erreurs de logique et de codes. Les données fournies par les équipes d'analyse ainsi que la programmation des indices ont été vérifiées par Santé Québec.

1.3.3 Précision des résultats

Tous les chiffres inscrits dans les tableaux sont des pourcentages présentés avec une décimale. La population québécoise représentée par l'échantillon ou population estimée (pe) y est également indiquée. Le renvoi à ces résultats dans le texte présente des pourcentages en nombres entiers. Les comparaisons entre les catégories sont effectuées à l'aide d'intervalles de confiance. Le calcul des intervalles de confiance a été effectué en tenant compte de l'effet de plan. Celui-ci est de 1,1 lorsque les données rapportent l'âge et le sexe, et de 1,5 pour tous les autres calculs. Un intervalle de confiance à 95 % a été calculé pour la majorité des proportions présentées dans ce rapport. Un intervalle de confiance à 95 % indique que si l'échantillon était répété un très grand nombre de fois, chaque échantillon produisant un nouvel intervalle de confiance, dans 95 % des cas, l'intervalle pourrait contenir la vraie valeur estimée par l'enquête. Lorsqu'il est question de

données ajustées pour l'âge, la population de référence est la population du Québec. Par ailleurs, et à moins d'indication contraire, les valeurs manquantes ont été exclues des analyses. Certains tableaux complémentaires sont présentés à l'annexe 4.

1.4 Portée et limites de l'enquête

L'enquête sur la santé cardiovasculaire est une enquête de type transversal. Voilà pourquoi elle ne permet pas de déceler des liens causaux entre les variables. Une analyse multivariée permettrait par contre de distinguer l'importance de chacun des facteurs de risque, ce qui n'a pas été fait dans ce rapport. Par ailleurs, les caractéristiques des survivants qui composent la population à l'étude sont probablement différentes de celles des personnes de la même génération qui sont décédées, donc absentes de l'échantillon, et ce, tant sur le plan des facteurs de risque que sur celui des antécédents personnels de maladies cardiovasculaires.

Malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données, il est impossible de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Cette limite étant importante quand le sujet traité est relativement spécialisé, comme c'est le cas dans une enquête sur la santé cardiovasculaire, un effort de vulgarisation a été fait pour simplifier les questions. À cela s'ajoute le biais en raison du rappel d'événements passés, par exemple les antécédents familiaux et certains aspects qui se rapportent aux comportements personnels.

Même si le protocole de l'enquête exigeait que les personnes présentant des seuils de tension artérielle et de cholestérolémie au-delà des normes reconnues soient dirigées vers leur médecin pour vérification et traitement au besoin, l'enquête sur la santé cardiovasculaire ne doit pas être considérée comme une étude de dépistage, ne serait-ce qu'à cause du caractère restreint de la population étudiée.

D'autres limites de l'enquête renvoient aux informations générées par les outils de mesure utilisés. Ainsi, certaines analyses sont limitées en raison des restrictions mêmes du questionnaire, notamment en ce qui a trait à la connaissance de certains facteurs de risque ou à la présence de certains facteurs de risque nécessitant des mesures cliniques, par exemple le diabète, ou encore à la présence de maladies cardiovasculaires, telle l'angine de poitrine.

Afin de bien cerner les limites des données et d'en informer le lecteur, chaque chapitre fait état des restrictions propres aux données utilisées ainsi qu'aux possibilités d'analyse. Les limites des données y sont décrites dans la section qui précède la présentation et l'analyse des informations traitées.

1.5 Définitions retenues dans ce rapport

Antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires

Les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires (MCV) sont définis à partir de la déclaration par le répondant d'antécédents familiaux de cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde, angine de poitrine), ou de maladies

cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques survenues avant l'âge de 60 ans chez le père, la mère ou un membre de la fratrie.

Antécédents personnels de maladies cardiaques

Les antécédents personnels (ou antérieurs) de maladies cardiaques sont définis à partir de l'estimation de l'angine de poitrine, ou de claudication intermittente, ou d'infarctus du myocarde.

Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est définie sur la base de la moyenne des mesures de la tension artérielle diastolique égale ou supérieure à 90 mm Hg, ou d'une hypertension artérielle faisant l'objet d'un traitement (Nova Scotia Department of Health, 1988; Santé et Bien-être social Canada, 1989). Ce traitement peut être soit pharmacologique, soit non pharmacologique s'il s'agit du contrôle du poids ou de restriction du sel. La catégorie des personnes ayant une pathologie connue mais non traitée et pour lesquelles la mesure de la tension artérielle était normale lors de l'enquête n'a pas été retenue ici. Ces personnes se retrouvent dans la catégorie des normotendus, puisque la définition de l'hypertension artérielle retenue dans ce rapport nécessite que la mesure soit hors normes ou qu'un traitement soit en cours.

Hypercholestérolémie

L'hypercholestérolémie est définie sur la base d'un taux de cholestérol total égal ou supérieur à 6,2 mmol/L. Ce taux est établi à titre de facteur de risque de maladies cardiovasculaires pour une population donnée. Un second taux, égal ou supérieur à 5,2 mmol/L, renvoie au taux de cholestérol que l'on dit élevé sur un plan individuel dans une relation médecin-patient; le seuil de 5,2 mmol/L est considéré comme l'objectif à atteindre et est utilisé pour certaines analyses présentées dans ce rapport. Tout comme pour l'hypertension artérielle, la catégorie des personnes à qui l'on a déjà dit que leur taux de cholestérol était élevé, qui ne suivent pas de traitement et dont la cholestérolémie est normale lors de l'enquête, n'a pas été retenue ici. Ces personnes se retrouvent dans la catégorie normale.

Diabète

Le diabète est défini sur la base de la déclaration du répondant qui mentionne qu'un médecin lui a appris qu'il faisait du diabète. Il faut noter que cette déclaration du répondant n'a pas été confirmée par une mesure de glycémie.

Obésité

L'obésité est définie sur la base de deux indices constitués à partir des mesures cliniques de la taille, du poids, du tour de taille et du tour de hanches. L'indice de masse corporelle (IMC) est égal au rapport obtenu de la division du poids en kilogrammes, par la taille en mètres au carré. Cet indice mesure l'obésité pondérale. Un IMC égal ou supérieur à 27 désigne les personnes présentant un surplus de poids. Sont considérées comme obèses les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 30¹. Le rapport tour de taille-tour de hanches (RTH) est égal au rapport obtenu de la division de la circonférence de la taille (abdomen) par celle des hanches.

1. Seuil recommandé dans le cadre des travaux du Comité d'interprétation des données de la présente enquête pour déceler un risque élevé de problèmes reliés aux maladies cardiovasculaires.

Un RTH égal ou supérieur à 0,9 pour les hommes et à 0,8 pour les femmes indique une obésité abdominale¹.

Tabagisme

Le tabagisme est défini sur la base de la déclaration du répondant qui dit consommer au moins une cigarette tous les jours.

Sédentarité

La sédentarité est définie sur la base de la déclaration du répondant qui dit s'entraîner, moins d'une fois par semaine, à des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance durant ses loisirs.

Consommation élevée d'alcool

La consommation élevée d'alcool est définie sur la base de la déclaration du répondant qui dit prendre 20 consommations d'alcool ou plus sur une base hebdomadaire.

Consommation de sel

La consommation de sel est définie sur la base de la déclaration du répondant qui dit ajouter régulièrement du sel en mangeant.

Scolarité relative

La scolarité relative est un indicateur créé lors de l'enquête Santé Québec 1987 qui classe les personnes selon trois groupes : celles qui ont une scolarité faible par rapport aux personnes de leur âge et de leur sexe; celles qui ont une scolarité moyenne par rapport aux personnes de leur âge et de leur sexe; et celles qui ont une scolarité élevée par rapport aux personnes de leur âge et de leur sexe.

Revenu

Le niveau de revenu est obtenu en divisant le revenu familial par le nombre de personnes qui composent le ménage. La population est regroupée selon trois niveaux : faible, moyen et supérieur, sur la base des seuils de faible revenu de Statistique Canada pour 1989 (Statistique Canada, 1990).

Milieu

Le milieu est dit urbain si la majorité des résidents de la municipalité du répondant habitent en zone urbaine, selon les statistiques du recensement canadien de 1986. Le milieu est dit rural dans tous les autres cas.

Langue

La langue correspond à la première langue apprise par le répondant. La population est regroupée selon trois catégories : le français, l'anglais et les autres langues. Étant donné les petits nombres dans la catégorie des autres langues, seules les catégories français et anglais sont utilisées dans le rapport.

1. Ces seuils, comparables à ceux utilisés dans les rapports d'enquête de la Saskatchewan et de l'Alberta, proviennent des résultats de l'enquête Condition physique Canada (1983). Il sera toutefois possible, lors d'analyses ultérieures, d'utiliser les seuils de 1 pour les hommes et de 0,8 pour les femmes conformément aux recommandations d'un groupe de spécialistes des normes pondérables (Santé et Bien-être social Canada, 1988b).

1.6 Références

- CANADIAN COALITION FOR HIGH BLOOD PRESSURE : PREVENTION AND CONTROL : REFERRAL AND TREATMENT GUIDELINES (1988). Available from Dr. Arun Chockalingham, Faculty of Medicine, Memorial University of Newfoundland, St. John.
- CONGRÈS DU CONSENSUS CANADIEN SUR LE CHOLESTÉROL (1988). « Le Congrès du consensus canadien sur la prévention de la cardiopathie et des maladies cardiovasculaires par la modification des facteurs de risque inhérents au cholestérol et aux lipoprotéines sériques. Rapport final », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 139 supplément (11).
- COURTEMANCHE, R. et JEAN, L. (1991). Méthodologie de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire, Actes du Colloque sur les méthodes et domaines d'application de la statistique. Bureau de la statistique du Québec.
- ENQUÊTE CONDITION PHYSIQUE CANADA (1983). *Condition physique et mode de vie au Canada*, gouvernement du Canada.
- MacLEAN, D.R., PETRASOVITS, A., NARGUNDKAR et coll. (1992). « Canadian Heart Health Surveys : A Profile of Cardiovascular Risk. Survey Methods and Data Analysis », *Canadian Medical Association Journal*, supplément, 6 : 3-8.
- NEWFOUNDLAND DEPARTMENT OF HEALTH AND DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE (1990). *Report of the Newfoundland Heart Health Survey*, St. John.
- NOVA SCOTIA DEPARTMENT OF HEALTH AND FITNESS AND DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE (1987). *Report of the Nova Scotia Heart Health Survey*, Halifax.
- NUTRITION CANADA (1977). *Rapport sur les habitudes alimentaires*. Bureau des sciences de la nutrition, ministère de la Santé et du Bien-être social Canada.
- PRINCE EDWARD ISLAND DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES AND DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE (1989). *Heart Health Survey*, Charlottetown.
- ROSE, G.A., BLACKBURN, H., GILLUM, R.F. et PRINEAS, R.J. (1984). *Méthodes d'enquête sur les maladies cardiovasculaires*, OMS, Genève.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988a). *L'usage du tabac au Canada en 1986*, ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988b). *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes, Rapport d'un groupe d'experts des normes pondérales constitué par la Direction de la promotion de la santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé*, ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1989). *Principaux résultats de l'étude sur l'hypertension artérielle au Canada*, ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

SANTÉ ET SERVICES COMMUNAUTAIRES NOUVEAU-BRUNSWICK ET
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1989). *Rapport de l'étude sur la santé
cardiaque au Nouveau-Brunswick*, Fredericton.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec
1987, Tome 1*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du
Québec.

SASKATCHEWAN HEALTH (1989). *Saskatchewan Heart Health Survey
Questionnaire*, Saskatoon.

STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé
Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (1990). *Répartition du revenu au Canada selon la taille du
revenu, 1989*, catalogue 13-207, ministère de l'Industrie, des Sciences et de la
Technologie, Ottawa.

Chapitre 2

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION DE L'ENQUÊTE

*Madéleine Levasseur
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de l'évaluation*

2.0 Introduction

Ce chapitre décrit de façon sommaire les caractéristiques sociodémographiques de la population de l'enquête. Il s'agit de la population ayant répondu au questionnaire à domicile; elle comprend 2354 personnes représentant 5 000 371 Québécois et Québécoises. L'analyse utilise ici les données pondérées, ce qui assure la représentativité de l'échantillon à la population québécoise pour ce qui est de l'âge, du sexe et de la strate géographique. Lorsque la situation le permet, les données de l'enquête sont comparées à celles du recensement de 1991.

2.1 Âge et sexe

L'enquête sur la santé cardiovasculaire s'adresse à la population âgée de 18 à 74 ans. Les trois groupes d'âge retenus pour l'analyse, soit les 18 à 34 ans, les 35 à 64 ans et les 65 à 74 ans, représentent respectivement 40 %, 51 % et 9 % de la population de l'enquête (tableau 2.1). Comme dans l'ensemble de la population québécoise, il y a un peu plus d'hommes que de femmes chez les 18 à 34 ans, alors que la situation inverse est observée dans le groupe des 65 à 74 ans (annexe 4, tableaux A - 2.1 et A - 2.2).

2.2 Lieu de résidence

Le partage de la population de l'enquête entre les municipalités rurales (21 %) et urbaines (79 %) est similaire à celui du recensement de 1991, dont les pourcentages respectifs sont de 22 % et 78 % (BSQ, 1992). La répartition des répondants selon l'âge est semblable en milieu rural et en milieu urbain. On remarque que les hommes comptent pour 52 % de la population rurale, mais pour 48 % de la population urbaine.

2.3 Langue

Près de 87 % de la population a déclaré le français comme première langue apprise. On retrouve une proportion semblable de répondants dont la langue

TABLEAU 2.1
*Caractéristiques sociodémographiques de la
 population de l'enquête, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	%	Pe
SEXE		
HOMMES	49,4	2 472 343
FEMMES	50,6	2 528 028
ÂGE		
18-34 ANS	39,5	1 972 971
35-64 ANS	51,4	2 572 375
65-74 ANS	9,1	455 025
LIEU DE RÉSIDENCE		
RURAL	20,6	1 027 784
URBAIN	79,4	3 972 587
LANGUE		
FRANÇAIS	86,9	4 344 028
ANGLAIS	6,9	345 759
AUTRES LANGUES	6,2	310 584
SCOLARITÉ RELATIVE		
FAIBLE	41,5	2 072 539
MOYENNE	35,5	1 772 528
ÉLEVÉE	23,0	1 148 319
SITUATION FAMILIALE		
MARIÉ(E), UNION LIBRE	66,4	3 320 001
SÉPARÉ(E), DIVORCÉ(E)	4,2	212 330
VEUF(VE)	6,1	305 431
CÉLIBATAIRE	23,3	1 162 610
STATUT D'ACTIVITÉ		
TRAVAILLE	60,6	3 011 790
AUX ÉTUDES	6,0	293 395
TIENT MAISON	18,4	912 946
INACTIF(VE)/SANTÉ	4,4	220 485
INACTIF(VE)/AUTRES	10,6	527 962
REVENU FAMILIAL		
FAIBLE	20,0	888 624
MOYEN	40,5	1 803 263
SUPÉRIEUR	39,5	1 754 737
PROFESSION		
COLS BLANCS/DIRECTION	28,2	934 901
COLS BLANCS/ADMINISTRATION	30,2	998 229
COLS BLEUS/SECTEUR PRIMAIRE	1,8	58 558
COLS BLEUS/SECTEUR SECONDAIRE	15,4	511 736
COLS BLEUS/SECTEUR TERTIAIRE	24,4	809 064

n = 2354; Pe = 5 000 371

maternelle est l'anglais (7 %) ou une autre langue (6 %). Par rapport au dernier recensement, les nonfrancophones sont sous-représentés. En 1991, les pourcentages étaient de 9 % et 8 % respectivement pour les personnes ayant l'anglais comme langue maternelle et pour celles dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais (population de 15 ans et plus) (Statistique Canada, 1993a). Il faut souligner également que les 65 à 74 ans représentent 14 % de la population anglophone de l'échantillon et 9 % de la population francophone.

2.4 Scolarité relative

L'indice de scolarité relative construit pour l'analyse des données de l'enquête permet d'évaluer la scolarité en relation avec l'âge et le sexe de la population. Il classe chaque personne par rapport aux autres personnes appartenant au même groupe d'âge (les trois groupes de l'enquête) et au même sexe selon le plus haut niveau d'étude réussi. Le regroupement comprend trois classes : faible, moyenne et élevée. Deux personnes sur cinq se retrouvent dans la catégorie ayant le plus faible niveau de scolarité. Les deux autres classes, moyenne et élevée, regroupent respectivement 36 % et 23 % de la population.

Parmi les personnes dont le niveau de scolarité est le plus faible, 43 % sont âgées de 18 à 34 ans et 48 % de 35 à 64 ans, tandis que dans le groupe ayant une scolarité élevée, les proportions respectives se chiffrent à 33 % et à 57 %. On peut aussi noter que les femmes comptent pour 47 % des personnes ayant une scolarité moyenne et 54 % de celles ayant une scolarité élevée.

2.5 Situation familiale

Les deux tiers des personnes interviewées sont mariées ou vivent en union libre, près du quart (23 %) sont célibataires et une sur dix est veuve, séparée ou divorcée. Selon le recensement de 1991, la proportion de Québécois et de Québécoises mariés ou vivant en union libre est plus faible (62 %) et celle des célibataires plus élevée (27 %) (Statistique Canada, 1992). Ces écarts peuvent s'expliquer par la plus grande présence des moins de 20 ans, majoritairement célibataires, dans la population du recensement qui est celle des 15 ans et plus, alors que l'enquête s'adresse aux 18 à 74 ans.

La situation familiale est évidemment influencée par l'âge. Ainsi, les trois quarts des célibataires sont âgés de 18 à 34 ans. Les 35 à 64 ans comptent pour 60 % des personnes mariées ou vivant en union libre, et 80 % de celles qui sont séparées ou divorcées. Les personnes veuves, séparées ou divorcées sont principalement des femmes.

2.6 Statut d'activité

Au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête, 61 % de la population travaillait et 18 % tenait maison. Les autres étaient aux études (6 %) ou inactifs pour

des raisons de santé (4 %) ou pour d'autres raisons (11 %). Dans ce dernier cas, il s'agit principalement de personnes retraitées, en chômage ou en vacances pendant cette période. Le pourcentage de personnes qui ont un emploi est comparable au taux d'activité (63 %) de la population active du Québec en 1991.

Les personnes qui travaillent sont majoritairement âgées de moins de 65 ans, et les étudiants de 18 à 34 ans. Les hommes représentent 60 % des travailleurs et une proportion semblable pour les personnes inactives. Ce sont les femmes qui tiennent maison dans près de 95 % des cas.

2.7 Revenu familial

Le niveau de revenu assigné à chaque individu tient compte du revenu familial déclaré et la taille du ménage, c'est-à-dire le nombre de personnes qui composent le ménage. La population est ensuite regroupée selon trois niveaux : les personnes à faible revenu (20 %), à revenu moyen (41 %) et à revenu supérieur (40 %).

On retrouve une proportion similaire de personnes âgées de 18 à 34 ans dans chaque catégorie de revenu. Par contre, les personnes de 65 à 74 ans sont plus nombreuses à faire partie des ménages à faible revenu (18 %) qu'à revenu supérieur (3 %). Les femmes sont en majorité (59 %) dans la classe à faible revenu, tandis que les hommes le sont dans le niveau de revenu supérieur (55 %). Il est à noter que le revenu familial n'a pas été mentionné chez 11 % des répondants.

2.8 Profession

La profession n'est connue que pour les personnes qui occupent un emploi rémunéré au moment de l'enquête. Cette population est presque entièrement âgée de moins de 65 ans et représente 66 % des Québécois et Québécoises visés. Plus de la moitié des travailleurs sont des cols blancs occupant un poste de direction (28 %) ou d'administration (30 %). Parmi les cols bleus, ceux du secteur tertiaire sont les plus nombreux (24 %); suivent ceux des secteurs secondaire (15 %) et primaire (2 %). En 1991, la population active du Québec se répartit de façon presque identique à celle de l'enquête selon les deux grandes catégories d'emploi : cols blancs (59 %) et cols bleus (41 %) (Statistique Canada, 1993b).

Dans chaque catégorie de profession, sur cinq personnes, on retrouve en gros deux personnes âgées de 18 à 34 ans et trois de 35 à 64 ans. Les femmes occupent majoritairement les postes d'administration (cols blancs) et les hommes ceux de direction (cols blancs) et de cols bleus.

2.9 Conclusion

Lorsqu'on compare les caractéristiques, on peut dire que la population de l'enquête représente relativement bien celle de l'ensemble du Québec. Il faut toutefois souligner la sous-représentation des non-francophones.

2.10 Références

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1992). *Le Québec Chiffres en main*, Édition 1992-1993, Québec, 18 pages.

STATISTIQUE CANADA (1992). *Âge, sexe et état matrimonial*, catalogue 93-310, Série « Le Pays », Ottawa, 241 pages.

STATISTIQUE CANADA (1993a). *La langue maternelle*, catalogue 93-313, Série « Le Pays », Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (1993b). *Profession*, catalogue 93-327, Série « Le Pays », Ottawa.

Chapitre 3

PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Lucie Chénard
Équipe de santé publique de Rimouski

Madeleine Levasseur
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de l'évaluation

3.0 Introduction

L'étude de la prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires a été réalisée en vue de mieux connaître la distribution de ces facteurs de risque au sein de la population québécoise. L'intérêt de l'analyse de ces facteurs de risque selon les caractéristiques démographiques et socio-économiques est de permettre la découverte des sous-groupes de la population les plus vulnérables, c'est-à-dire considérés comme des personnes à risque de développer une maladie cardiovasculaire en raison de la présence de facteurs de risque spécifiques.

L'incidence des maladies cardiovasculaires et la mortalité associée augmentent grandement avec l'âge. Comme c'est le cas pour plusieurs maladies à caractère chronique, l'étiologie est multifactorielle, c'est-à-dire que les facteurs de risque présents sont multiples (American Heart Association, 1984; Ostfeld, 1980; Kannel et coll., 1984). Les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires qui ont été retenus dans le cadre de cette enquête sont : les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires survenues avant l'âge de 60 ans, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, le tabagisme, la sédentarité, la consommation élevée d'alcool et la consommation de sel. Ces facteurs de risque englobent les principaux facteurs de risque reconnus jusqu'à maintenant par la documentation portant sur l'étiologie des maladies cardiovasculaires (Ostfeld, 1980; Kannel et coll., 1984; Caplan, 1990).

L'état actuel des connaissances sur les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires présente toutefois des limites pour ce qui est de la contribution de certains de ces facteurs de risque dans l'étiologie des maladies cardiovasculaires. Les limites de ces connaissances portent notamment sur le degré d'association de ces facteurs, sur les interrelations possibles ou probables entre les différents facteurs de risque ainsi qu'entre différentes composantes d'un même facteur de risque (Caplan, 1990; Grundy et coll., 1989; American Heart Association, 1990; Crouse, 1989).

La documentation scientifique indique que l'incidence des maladies cardiovasculaires est plus élevée en présence de plus d'un facteur de risque, parmi lesquels

figurent principalement l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le tabagisme (American Heart Association, 1984). Par ailleurs, de nombreuses études visent à mettre en lumière le rôle spécifique de certains facteurs de risque dans l'étiologie des maladies cardiovasculaires en montrant l'indépendance de ces facteurs de risque (Leitschuch et coll., 1991; Hubert et coll., 1983; Willett et coll., 1987; Grundy, 1990). Le degré de contribution de ces facteurs de risque au développement de maladies cardiovasculaires varie selon la manifestation de ces mêmes maladies ainsi que selon l'âge et le sexe des individus au moment du diagnostic. Enfin, aux facteurs de risque étudiés s'ajoutent des facteurs souvent négligés en raison de leur caractère non modifiable; parmi ceux-ci, mentionnons l'âge, le sexe et l'hérédité (Grundy, 1990; Rissanen, 1985). Les études et les analyses épidémiologiques futures devraient permettre de pondérer la contribution de tous ces facteurs et de leurs interrelations.

3.1 Données

Pour les fins de l'analyse, les facteurs de risque retenus par l'enquête ont été répartis en trois catégories : les facteurs de risque liés aux antécédents familiaux (antécédents familiaux de cardiopathies ischémiques, de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques), ceux associés à des états morbides (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète et obésité) et ceux qui relèvent de comportements personnels (tabagisme, sédentarité, consommation élevée d'alcool et ajout de sel en mangeant). Chacun de ces facteurs de risque a été analysé en fonction de l'âge et du sexe ainsi que des variables socio-économiques suivantes : la scolarité, le revenu, la langue et le lieu de résidence. L'ajustement selon l'âge des données de prévalence analysées en fonction du revenu, de la première langue apprise et du milieu de résidence n'a pas modifié les données initiales de prévalence, ce qui permet ainsi d'établir que les différences observées selon les classes de revenu, la langue et le milieu de résidence ne peuvent être attribuées à l'effet de l'âge.

3.2 Portée et limites des données

Les données analysées ici proviennent du questionnaire effectué à domicile, à l'exclusion de celles qui concernent le cholestérol et le poids, qui ont été obtenues en clinique. Les principales limites des données sont liées à la taille de l'échantillon. Celle-ci ne permet pas une représentation suffisante de la population dont la première langue apprise est l'anglais, de la population à faible revenu ainsi que de la population résidant en milieu rural pour permettre d'investiguer plus à fond la prévalence des facteurs de risque au sein de ces sous-populations.

3.3 Résultats

L'étude des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires a été réalisée en analysant tout d'abord les facteurs de risque un à un selon les trois catégories

mentionnées précédemment. Puis, la présence concomitante de facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires a été considérée.

3.3.1 Prévalence des facteurs de risque par catégorie

Antécédents familiaux

Cette catégorie a trait aux antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. Ces maladies ont été subdivisées en deux sous-groupes :

- antécédents familiaux de cardiopathies ischémiques (crise cardiaque et angine) chez le père, la mère ou un membre de la fratrie survenues avant l'âge de 60 ans;
- antécédents familiaux de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques chez le père, la mère ou un membre de la fratrie survenues avant l'âge de 60 ans.

Au total, 37 % de la population présente des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires survenues avant l'âge de 60 ans. Plus précisément, on retrouve 32 % de cardiopathies comparativement à seulement 10 % de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques (tableau 3.1)¹. La proportion de personnes qui mentionnent des antécédents familiaux de cardiopathies augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, mais les différences observées entre les groupes d'âge ne sont statistiquement significatives qu'entre les personnes du groupe d'âge le plus jeune (18 à 34 ans) et celles des deux autres groupes d'âge. Cette situation ne s'applique pas dans le cas d'antécédents familiaux de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques. La proportion la plus élevée de personnes qui mentionnent des antécédents familiaux de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques est située dans le groupe d'âge intermédiaire, entre 35 et 64 ans, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes.

En ce qui concerne les caractéristiques socio-économiques, les personnes ayant un faible niveau de scolarité mentionnent plus fréquemment des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et de cardiopathies. Par contre, on n'a pas détecté de différence statistiquement significative pour ce qui est du revenu et du milieu de résidence chez les personnes qui rapportent des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. La première langue apprise pourrait être associée à la présence d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. Ainsi, les antécédents familiaux de cardiopathies seraient plus fréquents chez les personnes ayant le français comme première langue apprise; bien que l'écart soit important, il n'est pas significatif.

États morbides

Cette catégorie comprend un ensemble d'états de santé établis par la documentation scientifique à titre de facteurs de risque de niveau primaire dans l'incidence des maladies cardiovasculaires, dont :

1. Les tableaux A-3.1 à A-3.5 de l'annexe 4 présentent les pourcentages et la population estimée qui y correspondent.

TABLEAU 3.1
Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux de maladies
cardiovasculaires selon certaines caractéristiques socio-
économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CARDIOPATHIES %	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES ET DES VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES %	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES %
ÂGE ET SEXE			
H 18-34	24,3 ^{1,2}	7,9	28,0 ^{1,2}
35-64	35,3 ¹	10,0	38,8 ²
65-74	37,6 ²	7,1	41,3 ²
TOTAL	31,0	8,9	34,6
F 18-34	25,4 ^{1,2}	10,0	30,5 ^{1,2}
35-64	37,5 ¹	13,4	44,6 ^{1,2}
65-74	41,3 ²	11,7	48,6 ²
TOTAL	33,5	11,9	39,6
TOTAL	32,3	10,4	37,1
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	38,2 ^{1,2}	10,7	42,3 ¹
MOYENNE	29,8 ¹	11,3	35,3
ÉLEVÉE	25,5 ²	8,6	30,9 ¹
REVENU			
FAIBLE	34,0	9,1	36,8
MOYEN	34,2	11,5	39,6
SUPÉRIEUR	30,6	9,9	35,6
LANGUE [§]			
FRANÇAIS	34,0	10,8	39,1
ANGLAIS	27,0	10,1	29,7
MILIEU			
RURAL	32,7	11,2	38,9
URBAIN	32,1	10,2	36,7

§ La première langue apprise.

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

- une tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ou une hypertension artérielle sous traitement pharmacologique ou non, par contrôle du poids ou restriction de sel;
- l'obésité :
 - indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30
 - rapport tour de taille-tour de hanches (RTH) :
 - $\geq 0,9$ chez les hommes,
 - $\geq 0,8$ chez les femmes;
- le diabète déclaré par les personnes;
- un niveau de cholestérol total $\geq 6,2$ mmol/L.

À l'exception d'un rapport tour de taille-tour de hanches élevé où plus de 40 % de la population présente ce facteur de risque, la prévalence des autres conditions est inférieure à 20 % (tableau 3.2). L'hypercholestérolémie vient au deuxième rang (19 %), suivie de l'hypertension artérielle (14 %) et de l'obésité (13 %) ainsi que du diabète (5 %). Pour chacun de ces facteurs de risque, l'âge représente la variable ayant une influence déterminante sur la prévalence d'états morbides parmi la population québécoise, la prévalence d'états morbides augmentant avec l'âge.

En raison de la taille réduite de l'échantillon, la puissance de l'étude s'avère toutefois insuffisante pour reconnaître comme vraisemblables des différences qui existent réellement. Seules des études portant sur de plus larges échantillons pourraient permettre une analyse plus raffinée des liens entre les facteurs de risque et les caractéristiques socio-économiques.

Parmi l'ensemble des caractéristiques socio-économiques étudiées, les personnes les moins scolarisées sont plus nombreuses à présenter les différents facteurs de risque, bien que l'écart ne soit significatif que pour le diabète et l'obésité. Les personnes à faible revenu sont également plus nombreuses que les personnes ayant un revenu supérieur à présenter ces facteurs de risque, et l'écart est significatif pour l'hypertension artérielle, l'obésité abdominale (RTH) et le diabète. Selon la première langue apprise, seule la tension artérielle montre une différence significative. Les personnes dont la première langue apprise est l'anglais sont plus nombreuses à présenter ce facteur de risque que celles dont la première langue apprise est le français.

Hypertension artérielle

Au total, près de 14 % de la population québécoise présente une hypertension artérielle. La prévalence de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge; les différences les plus marquées s'observent entre les trois groupes d'âge chez les femmes. Des différences significatives existent également chez les hommes, entre le groupe d'âge le plus jeune et les deux autres groupes d'âge. Les différences les plus marquées en fonction des caractéristiques socio-économiques se situent au niveau de la première langue apprise, où près du double des personnes de langue anglaise souffrent d'hypertension comparativement aux personnes de langue française, et entre les personnes à faible revenu et celles ayant un revenu élevé, ces dernières étant moins nombreuses à être hypertendues. Enfin, la proportion de personnes hypertendues ne semble pas varier selon le niveau de scolarité et le milieu de résidence.

TABLEAU 3.2
Facteurs de risque liés à des états morbides selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES		HYPERTENSION HTA %	OBÉSITÉ IMC ≥ 30 %	OBÉSITÉ RTH ÉLEVÉ %	DIABÈTE DÉCLARÉ %	HYPERCHOLESTÉROLÉMIE CHOL TOTAL ≥ 6,2 MMOL/L %
ÂGE ET SEXE						
H	18-34	5,7 ^{1,2}	7,3 ^{1,2}	27,6 ^{1,2}	0,7 ¹	6,7 ^{1,2}
	35-64	20,8 ¹	16,4	62,1 ¹	6,3 ¹	30,7 ¹
	65-74	23,2 ²	15,8	68,9 ²	15,4 ¹	25,9 ²
	TOTAL	14,9	12,6	48,6	4,8	20,6
F	18-34	1,6 ¹	6,8 ^{1,2}	18,2 ¹	3,8 ¹	4,9 ¹
	35-64	16,3 ¹	16,1	39,2 ¹	4,7	20,7 ¹
	65-74	37,8 ¹	19,0 ²	60,7 ¹	12,1 ¹	50,5 ¹
	TOTAL	12,8	12,9	33,6	5,1	17,7
TOTAL		13,8	12,8	41,1	4,9	19,1
SCOLARITÉ RELATIVE						
FAIBLE		15,2	16,6 ¹	47,6 ¹	7,2 ¹	20,8
MOYENNE		13,4	9,2 ¹	39,5	4,4	18,3
ÉLEVÉE		12,2	11,3	32,2 ¹	1,8 ¹	17,6
REVENU						
FAIBLE		18,4 ¹	15,6	48,4 ¹	8,4 ¹	20,4
MOYEN		14,1	12,1	41,0	4,7	17,2
SUPÉRIEUR		10,7 ¹	10,6	36,2 ¹	2,8 ¹	19,0
LANGUE [§]						
FRANÇAIS		12,9 ¹	12,2	40,9	4,7	19,6
ANGLAIS		25,1 ¹	15,4	45,3	4,8	13,8
MILIEU						
RURAL		14,5	13,5	44,7	4,6	17,0
URBAIN		13,7	12,6	40,2	5,1	19,6

HTA : Tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ou sous traitement.

RTH élevé : Rapport tour de taille-tour de hanches ≥ 0,9 chez les hommes et ≥ 0,8 chez les femmes.

§ La première langue apprise.

1,2 et 3. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Obésité

L'obésité est établie en calculant l'indice de masse corporelle (IMC) et le rapport tour de taille-tour de hanches (RTH). Il s'agit de deux mesures fort différentes; la première s'attarde au poids total en fonction de la taille, tandis que la seconde est une mesure plus spécifique de la distribution du poids corporel. L'indice de masse corporelle désigne les personnes ayant une obésité pondérale, tandis que le rapport tour de taille-tour de hanches désigne les personnes ayant une obésité abdominale. Les prévalences observées pour ces deux mesures de l'obésité dépendent des valeurs de seuil retenues pour désigner les personnes obèses ou non.

La proportion de personnes ayant une obésité pondérale est de 13 %, tandis que l'obésité abdominale se retrouve chez 41 % de la population québécoise. Bien que la proportion de personnes ayant une obésité pondérale soit comparable entre les hommes et les femmes, l'obésité abdominale est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

La prévalence de l'obésité pondérale et de l'obésité abdominale augmente avec l'âge, passant du simple au double entre le groupe d'âge le plus jeune (18 à 34 ans) et le groupe d'âge intermédiaire (35 à 64 ans). Parmi les caractéristiques socio-économiques étudiées, il existe des différences notables en ce qui a trait à la scolarité et au revenu. Chez les personnes peu scolarisées, la proportion d'individus ayant une obésité pondérale est plus importante comparativement aux individus ayant une scolarité moyenne. Il en est de même pour l'obésité abdominale, où la prévalence est plus importante chez les personnes les moins scolarisées ou à faible revenu. Par contre, la prévalence de l'obésité ne montre pas de différence significative selon la première langue apprise et le milieu de résidence.

Diabète

La proportion de la population qui mentionne le diabète se chiffre à 5 %. Le diabète est sans lien significatif avec le lieu de résidence ou la langue, mais se trouve fortement influencé par l'âge. Ainsi, plus l'âge est élevé, plus la proportion de personnes qui mentionne le diabète est importante, rejoignant plus de 15 % des hommes de 65 à 74 ans. De plus, les personnes faiblement scolarisées ou à faible revenu se distinguent par une prévalence nettement plus élevée de diabète comparativement aux personnes plus scolarisées ou à celles ayant un revenu supérieur.

Hypercholestérolémie

La mesure de l'hypercholestérolémie a fait l'objet d'une analyse qui tient compte à la fois du taux de cholestérol total, de ses composantes HDL et LDL ainsi que des triglycérides.

Cholestérol sanguin total

Selon l'enquête, 19 % de la population de 18 à 74 ans présente un niveau de cholestérol total égal ou supérieur à 6,2 mmol/L. En tenant compte des caractéristiques socio-économiques, ce facteur de risque se répartit assez uniformément au sein de la population. Les différences dans la prévalence d'un taux élevé de cholestérol total s'observent entre les groupes d'âge et le sexe. Les personnes de moins de 35 ans sont les moins nombreuses à présenter ce facteur de risque,

et ce, tant chez les hommes que chez les femmes, tandis que les différences les plus marquées apparaissent entre les hommes et les femmes âgés de 65 à 74 ans, les femmes étant deux fois plus nombreuses à présenter une hypercholestérolémie.

Cholestérol lié aux lipoprotéines de basse densité (LDL)

L'hypercholestérolémie se mesure aussi par un niveau de cholestérol LDL égal ou supérieur à 4,1 mmol/L. Il y a une association étroite entre le cholestérol LDL et le cholestérol total, aussi leur répartition dans la population présente-t-elle des similarités (tableau 3.3). La prévalence d'un taux élevé de cholestérol LDL dans la population adulte se chiffre à près de 17 %. Tout comme pour le cholestérol total, les écarts entre les sexes sont liés à l'âge. Avant 65 ans, la prévalence est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes. Par contre, il y a deux fois plus de femmes de 65 à 74 ans que d'hommes de 65 à 74 ans qui présentent un niveau élevé de cholestérol LDL. Ce paramètre ne semble pas être influencé par les caractéristiques socio-économiques étudiées.

Cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité (HDL)

Le cholestérol HDL étant considéré comme le « bon cholestérol », c'est sa faible concentration sanguine, soit un niveau inférieur à 0,9 mmol/L, qui constitue un risque de maladies cardiovasculaires, plus particulièrement de cardiopathies. Près de 8 % des personnes de 18 à 74 ans ont un faible taux de cholestérol HDL. Contrairement à ce qui a été observé pour le cholestérol LDL, l'écart entre les sexes est très important. Il y a quatre fois plus d'hommes que de femmes qui présentent ce facteur de risque. Dans la population féminine, la prévalence d'un faible taux de cholestérol HDL (3,2 %) ne varie pas selon l'âge. Chez les hommes, par contre, la prévalence double entre 18 et 34 ans et 35 et 64 ans, mais elle n'augmente pas lorsqu'ils sont encore plus âgés. On observe que les personnes ayant un faible revenu ou ayant un faible niveau de scolarité sont deux fois plus nombreuses que les personnes ayant un revenu supérieur ou une scolarité élevée à présenter une faible concentration de cholestérol HDL. Ces écarts ne sont toutefois pas significatifs sur le plan statistique.

Rapport cholestérol total-cholestérol HDL

Le rapport du cholestérol total sur le cholestérol HDL (CHOL total-HDL) reflète deux composantes du cholestérol total, les fractions LDL et HDL. Un rapport égal ou supérieur à 5,0 indique un risque élevé de maladies cardiovasculaires. Deux études récentes montrent que le rapport CHOL total-HDL est fortement relié aux maladies coronariennes chez les femmes de tous âges et chez les hommes âgés (Castelli et coll., 1992; Kannel et Vokonas, 1992). Plus du quart (27 %) de la population a un rapport CHOL total-HDL égal ou supérieur à 5,0. La prévalence de ce profil est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge; elle est plus du double chez les moins de 65 ans. La moitié des hommes de 35 à 64 ans ont un rapport CHOL total-HDL égal ou supérieur à 5,0, mais cette proportion diminue entre 65 et 74 ans. Chez les femmes, la fréquence de ce facteur de risque augmente avec l'âge.

TABEAU 3.3
Prévalence des taux élevés de lipides sanguins selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES		CHOL LDL ≥ 4,1 MMOL/L %	CHOL HDL < 0,9 MMOL/L %	CHOL TOTAL/ HDL ≥ 5,0 %	TRYGLYCÉRIDES ≥ 2,3 MMOL/L %
ÂGE ET SEXE					
H	18-34	8,1 ^{1,2}	8,4	20,7 ^{1,2}	11,2 ^{1,2}
	35-64	23,1 ¹	15,3	50,8 ¹	31,7 ¹
	65-74	23,8 ²	14,4	43,5 ²	21,8 ²
	TOTAL	16,9	12,4 ¹	38,0 ³	22,6 ³
F	18-34	4,5 ¹	3,1	8,2 ¹	5,0 ^{1,2}
	35-64	19,0 ¹	3,3	18,1 ¹	13,8 ¹
	65-74	48,9 ¹	2,6	40,3 ¹	20,0 ²
	TOTAL	16,4	3,2 ¹	16,6 ³	11,1 ³
TOTAL		16,7	7,7	27,1	16,8
SCOLARITÉ RELATIVE					
FAIBLE		19,2	9,1	28,9	18,4
MOYENNE		14,6	8,3	29,0	18,0
ÉLEVÉE		15,4	4,5	21,2	12,0
REVENU					
FAIBLE		16,8	11,1	26,8	18,9
MOYEN		14,4	8,6	29,0	17,1
SUPÉRIEUR		17,4	5,7	25,0	14,1
LANGUE [§]					
FRANÇAIS		17,3	7,4	27,5	16,7
ANGLAIS		14,6	7,8	26,4	15,7
MILIEU					
RURAL		15,4	10,2	25,7	18,5
URBAIN		17,0	7,1	27,5	16,3

§ La première langue apprise.

1,2 et 3. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Triglycérides

Il existe une relation inverse entre le taux de triglycérides et le taux de cholestérol HDL. Cependant, il semble qu'un taux élevé ($\geq 2,3$ mmol/L) de triglycérides puisse être à lui seul considéré comme un facteur de risque de maladies coronariennes surtout chez les femmes (Castelli, 1988).

L'hypertriglycéridémie se retrouve chez près de 17 % de la population. Elle s'accroît continuellement avec l'âge chez les femmes tandis que chez les hommes, elle atteint sa plus haute prévalence entre 35 et 64 ans. Les hommes de 18 à 65 ans sont deux fois plus nombreux que les femmes du même âge à présenter un niveau élevé de triglycérides. L'hypertriglycéridémie se répartit assez uniformément parmi les groupes socio-économiques étudiés. Elle semble cependant plus fréquente chez les personnes ayant un faible niveau de scolarité que chez les personnes plus scolarisées, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.

Dans l'ensemble, on peut dire que le cholestérol total, sa composante LDL ainsi que les triglycérides sont principalement associés à l'âge et au sexe parmi les caractéristiques personnelles et socio-économiques étudiées.

Comportements personnels

Les comportements personnels qui figurent parmi les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires retenus dans la présente étude se définissent de la façon suivante :

- le tabagisme : consommation d'au moins une cigarette tous les jours;
- la sédentarité : s'entraîne moins d'une fois par semaine à des activités physiques 20 à 30 minutes par séance, durant les loisirs;
- la consommation élevée d'alcool : absorption de 20 consommations d'alcool ou plus sur une base hebdomadaire;
- la consommation de sel : ajout régulier de sel en mangeant.

Parmi les comportements à risque de maladies cardiovasculaires, le tabagisme et la sédentarité se situent parmi les facteurs de risque majeurs. La consommation d'alcool et de sel constituent des facteurs de risque indirectement liés à l'incidence des maladies cardiovasculaires (tableau 3.4).

Tabagisme

Près d'un Québécois sur trois est un fumeur régulier (32 %). La proportion la plus élevée de fumeurs réguliers est observée parmi les personnes du groupe d'âge le plus jeune, les 18 à 34 ans, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Les fumeurs sont plus nombreux chez les personnes les moins scolarisées ou à faible revenu. Enfin, on observe autant de fumeurs réguliers chez les femmes que chez les hommes.

Sédentarité

Quarante pour cent de la population québécoise est sédentaire selon une définition qui tient compte de la pratique d'activités physiques durant les loisirs, moins d'une fois par semaine, et de 20 à 30 minutes par séance. Toutefois, ces données doivent être traitées avec prudence puisqu'elles ne tiennent pas compte de l'activité physique réalisée en dehors du temps de loisirs.

Les proportions les plus élevées de personnes sédentaires sont observées parmi

TABLEAU 3.4
Facteurs de risque liés à des comportements selon certaines caractéristiques
socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	FUMEUR RÉGULIER %	SÉDENTARITÉ* %	ALCOOL ≥ 20 CONS. / SEM %	SEL AJOUT RÉGULIER %
ÂGE ET SEXE				
H 18-34	36,8 ¹	35,0 ¹	5,9	17,7 ¹
35-64	31,2 ²	48,6 ¹	9,1	26,5 ¹
65-74	18,2 ^{1,2}	41,0	7,1	17,5
TOTAL	32,4	42,4	7,6 ¹	22,3 ²
F 18-34	37,9 ¹	36,5	0,3	15,2 ¹
35-64	30,1 ²	39,2	0,6	13,2
65-74	11,5 ^{1,2}	34,7	0,0	7,1 ¹
TOTAL	31,2	37,7	0,5 ¹	13,4 ²
TOTAL	31,8	40,0	4,0	17,8
SCOLARITÉ RELATIVE				
FAIBLE	37,7 ¹	47,0 ^{1,2}	4,3	20,7 ¹
MOYENNE	32,6 ²	36,6 ¹	3,3	14,0 ¹
ÉLEVÉE	20,2 ^{1,2}	32,3 ²	4,6	18,5
REVENU				
FAIBLE	37,6 ¹	40,5	4,4	20,3
MOYEN	32,5	42,2	4,2	16,1
SUPÉRIEUR	27,6 ¹	36,3	4,0	18,7
LANGUE §				
FRANÇAIS	32,6	39,6	3,4	18,7
ANGLAIS	26,7	35,1	7,5	13,2
MILIEU				
RURAL	34,8	46,4 ¹	4,9	18,8
URBAIN	31,0	38,4 ¹	3,8	17,5

* Sédentarité : Pratique d'activités physiques durant les loisirs, moins d'une fois par semaine, à raison de 20 à 30 minutes par séance.

§ La première langue apprise.

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

la population masculine âgée entre 35 et 64 ans, chez les personnes faiblement scolarisées et parmi celles résidant en milieu rural. Aucune différence statistiquement significative n'est notée en fonction du revenu ou de la langue.

Alcool et sel

Une consommation élevée d'alcool ou la consommation d'aliments salés entraînerait une augmentation de la tension artérielle (American Heart Association, 1984; Ostfeld, 1980; Kannel et coll., 1984; Caplan, 1990). Le niveau de consommation d'alcool retenu pour désigner les personnes à risque est de 20 consommations ou plus sur une base hebdomadaire. La consommation d'aliments salés est beaucoup moins précise et les personnes ont été désignées à risque lorsqu'elles mentionnaient ajouter souvent du sel en mangeant. Selon ces définitions, 4 % de la population mentionne une consommation élevée d'alcool et 18 % de la population ajoute régulièrement du sel en mangeant. Les prévalences les plus élevées de ces deux comportements sont observées chez les hommes du groupe d'âge intermédiaire (35 à 64 ans). Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à présenter une consommation élevée d'alcool. En effet, moins de 1 % des femmes mentionnent une consommation élevée d'alcool. Elles sont également beaucoup moins nombreuses que les hommes à ajouter souvent du sel en mangeant. Les caractéristiques socio-économiques étudiées n'indiquent pas de différence significative pour ces deux comportements, à l'exception de l'ajout de sel qui est plus souvent mentionné par les personnes ayant une faible scolarité comparativement aux personnes dont la scolarité se situe dans la moyenne.

3.3.2 Liens entre les catégories de risque

La documentation scientifique fait état des liens entre la présence d'états morbides et de certains comportements personnels. On rapporte aussi une augmentation du risque avec le cumul de facteurs de risque, sans généralement préciser si les différents facteurs de risque liés aux états morbides sont interreliés. Ainsi, lorsqu'un facteur de risque est présent, les personnes sont, sur le plan biologique, davantage susceptibles d'en présenter ou d'en développer d'autres. En regard des comportements à risque, la documentation reconnaît à ce sujet certains de ces facteurs de risque, tels le tabagisme et la sédentarité, comme facteurs de risque indépendants. Voilà pourquoi, la présence d'autres états morbides et des comportements à risque a été établie selon la présence ou non de chacun des états morbides étudiés dans le cadre de cette enquête (tableau 3.5).

Les résultats obtenus permettent d'observer que les personnes ayant un état morbide présentent d'autres états morbides en proportion plus élevée que celles n'ayant pas cet état morbide. Par exemple, la proportion de personnes présentant de l'hypercholestérolémie, du diabète ou de l'obésité est plus importante chez les hypertendus que chez les normotendus. Cela suggère que lorsqu'il y a un état morbide, les personnes sont plus susceptibles d'en présenter d'autres. Sur le plan des comportements, les résultats sont beaucoup moins explicites et ne mettent pas en relief de différences entre les personnes ayant un état morbide et celles n'en ayant pas, à l'exception des personnes qui présentent une obésité pondérale ou abdominale chez lesquelles un comportement sédentaire est plus souvent observé.

TABLEAU 3.5
Facteurs de risque liés à des comportements et des états morbides selon la présence d'états morbides, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

ÉTATS MORBIDES ET COMPORTEMENTS	ÉTATS MORBIDES									
	HYPERTENSION %		HYPERCHOLÉSTÉROLÉMIÉ %		DIABÈTE DÉCLARÉ %		OBÉSITÉ IMC %		OBÉSITÉ RTH %	
	OUI	NON	≥ 6,2 MMOL/L	< 6,2 MMOL/L	OUI	NON	≥ 30	< 30	ÉLEVÉ	FAIBLE
HTA (T.A. DIASTOLIQUE ≥ 90 MM HG OU SOUS TRAITEMENT)	—	—	22,6 ¹	11,5 ¹	30,1 ¹	13,0 ¹	35,4 ¹	10,4 ¹	22,3 ¹	7,4 ¹
HYPERCHOLÉSTÉROLÉMIÉ (CHOL TOTAL ≥ 6,2 MMOL/L)	31,8 ¹	17,1 ¹	—	—	29,5	18,6	25,9	17,7	27,0 ¹	13,4 ¹
DIABÈTE DÉCLARÉ	10,8 ¹	4,0 ¹	7,9	4,5	—	—	15,2 ¹	3,6 ¹	9,3 ¹	1,9 ¹
OBÉSITÉ (IMC ≥ 30)	33,1 ¹	9,6 ¹	17,5	11,6	38,3 ¹	11,4 ¹	—	—	24,0 ¹	4,9 ¹
OBÉSITÉ (RTH ÉLEVÉ)	67,8 ¹	36,9 ¹	58,3 ¹	37,0 ¹	77,1 ¹	39,2 ¹	77,1 ¹	35,5 ¹	—	—
FUMEUR RÉGULIER	21,1 ¹	33,5 ¹	29,1	30,2	34,8	31,6	21,8	31,1	27,5	32,0
ALCOOL (≥ 20 CONS./SEMAINE)	7,8	3,4	5,8	3,3	7,2	3,8	5,9	3,3	4,6	3,3
SEL (AJOUT RÉGULIER)	14,4	18,3	17,5	17,2	19,5	17,7	14,5	17,9	18,1	17,2
SEDENTARITÉ (ACTIVITÉ PHYSIQUE < 1 FOIS/SEMAINE)	48,1	38,7	42,4	38,5	50,8	39,5	48,8 ¹	38,1 ¹	44,2 ¹	36,1 ¹

1. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.
Lire : On retrouve 31,8 % de personnes qui font de l'hypercholestérolémie parmi les personnes hypertendues et 17,1 % chez les personnes normotendues.

De façon générale, on observe que la proportion de fumeurs est plus faible chez les personnes ayant un état morbide, tandis que la proportion de personnes sédentaires ou qui mentionnent une consommation élevée d'alcool a tendance à être plus importante chez les personnes présentant un état morbide.

3.4 Conclusions

3.4.1 Synthèse et discussion des résultats

En résumé, parmi les facteurs de risque retenus jusqu'à maintenant comme facteurs de risque majeurs, le tabagisme est le facteur de risque le plus fréquent, suivi de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension artérielle; le diabète se situe loin derrière. Si l'on tient compte de l'âge, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle viennent en tête à partir de 65 ans.

Les autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires retenus pour l'enquête sont des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ainsi que la sédentarité, l'obésité, la consommation d'alcool et l'ajout de sel.

Plus du tiers de la population québécoise mentionne des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. Toutefois, l'analyse des antécédents familiaux comme facteur de risque présente certaines limites. Ainsi, les antécédents familiaux renvoient à des événements qui ont eu cours antérieurement, ce qui distingue ces facteurs de risque de ceux liés aux états morbides ou aux comportements, ceux-ci étant le reflet de la situation lors de l'enquête. De plus, l'âge des personnes constitue une donnée fondamentale dans l'étude des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. Ainsi, chez les personnes les plus jeunes, les parents sont également jeunes et la maladie peut ne pas s'être encore manifestée; chez les personnes plus âgées, la connaissance de la cause de maladie ou de décès des membres de la famille peut être moins précise comparativement à des personnes moins âgées.

La sédentarité est actuellement considérée comme un facteur de risque indépendant. Cependant, sa prévalence ne peut pas être évaluée ici dans toutes ses dimensions, puisque l'estimation du niveau d'activité ne prend pas en considération les activités liées au travail.

L'obésité est le plus souvent associée à d'autres facteurs de risque comme l'hypertension, le diabète et la sédentarité. Mais des études récentes tendent à démontrer l'indépendance de l'obésité abdominale (RTH) comme facteur de risque de maladies cardiovasculaires (Després et coll., 1990; Bouchard et coll., 1990). Sous ces deux formes, l'obésité touche une partie importante de la population québécoise. L'ambiguïté de ce facteur de risque tient au fait qu'il est influencé à la fois par des caractéristiques génétiques et socioculturelles. Il semble toutefois que le rôle de ces dernières variables, c'est-à-dire des conditions du milieu et des habitudes de vie, soit prépondérant (Bouchard, 1990).

La consommation d'alcool et l'ajout de sel présentent un intérêt moindre dans la mesure où ils constituent des facteurs de risque indirectement liés à l'incidence des maladies cardiovasculaires.

L'analyse des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires selon les caractéristiques personnelles et socio-économiques montre des différences souvent importantes. Ainsi, les femmes sont, dans l'ensemble, moins nombreuses à présenter des états morbides et à adopter des comportements à risque comparativement aux hommes.

Chez les hommes, les états morbides sont généralement présents dans les mêmes proportions dans les groupes d'âge de 35 à 64 ans et de 65 à 74 ans, ce qui les distinguent principalement des femmes, lesquelles enregistrent des prévalences plus élevées à partir de 65 ans. Il n'en demeure pas moins que la prévalence des facteurs de risque qui relèvent de la catégorie des états morbides est étroitement associée à l'âge.

Ce sont les personnes peu scolarisées ou à faible revenu qui, à la rubrique des états morbides et des comportements, présentent une proportion plus élevée des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

À la rubrique de la première langue apprise, les tendances observées indiquent que les francophones et les anglophones ne partageraient pas les mêmes facteurs de risque. Chez les francophones, ces tendances se manifestent par une proportion plus grande de personnes qui mentionnent des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, qui font de l'hypercholestérolémie, qui fument régulièrement et qui ajoutent souvent du sel en mangeant; elles seraient également plus nombreuses à être sédentaires. Chez les anglophones, ces tendances se manifestent par une proportion plus élevée de personnes qui font de l'hypertension artérielle et par une proportion plus grande de personnes obèses; elles seraient également plus nombreuses à mentionner une consommation élevée d'alcool.

Enfin, les personnes qui résident en milieu urbain et en milieu rural se distinguent principalement sur le plan des comportements. Les résidents de milieu rural seraient plus nombreux à afficher des comportements à risque. Le comportement le plus marqué et qui les distinguent des personnes de milieu urbain est la sédentarité. Cette différence pourrait être attribuable en partie à la mesure même de l'activité physique, qui ne tient pas compte de l'activité en dehors du temps de loisirs.

3.4.2 Comparaisons avec d'autres enquêtes

Si l'on considère la prévalence des principaux facteurs de risque dans les autres provinces canadiennes (tableau 3.6), on constate que le Québec se distingue, d'une part, par la prévalence de l'hypertension artérielle qui est la plus faible et, d'autre part, par la prévalence de l'hypercholestérolémie qui se révèle la plus élevée.

En ce qui concerne le tabagisme, le Québec se classe parmi les provinces qui comptent les proportions les plus élevées de fumeurs. Il occupe le troisième rang, après Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse, pour l'ensemble des fumeurs et la population féminine, mais le cinquième rang en ce qui concerne la population masculine.

La prévalence du diabète déclaré par la population québécoise âgée de 18 à 74 ans s'apparente à celle mentionnée par la population du même âge dans les autres provinces canadiennes.

TABLEAU 3.6
*Prévalence (taux standardisés) des principaux facteurs
 de risque liés aux maladies cardiovasculaires,
 population de 18 à 74 ans, Québec 1990 et provinces canadiennes 1986 à 1992*

FACTEURS DE RISQUE	PROVINCES CANADIENNES									
	QUÉBEC 1990 %	COLOMBIE- BRITANNIQUE 1989 %	ALBERTA 1990 %	SASKATCHEWAN 1989-1990 %	MANITOBA 1989-1990 %	ONTARIO 1992 %	NOUVEAU- BRUNSWICK 1988 %	NOUVELLE- ÉCOSSE 1986 %	ÎLE-DU-PRINCE- ÉDOUARD 1988 %	TERRE- NEUVE 1988-1989 %
HYPERTENSION ARTÉRIELLE										
HOMMES	15,0	16,5	16,6	20,1	19,3	22,3	22,0	19,0	22,1	23,4
FEMMES	12,8	11,9	13,9	14,1	15,1	11,9	16,5	17,4	18,0	20,4
TOTAL	13,9	14,1	15,2	17,0	17,2	17,0	19,2	18,2	20,0	21,9
CHOLESTÉROL (≥6,2 MMOL/L)										
HOMMES	20,7	16,0	11,9	17,4	16,4	9,7	19,4	ND	18,4	15,8
FEMMES	17,9	16,0	10,7	18,2	12,7	13,5	18,3	ND	14,9	12,1
TOTAL	19,3	16,0	11,3	17,8	14,5	11,6	18,8	ND	16,6	13,9
TABAGISME										
HOMMES	32,3	25,2	29,8	27,8	33,5	25,4	33,3	35,0	29,8	33,6
FEMMES	31,1	25,1	24,1	23,9	29,3	21,4	27,8	31,3	27,4	34,5
TOTAL	31,7	25,1	27,0	25,8	31,4	23,4	30,5	33,1	28,6	34,1
DIABÈTE DÉCLARÉ TOTAL (TAUX BRUT)	5,0	5,0	5,0	6,0	4,9	4,0	5,0	ND	4,0	5,0

*Population de référence : Population canadienne 1990, estimations postcensitaires.

3.4.3 Pistes de recherche et utilité pour la planification

Les données sur la prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires au sein de la population québécoise offrent plusieurs avenues de recherche. Parmi celles-ci, on retrouve une étude plus approfondie de l'incidence et de la prévalence de facteurs de risque liés aux états morbides en fonction de l'âge et des prédispositions héréditaires, ainsi que de l'incidence de certains états morbides en présence d'autres états morbides spécifiques. Faire de nouveau une visite auprès des mêmes gens qui ont participé à cette présente étude permettrait des analyses longitudinales plutôt que strictement transversales.

Les tendances observées entre les francophones et les anglophones, ainsi que celles observées selon le niveau de revenu et le milieu de résidence, devraient être explorées afin d'établir si ces tendances sont oui ou non des différences qui les distinguent les unes des autres, au sujet de la prévalence de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Les données de la base canadienne, revues à la lumière de ces tendances, pourraient permettre des analyses plus approfondies de ces sous-groupes de la population.

L'utilité des informations recueillies sur la prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires tient principalement à la découverte de sous-groupes de la population les plus vulnérables à ces maladies, en raison de la présence de facteurs de risque spécifiques. Toutefois, l'étude de la prévalence des facteurs de risque pris individuellement est intéressante dans la mesure où elle est suivie d'une analyse multifactorielle du risque des différentes maladies cardiovasculaires établies à partir des interactions connues des différents facteurs de risque en cause. Cet intérêt est d'autant plus important que des activités efficaces de prévention peuvent être envisagées soit par le contrôle des états morbides, soit par la modification de comportements à risque.

Par ailleurs, ces données peuvent être utiles lors de l'élaboration de programmes de promotion et de prévention en ce qui concerne notamment la présence concomitante de facteurs de risque. Ainsi, ces résultats indiquent que les personnes présentant des facteurs de risque liés à des états morbides sont aussi nombreuses à mentionner des comportements à risque de maladies cardiovasculaires, à l'exception du tabagisme, que les personnes ne présentant pas ces facteurs de risque. À cet effet, les programmes ou les activités qui visent à réduire la morbidité et la mortalité par les maladies cardiovasculaires devraient d'abord et avant tout cibler les personnes ayant des facteurs de risque liés aux états morbides, dans le but de contrôler ces états morbides lorsqu'il y a lieu et de réduire, chez ces personnes, la présence de comportements à risque. La diminution de la prévalence d'états morbides apparaît en soi plus difficile, puisque ceux-ci sont plus étroitement reliés à l'âge, au sexe et à l'hérédité.

3.5 Références

AMERICAN HEART ASSOCIATION (1990). « The Cholesterol Facts. A Joint Statement by the American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute », *Circulation*.

- AMERICAN HEART ASSOCIATION (1984). « Risks Factors in Stroke. A Statement for Physicians by the Subcommittee on Risk Factors and Stroke of the Stroke Council », *Stroke*, 15 : 1106-1108.
- BOUCHARD, C. (1990). « L'obésité est-elle héréditaire ? », *La Revue du Praticien*, 40,19 : 1173-1176.
- BOUCHARD, C., BRAY, G.A. HUBBARD, V.S. (1990). « Basic and Clinical Aspects of Regional Fat Distribution », *American Journal of Clinical Nutrition*, 52 : 946-950.
- CAPLAN, L.R. (1990). « Stroke », *Clinical Symposia*, 40 : 30-32.
- CASTELLI, W.P. (1988). « Cardiovascular Disease in Women », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 158, 6 : 1153-1160.
- CASTELLI, W.P. et coll. (1992). « Lipids and Risk of Coronary Heart Disease, The Framingham Study », *Annals of Epidemiology*, 2, 1/2 : 23-28.
- CROUSE, J.R. III (1989). « Gender, Lypoproteins, and Cardiovascular Risk », *The Lancet*, 318-320.
- DESPRÉS, J.P. et coll. (1990). « Regional Distribution of Body Fat, Plasma Lipoproteins, and Cardiovascular Disease », *Arteriosclerosis*, 10 : 497-511.
- GRUNDY, S.M. (1990). « Cholesterol and Coronary Heart Disease, Future Directions », *Journal of the American Medical Association*, 264 : 3053-3059.
- GRUNDY, S.M. et coll. (1989). « The Place of HDL in Cholesterol Management. A Perspective From the National Cholesterol Education Program », *Archives of Internal Medicine*, 149 : 505-510.
- HUBERT, H.B. et coll. (1983). « Obesity as an Independant Risk Factor to Cardiovascular Disease : A 26-year Follow-up of Participants in the Framingham Heart Study », *Circulation*, 67 : 968-977.
- KANNEL, W.B. et coll. (1984). « Optimal Ressources for Primary Prevention of Artherosclerotic Diseases. Artherosclerotic Study Group », *Circulation*, 70 : 155A-205A.
- KANNEL, W.B., VOKONAS, P.S. (1992). « Demographics of the Prevalence, Incidence, and Management of Coronary Heart Disease in the Elderly and in Women », *Annals of Epidemiology*, 2, 1/2 : 5-14.
- LEITSCHUCH, M. et coll. (1991). « High-Normal Blood Pressure Progression to Hypertension in the Framingham Heart Study », *Hypertension*, 17 : 22-27.
- OSTFELD, A.M. (1980). « A Review of Stroke Epidemiology », *Epidemiologic Review*, 2 : 136-152.
- RISSANEN, A. (1985). « Premature Coronary Heart Disease : Ask about the Family, Editorial », *Acta Medica Scandinavica*, 218 : 353-354.
- WILLETT, W.C. et coll. (1987). « Relative and Absolute Excess Risks of Coronary Heart Disease among Women who Smoke Cigarettes », *New England Journal of Medicine*, 317 : 1303-1309.

Chapitre 4

CONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Brigitte Lachance
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de la santé publique

Hugues Tétreault
Centre hospitalier de Sainte-Croix
Unité de santé publique

avec la collaboration de

Régis Couture
Centre hospitalier de Roberval
Unité de santé publique

4.0 Introduction

La prévalence de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie et du tabagisme, facteurs de risque auxquels il faut ajouter le diabète, la sédentarité et l'obésité, peut être contrôlée par le dépistage et le traitement, ou par le changement des habitudes de vie. Cesser de fumer, augmenter le nombre d'heures consacrées à des activités physiques, consulter un médecin, observer le traitement prescrit, etc., sont des actions qui font nécessairement intervenir la notion de changement de comportement.

Les théories sur l'adoption d'un comportement ont remis en question la séquence : connaissances → attitudes → comportements. Cependant, même si l'on reconnaît maintenant que les connaissances ne sont qu'un déterminant de l'intention d'agir parmi d'autres, celles-ci n'en constituent pas moins un facteur important de la prédisposition à l'action, puisqu'elles agissent sur l'attitude à l'égard du comportement (Fishbein et Ajzen, 1975; Triandis, 1977; Ajzen, 1985).

Les modèles qui représentent les interrelations entre les connaissances, les croyances et les comportements en matière de santé ont influencé de nombreux programmes d'intervention, dont les plus importants sont : le North Karelia Project, le Stanford Three Community Study, le Stanford Five City Project, le Minnesota Heart Health Program et le Pawtucket Heart Health Program (Shea et Basch, 1990; Puska et coll., 1985; Fortmann et coll., 1990; Farquhar et coll., 1990; Finnegan et coll., 1989). Ces programmes, dont l'approche repose sur la prévention primaire, visent à réduire le risque de développer un problème cardiovasculaire en diminuant la prévalence d'un ou de plusieurs facteurs de risque au sein de la population.

On possède peu de renseignements sur les connaissances en matière de santé cardiovasculaire de la population québécoise adulte. Quelles sont ces connaissances ? De quelle façon se distribuent-elles dans la population ? La scolarité et le sexe ont-ils un effet majeur comme le montrent certaines études américaines (Folsom et coll., 1988; Avis et coll., 1990)? Y a-t-il des interactions entre ces connaissances et la présence de facteurs de risque au sein de la population ? C'est ce que l'on propose d'étudier dans ce chapitre.

De façon plus spécifique, ce chapitre porte sur les connaissances qu'ont les Québécois et les Québécoises des causes possibles des maladies cardiaques, des liens entre les facteurs de risque et la santé, et entre certains états morbides et les maladies cardiovasculaires, ainsi que des possibilités de prévenir ou non ces maladies. Les connaissances en matière de santé cardiovasculaire de la population québécoise âgée de 18 à 74 ans sont étudiées en relation avec l'âge, le sexe et la scolarité. Ce chapitre vise aussi à mettre en relation les connaissances des gens selon qu'ils présentent ou non des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

4.1 Données

Les données sur les connaissances relatives aux facteurs de risque proviennent du questionnaire rempli lors de l'entrevue au domicile du répondant. Pour les fins de l'analyse, les questions ont été partagées selon les trois aspects suivants :

- la connaissance des causes possibles des problèmes ou des maladies cardiaques « Selon vous, quelles sont les principales causes des maladies ou des problèmes cardiaques ? » ;
- la connaissance des liens entre l'hypertension artérielle, le cholestérol, le sel, le gras et la santé en général, par exemple : « Croyez-vous qu'une tension artérielle élevée peut détériorer votre santé ? » ; la connaissance des liens entre l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et les maladies cardiovasculaires, par exemple : « Comment le cholestérol peut-il détériorer votre santé ? » ;
- l'opinion sur la possibilité de prévenir les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires, par exemple : « D'après ce que vous avez entendu dire, croyez-vous que l'on peut prévenir les accidents cérébrovasculaires ? » .

Les données sur le statut des répondants pour ce qui est des facteurs de risque, données qui permettent de définir les caractéristiques dites sanitaires, sont d'abord tirées du questionnaire d'entrevue fait au domicile du répondant, pour les questions concernant les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et les antécédents personnels de maladies cardiaques, l'existence connue d'une hypertension artérielle, d'une hypercholestérolémie ou de diabète ainsi que la consommation de tabac et de sel. Les données objectives de tension artérielle et de cholestérolémie, obtenues par des mesures cliniques, permettent ensuite de classer les répondants entre ceux qui ont un de ces deux facteurs et le savent (le problème est alors connu), ceux qui ont un de ces deux facteurs mais ne le savent

pas (le problème est inconnu) et, finalement, ceux qui n'ont aucun de ces facteurs (le résultat de la mesure est normal). Rappelons que les déclarations des répondants sur le diabète n'ont pas été corroborées par une mesure de glycémie et, par conséquent, les cas inconnus n'ont pu être décelés.

4.2 Portée et limites des données

Les questions utilisées pour évaluer les connaissances des Québécois et des Québécoises en matière de santé sont similaires aux questions posées dans les autres provinces. Ainsi, les comparaisons seront alors possibles entre les résultats québécois et ceux obtenus dans l'ensemble du Canada.

L'enquête, de type transversal, a ses limites tel qu'indiqué précédemment. On peut établir des proportions selon les connaissances des gens et la présence chez ces derniers de facteurs de risque, sans toutefois établir de relations causales; seule une étude longitudinale permettrait d'obtenir de telles données. Par ailleurs, l'absence de questions sur le niveau de connaissance des gens en ce qui a trait au tabagisme, à la sédentarité ainsi qu'à la consommation d'alcool et de sel limite aussi les analyses possibles. La formulation des questions donne un portrait général des connaissances de la population et ne permet pas de mesurer de façon précise les acquis et les lacunes relatifs aux sujets abordés.

La structure de certaines questions nous oblige à regarder les résultats avec circonspection, puisque celles-ci offraient à la personne interviewée la possibilité de fournir plusieurs réponses. De plus, il est possible que des personnes aient omis de mentionner une réponse particulière, non par manque de connaissance, mais plutôt parce qu'elles n'ont pas pensé à cette réponse au moment de l'entrevue. Par exemple, la question « Selon vous, quelles sont les principales causes des maladies ou des problèmes cardiaques ? » permettait plusieurs réponses spontanées, non suggérées par l'interviewer.

4.3 Résultats

Les résultats sont présentés en trois volets. Le premier volet porte sur la connaissance des causes possibles des maladies ou des problèmes cardiaques. Le deuxième est consacré, d'une part, à la connaissance des liens entre les facteurs de risque et la santé et, d'autre part, aux maladies cardiovasculaires. Le dernier volet porte sur l'opinion au sujet de la possibilité de prévenir ou non les maladies cardiovasculaires.

4.3.1 Connaissance des causes possibles des maladies ou problèmes cardiaques

L'enquête a tenté de cerner les connaissances sur les causes possibles des maladies ou des problèmes cardiaques. Ces causes ont été regroupées en quatre catégories, entre autres les « états morbides » et les « comportements », notions déjà utilisées dans le chapitre sur la prévalence des facteurs de risque (chapitre 3). L'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et l'obésité constituent

ces états morbides. Les comportements qui figurent parmi les causes possibles de maladies cardiaques sont le tabagisme, la sédentarité, la consommation élevée d'alcool, la consommation régulière de sel et la mauvaise alimentation. À ces deux catégories s'ajoute la catégorie « biologie humaine », par laquelle il faut entendre non seulement les antécédents familiaux reliés à l'hérédité des individus, mais aussi à ce qui a trait au processus naturel du vieillissement. L'analyse a permis d'établir une quatrième catégorie, le « stress », notion absente des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires traités précédemment.

L'analyse des données permet de constater que 80 % des Québécois attribuent les maladies cardiaques aux comportements des gens (tableau 4.1). Viennent ensuite les éléments de stress (56 %), puis les états morbides (36 %). Finalement, les causes relatives à la biologie humaine sont déclarées par 8 % de la population.

Parmi les comportements associés aux maladies cardiaques, l'alimentation est mentionnée par plus de 60 % des Québécois; viennent ensuite la sédentarité (42 %), le tabagisme (38 %), la consommation élevée d'alcool (19 %) et de sel (4,1 %). Le stress est désigné comme cause possible par plus de la moitié de la population (56 %).

TABLEAU 4.1
Répartition des causes possibles de maladies cardiaques mentionnées
par la population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CAUSES POSSIBLES DÉCLARÉES*	%	PE
COMPORTEMENTS	79,8	3 990 467
ALIMENTATION	64,0	3 200 863
SÉDENTARITÉ	42,0	2 097 921
TABAGISME	37,5	1 874 990
CONSOMMATION ÉLEVÉE D'ALCOOL	19,0	948 468
SEL	4,1	204 103
AUTRES	6,0	300 297
STRESS	55,7	2 783 206
ÉTATS MORBIDES	36,0	1 799 988
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE	18,0	898 066
OBÉSITÉ	17,1	853 344
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	10,5	525 151
DIABÈTE	1,3	67 153
AUTRES	3,7	184 711
BIOLOGIE HUMAINE	8,0	401 142
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	5,7	283 687
VIEILLISSEMENT	2,3	117 455

*Réponses spontanées; plus d'une réponse acceptée.

Parmi les états morbides, l'hypercholestérolémie et l'obésité sont mentionnées par près d'un Québécois sur cinq (respectivement 18 % et 17 %), l'hypertension artérielle par un Québécois sur dix (11 %) et le diabète par un Québécois sur cent (1,3 %).

Si l'on s'attarde aux caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des répondants, on note qu'il n'y a pas de différence entre les sexes, indépendamment des causes possibles qui ont été mentionnées (tableau 4.2). Par ailleurs, certaines caractéristiques permettent d'établir des différences au sein de la population sur la connaissance des causes de maladies cardiaques.

Comportements

Les comportements personnels constituent la catégorie de causes possibles la plus souvent mentionnée. L'étude des caractéristiques socio-économiques et sanitaires permet de constater des différences au sein de la population québécoise. L'âge est une variable qui a un effet marqué sur les connaissances relatives aux comportements. Ainsi, les hommes de 65 à 74 ans mentionnent nettement moins souvent que les hommes des autres groupes d'âge des causes relatives aux comportements (59 % par rapport à 85 % et 81 %). Cette situation se retrouve aussi parmi la population féminine de 65 à 74 ans (50 %), comparativement aux autres femmes qui associent les maladies cardiaques aux comportements dans des proportions respectives de 86 % parmi les 18 à 34 ans, et de 79 % parmi les 35 à 64 ans. Les personnes peu scolarisées signalent moins que les autres l'origine comportementale des maladies cardiovasculaires (72 % d'entre elles par rapport à 83 % pour les personnes ayant une scolarité moyenne et à 89 % pour celles ayant une scolarité élevée).

La présence d'antécédents personnels de maladies cardiaques semble avoir le même effet, puisque les personnes atteintes de ces maladies sont proportionnellement moins nombreuses que les autres à mentionner ce type de cause possible (70 % versus 81 %). Ce même phénomène s'observe aussi dans le cas de l'hypertension. Les personnes qui se savent hypertendues sont moins nombreuses (62 %) à associer maladies cardiaques et comportements, comparativement aux personnes dont la tension artérielle est normale (82 %) ou à celles ignorant leur hypertension (85 %).

Stress

Être un homme ou une femme ne semble pas être associé au fait de déclarer le stress comme cause de maladie cardiaque. Ce facteur est par contre cité par une plus grande proportion de personnes ayant un niveau de scolarité élevé (64 %), comparativement aux personnes faiblement scolarisées (51 %). Les caractéristiques sanitaires ne semblent pas agir sur le fait d'identifier ou non le stress comme cause possible de maladies cardiaques.

États morbides

La connaissance des états morbides, c'est-à-dire l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et l'obésité comme causes possibles de maladies cardiaques, ne semble associée ni à l'âge ni au sexe. Toutefois, les personnes peu

TABLEAU 4.2
Répartition des causes possibles de maladies cardiaques mentionnées
par la population de 18 à 74 ans, selon certaines caractéristiques
sociodémographiques et sanitaires, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES	COMPORTEMENTS %	STRESS %	ÉTATS MORBIDES %	BIOLOGIE HUMAINE %	TOTAL PE
ÂGE ET SEXE					
H 18-34	85,1 ¹	48,2	33,0	6,8	1 000 935
35-64	81,3 ²	57,1	38,2	12,5	1 272 653
65-74	58,8 ^{1,2}	45,9	26,7	6,4	198 755
TOTAL	81,0	52,6	35,2	9,7	2 472 343
F 18-34	86,3 ¹	54,3	37,8	7,1	972 037
35-64	78,5 ¹	62,4	36,9	6,2	1 299 721
65-74	50,0 ¹	56,4	32,6	4,6	256 270
TOTAL	78,6	58,7	36,8	6,4	2 528 028
TOTAL	79,8	55,7	36,0	8,0	5 000 371
SCOLARITÉ RELATIVE					
FAIBLE	71,7 ^{1,2}	51,4 ¹	29,8 ^{1,2}	7,3	2 072 539
MOYENNE	83,3 ¹	55,4	40,5 ¹	7,0	1 772 528
ÉLEVÉE	88,9 ²	63,5 ¹	40,4 ²	10,9	1 148 319
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES					
OUI	69,5 ¹	53,2	23,7 ¹	8,4	477 526
NON	80,9 ¹	55,9	37,3 ¹	8,0	4 522 845
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV					
OUI	77,7	58,8	35,5	7,8	1 834 590
NON	80,8	53,7	36,3	8,2	3 104 889
HTA					
CONNUE	61,8 ^{1,2}	54,1	43,5	6,4	474 127
NON CONNUE	85,3 ¹	53,0	33,7	7,6	217 892
NORMALE	81,5 ²	56,0	35,2	8,3	4 284 289
CHOLESTÉROL ≥ 5,2 MMOL/L					
CONNU	80,2	59,6	39,0	7,9	615 463
NON CONNU	78,2	55,7	36,3	6,8	1 715 128
NORMAL	83,2	56,3	35,4	8,7	2 467 157
CHOLESTÉROL ≥ 6,2 MMOL/L					
CONNU	83,8	57,5	43,3	7,4	347 767
NON CONNU	75,9	52,3	33,9	6,9	575 984
NORMAL	81,6	57,0	35,9	8,1	3 873 998
DIABÈTE					
OUI	69,2	49,2	26,8	8,8	247 017
NON	80,3	56,0	36,5	8,0	4 744 875
TABAGISME					
OUI	81,9	52,2	31,4	7,1	1 589 032
NON	78,8	57,3	38,1	8,4	3 408 614

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

scolarisées mentionnent ces causes en moins grande proportion que celles ayant une scolarité moyenne ou élevée (30 % versus 41 % et 40 %). Les personnes ayant une maladie cardiaque déclarent moins ces causes que les personnes n'ayant pas d'antécédents personnels de ce type de maladie (24 % versus 37 %).

Biologie humaine

Les causes possibles d'origine biologique, l'hérédité et le vieillissement, sont citées presque deux fois plus par les hommes de 35 à 64 ans (13 %), comparativement à la génération qui les suit (7 %), mais cet écart n'est pas statistiquement significatif. Il n'y a pas de différence non plus selon les autres caractéristiques, y compris le fait de mentionner des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires.

4.3.2 Connaissance des liens entre les facteurs de risque, la santé et les maladies cardiovasculaires

Connaissance des liens entre l'hypertension artérielle, le cholestérol, le sel et le gras avec la santé en général

La population fait aussi des liens entre la santé, certains états morbides et l'alimentation selon les caractéristiques étudiées précédemment (tableau 4.3). (Voir Annexe 4, tableau A - 4.3 pour les populations estimées.) On a tenté de mesurer les connaissances de la population sur l'influence que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, la consommation de sel et de matières grasses peuvent avoir sur la santé. On note, de façon générale, que le lien entre ces facteurs et la santé est bien connu. Pour ainsi dire, toute la population reconnaît que l'hypertension artérielle et la consommation de matières grasses ont des effets sur la santé. Les effets du cholestérol sont à peine moins connus, suivis d'assez près par les effets de la consommation de sel.

La connaissance des liens entre la santé et la consommation de sel est d'ailleurs la seule que l'on puisse associer à certaines caractéristiques de la population. Ainsi, les hommes de 65 à 74 ans (68 %) sont moins nombreux que ceux de 18 à 34 ans (81 %) à déclarer que la quantité de sel qu'ils consomment puisse avoir un effet sur leur état de santé. L'âge semble avoir le même impact sur la population féminine (59 % pour les 65 à 74 ans, comparativement à 80 % pour les 18 à 34 ans et à 77 % pour les 35 à 64 ans). Les personnes davantage scolarisées se distinguent aussi sur le plan de ces connaissances. Elles sont plus nombreuses (83 %) que les personnes peu scolarisées (75 %) à déclarer un lien entre le sel et la santé. Finalement, et c'est un autre paradoxe du lien connaissances-comportements, les plus grands consommateurs de sel se distinguent de ceux qui ne salent qu'à l'occasion ou jamais, en mentionnant en plus grand nombre un lien entre le sel et la santé (86 % versus 75 %).

Connaissance des liens entre l'hypertension artérielle, le cholestérol et les maladies cardiovasculaires

Les effets du cholestérol sur les maladies cardiovasculaires semblent mieux connus des Québécois et des Québécoises que ceux de l'hypertension artérielle

TABLEAU 4.3

Connaissance des liens entre la tension artérielle, le cholestérol, le sel, le gras et la santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES	TENSION ARTÉRIELLE ET EFFET SUR LA SANTÉ %	CHOLESTÉROL ET EFFET SUR LA SANTÉ %	SEL ET EFFET SUR LA SANTÉ %	GRAS ET EFFET SUR LA SANTÉ %
ÂGE ET SEXE				
H 18-34	96,1	87,0	81,0 ¹	96,6
35-64	98,8	86,2	76,9	98,5
65-74	95,3	84,3	67,7 ¹	94,7
TOTAL	97,4	86,4	77,8	97,4
F 18-34	97,4	84,8	79,9 ¹	98,5
35-64	97,9	87,1	76,8 ²	99,2
65-74	97,9	81,0	58,8 ^{1,2}	98,0
TOTAL	97,6	85,6	76,3	98,8
TOTAL	97,6	86,0	77,0	98,1
SCOLARITÉ RELATIVE				
FAIBLE	96,7	86,6	75,2 ¹	97,3
MOYENNE	98,2	84,0	75,3	98,3
ÉLEVÉE	98,2	87,8	82,9 ¹	99,2
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES				
OUI	98,6	87,5	75,6	97,5
NON	97,4	85,8	77,2	98,2
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV				
OUI	98,4	87,4	76,1	98,6
NON	97,1	85,3	77,8	98,0
HTA				
CONNUE	98,1	87,6	80,1	98,5
NON CONNUE	98,8	83,2	80,8	99,3
NORMALE	97,4	86,0	76,6	98,0
CHOLESTÉROL ≥ 5,2 MMOL/L				
CONNU	99,2	89,2	82,0	99,7
NON CONNU	98,1	85,6	76,1	98,2
NORMAL	97,7	85,1	77,6	98,3
CHOLESTÉROL ≥ 6,2 MMOL/L				
CONNU	99,4	90,1	86,1	100,0
NON CONNU	96,7	86,4	76,6	99,6
NORMAL	98,1	85,3	77,0	98,1
AJOUT DE SEL				
RÉGULIER	96,5	89,7	86,0 ¹	97,8
OCC./JAMAIS	97,8	85,2	75,2 ¹	98,2

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

(tableau 4.4). Le lien entre l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires serait davantage mentionné par les femmes (61 % versus 53 % chez les hommes). Cependant, ce lien n'est toutefois connu que par un peu plus de la moitié des femmes de 18 à 34 ans, comparativement à la génération précédente, dont près de sept femmes sur dix mentionnent que ce facteur agit sur les maladies cardiovasculaires. La connaissance de ce lien avec les maladies cardiovasculaires augmente de façon notable avec la scolarité; moins de la moitié (47 %) des personnes peu scolarisées, mais près des trois quarts (74 %) de celles qui ont un niveau élevé de scolarité établissent de tels liens. Le fait de se savoir hypertendu ou hypercholestérolémique semble aussi avoir un effet sur la connaissance de ce lien. Comparativement aux personnes dont les mesures de tension artérielle sont normales (56 %), les personnes qui se savent atteintes d'hypertension reconnaissent en plus grande proportion l'existence de ce lien (68 %). C'est aussi le cas pour les personnes qui se savent atteintes d'un taux de cholestérol élevé. Ainsi, lorsque comparées aux individus dont la cholestérolémie est inférieure à 5,2 mmol/L (55 %), les personnes qui se savent hypercholestérolémiques sont plus nombreuses à reconnaître un lien entre l'hypertension et les maladies cardiovasculaires (66 %).

Pour ce qui est du lien entre le cholestérol et les maladies cardiovasculaires, ici aussi la connaissance semble varier en fonction de l'âge parmi la population féminine. Le groupe des femmes de 35 à 64 ans se distingue de façon particulière par son taux relativement élevé de personnes (81 %) mentionnant ce lien, comparativement à 66 % pour le groupe des plus jeunes et à 67 % pour celui des plus âgées. Cette connaissance augmente avec la scolarité et elle est associée avec le fait de se savoir atteint d'un taux élevé de cholestérol, peu importe le seuil retenu.

4.3.3 Opinion sur la possibilité de prévenir les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires

La quasi-totalité des Québécois et des Québécoises croient qu'il est possible de prévenir les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires, quoique la prévention des accidents cérébrovasculaires fasse un peu moins l'unanimité (tableau 4.5). Rien ne distingue toutefois la population au sujet de la possibilité de prévenir les maladies cardiaques, à l'exception de l'âge. En effet, les hommes de 65 à 74 ans croient en moins grande proportion que les hommes des autres groupes d'âge à la prévention. Les femmes de 65 à 74 ans sont aussi moins nombreuses (92 %) que les plus jeunes femmes (98 %) à avoir une opinion positive sur le sujet. Bien que ces écarts soient significatifs du point de vue statistique, il faut noter que près de 90 % des personnes plus âgées croient tout de même qu'il est possible de prévenir les maladies cardiaques.

La situation est quelque peu différente en ce qui concerne les accidents cérébrovasculaires. L'opinion varie aussi en fonction de l'âge, mais ici de façon inverse à l'opinion sur les maladies cardiaques. Dans ce cas, ce sont les hommes et les femmes de 18 à 34 ans (respectivement 79 % et 74 %) qui sont moins nombreux à croire à la prévention de ces problèmes, comparativement au groupe d'âge suivant où près de neuf personnes sur dix (respectivement 87 % chez les

TABLEAU 4.4
*Connaissance des liens entre la tension artérielle, le cholestérol
 et les maladies cardiovasculaires, selon certaines caractéristiques
 sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	TENSION ARTÉRIELLE ET MCV %	CHOLESTÉROL ET MCV %	TOTAL PE
ÂGE ET SEXE			
H 18-34	50,7	65,6	1 000 935
35-64	55,5	72,6	1 272 653
65-74	48,8	65,4	198 755
TOTAL	53,0 ²	69,2	2 472 343
F 18-34	52,7 ¹	65,5 ¹	972 037
35-64	67,2 ¹	80,6 ^{1,2}	1 299 721
65-74	61,8	67,4 ²	256 270
TOTAL	61,0 ²	73,5	2 528 028
TOTAL	57,1	71,4	5 000 371
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	46,7 ¹	61,2 ¹	2 072 539
MOYENNE	58,5 ¹	74,1 ¹	1 772 528
ÉLEVÉE	73,5 ¹	85,4 ¹	1 148 319
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	54,1	66,8	477 526
NON	57,4	71,8	4 522 845
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	57,9	73,0	1 834 590
NON	56,6	70,4	3 104 889
HTA			
CONNUE	68,4 ¹	72,7	474 127
NON CONNUE	55,5	70,6	217 892
NORMALE	56,0 ¹	71,3	4 284 289
CHOLESTÉROL ≥ 5,2 MMOL/L			
CONNU	66,3 ¹	86,3 ^{1,2}	615 463
NON CONNU	61,5	73,0 ¹	1 715 128
NORMAL	55,2 ¹	72,3 ²	2 467 157
CHOLESTÉROL ≥ 6,2 MMOL/L			
CONNU	71,0	88,0 ^{1,2}	347 767
NON CONNU	58,3	71,0 ¹	575 984
NORMAL	57,9	73,6 ²	3 873 998

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

TABLEAU 4.5
Opinion sur la possibilité de prévenir les maladies cardiaques et les accidents
cérébrovasculaires selon certaines caractéristiques sociodémographiques
et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES	MALADIES CARDIAQUES	PE	ACCIDENTS CÉRÉBROVASCULAIRES	PE
ÂGE ET SEXE				
H 18-34	97,8 ¹	956 732	78,5 ¹	604 114
35-64	97,8 ²	1 233 042	87,2 ¹	929 475
65-74	88,9 ^{1,2}	169 027	83,5	128 930
TOTAL	97,1	2 358 801	83,6	1 662 519
F 18-34	97,9 ¹	934 429	74,3 ^{1,2}	540 823
35-64	95,6	1 217 095	88,0 ¹	959 969
65-74	91,9 ¹	218 217	86,1 ²	153 356
TOTAL	96,1	2 369 741	82,8	1 654 148
TOTAL	96,6	4 728 542	83,2	3 316 667
SCOLARITÉ RELATIVE				
FAIBLE	95,3	1 900 646	79,1 ¹	1 233 668
MOYENNE	97,8	1 714 977	84,3	1 195 771
ÉLEVÉE	97,6	1 112 919	88,0 ¹	886 023
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES				
OUI	94,0	432 174	83,0	302 514
NON	96,9	4 296 368	83,2	3 014 153
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV				
OUI	96,4	1 741 271	85,5	1 284 271
NON	96,9	2 938 450	81,6	1 996 033
HTA				
CONNUE	94,9	437 502	93,2 ¹	366 996
NON CONNUE	94,7	206 415	81,4	153 553
NORMALE	96,9	4 062 395	82,2 ¹	2 784 109
TABAGISME				
OUI	97,0	1 493 530	78,5 ¹	961 542
NON	96,4	3 232 288	85,3 ¹	2 354 080
CHOLESTÉROL ≥ 5,2 MMOL/L				
CONNU	98,6	601 719	86,2	440 078
NON CONNU	96,5	1 606 460	87,1	1 219 419
NORMAL	96,8	2 360 529	80,5	1 564 669
CHOLESTÉROL ≥ 6,2 MMOL/L				
CONNU	99,3	341 870	89,8	273 441
NON CONNU	92,7	514 906	84,2	378 780
NORMAL	97,4	3 711 931	83,0	2 571 944
AJOUT DE SEL				
RÉGULIER	96,6	3 885 185	84,0	2 744 007
OCC./JAMAIS	96,4	839 288	79,6	568 591

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

hommes et 88 % chez les femmes) se sont prononcées de façon affirmative pour ce qui est des possibilités de prévention. Les femmes de 65 à 74 ans se démarquent également des plus jeunes femmes par leur opinion positive, puisque 86 % d'entre elles déclarent que la prévention est possible comparativement à 74 % pour les 18 à 34 ans. Une opinion positive est également une caractéristique des personnes ayant un niveau de scolarité élevé (88 %) comparativement à la population moins scolarisée (79 %).

Par ailleurs, les personnes qui se savent atteintes d'hypertension croient plus que les personnes normotendues aux possibilités de la prévention des accidents cérébrovasculaires (93 % versus 82 %). Les non-fumeurs ont aussi une opinion favorable au sujet de la prévention des accidents cérébrovasculaires. Quarante-cinq pour cent d'entre eux ont répondu de façon affirmative comparativement à 79 % des fumeurs.

4.4 Conclusions

4.4.1 Synthèse

Les résultats montrent que lorsqu'il s'agit d'identifier les causes possibles de maladies cardiaques, la population décèle en tout premier lieu des comportements, l'alimentation étant la cause la plus souvent citée. Reconnu dans la documentation scientifique comme facteur de risque majeur, le tabagisme ne vient toutefois qu'au quatrième rang, après le stress (designé par plus de la moitié de la population) et la sédentarité. La même remarque s'applique aux deux autres facteurs de risque primaires, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle, respectivement en sixième et huitième positions. Les phénomènes liés à l'hérédité et au vieillissement sont mentionnés par moins d'un Québécois sur dix. Il apparaît donc que deux des trois facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires que constituent l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie sont particulièrement méconnus de la majorité des adultes québécois.

Presque tous les Québécois et Québécoises savent que consommer du gras, du cholestérol et du sel, et avoir une tension artérielle élevée peuvent nuire à la santé. De façon générale, les Québécois et les Québécoises croient qu'il est cependant possible de prévenir les maladies cardiovasculaires. Par contre, le fait d'associer l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie aux maladies cardiovasculaires est moins fréquent chez les gens les plus faiblement scolarisés.

En bref, les résultats ne sont pas associés au sexe, à l'exception du lien entre l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires, où les femmes sont plus nombreuses que les hommes à établir ce lien. L'âge agit de façon générale sur les connaissances, sauf sur celles relatives aux états morbides comme causes possibles de maladies cardiovasculaires. La scolarité a aussi un effet marqué sur l'ensemble des résultats, à l'exception des connaissances sur les causes associées au vieillissement et à l'hérédité, et des connaissances sur les possibilités de prévention.

Les situations qui suivent sont dignes de mention. Les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ne semblent pas être associés aux connaissances des gens. Les antécédents personnels de maladies cardiaques ont un effet, mais celui-ci est à l'inverse de celui attendu, puisque les Québécois et les Québécoises exempts de maladies cardiaques montrent une meilleure connaissance des causes possibles (comportements et états morbides) que les personnes atteintes de ces maladies. Par contre, les personnes qui se savent hypercholestérolémiques associent plus souvent que le reste de la population les maladies cardiovasculaires à la tension artérielle et au cholestérol. Les personnes qui se savent hypertendues mentionnent davantage que les personnes normotendues les liens de l'hypertension avec les maladies cardiovasculaires et les possibilités de prévention des accidents cérébrovasculaires. Les personnes qui se savent hypertendues sont cependant moins sensibles que le reste de la population au fait que certains comportements sont aussi des causes possibles de maladies cardiaques. Parce qu'elles ont davantage de contacts avec le milieu de la santé, on pourrait s'attendre à ce que les personnes qui ont des antécédents personnels de maladies cardiaques ou un état morbide soient plus au fait de l'association entre certains comportements et ces maladies.

Finalement, les résultats semblent confirmer le fait que présenter un comportement à risque peut parfois augmenter la conscience du risque (Avis et coll., 1990). C'est du moins ce que l'on constate chez les personnes qui, bien qu'elles utilisent fréquemment le sel en mangeant, affichent une meilleure connaissance du lien entre la consommation de sel et la santé.

4.4.2 Comparaisons avec d'autres enquêtes

Comparativement à la population des autres provinces canadiennes, le degré de connaissance des facteurs de risque apparaît plus faible. Les trois facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires ont été moins fréquemment mentionnés par les Québécois que par les Canadiens. Ainsi, 38 % des Québécois et des Québécoises ont mentionné le tabagisme comme l'une des causes des maladies cardiovasculaires, tandis que dans sept autres provinces canadiennes, cette proportion varie entre 41 % et 63 %. Le taux élevé de cholestérol a été mentionné par 18 % des adultes québécois, tandis que de 23 à 35 % des adultes canadiens l'ont mentionné. En ce qui concerne l'hypertension artérielle, elle a été mentionnée par 11 % des adultes québécois, tandis que cette proportion varie entre 14 et 33 % dans sept autres provinces canadiennes.

La consommation de matières grasses fait toutefois exception. Pour ainsi dire, tous les adultes québécois (98 %) ont déclaré avoir entendu dire que la consommation de gras pouvait être associée à des problèmes de santé, tandis que cette proportion varie entre 85 % et 93 % ailleurs au pays.

En ce qui concerne le cholestérol, les Québécois sont aussi nombreux que les Canadiens à croire que le cholestérol peut affecter ou détériorer l'état de santé. Toutefois, ils sont moins nombreux que les Canadiens à avoir désigné la maladie cardiaque et l'accident cérébrovasculaire parmi les conséquences d'un taux élevé de cholestérol.

4.4.3 Pistes de recherche et utilité pour la planification

La population reconnaît l'importance de l'alimentation dans la genèse des maladies cardiovasculaires. Elle accorde cependant peu de place non seulement au tabagisme, mais aussi aux états morbides et à certains aspects de la biologie humaine. Il faudrait dorénavant une meilleure articulation de l'information sur les causes possibles des maladies cardiovasculaires. La publicité sur le cholestérol pourrait avoir influencé le niveau des connaissances. L'hypertension artérielle et les autres états morbides que sont le diabète et l'obésité y gagneraient probablement tout autant si on leur accordait plus d'espace dans les médias. Afin de mieux cibler les interventions, on devrait aussi investiguer davantage les caractéristiques des personnes les moins informées, surtout en ce qui concerne les causes possibles des maladies cardiovasculaires autres que les comportements.

Les résultats qui concernent la population qui se sait atteinte d'un problème relatif aux maladies cardiovasculaires et qui fréquente fort possiblement le milieu de la santé sont pour le moins surprenants. Peut-être indiquent-ils que les professionnels de la santé tiennent pour acquis que les gens sont informés, ce qui ne semble pas le cas.

Bien que l'enquête ait tenté d'évaluer certaines connaissances des Québécois et des Québécoises, il serait important d'estimer de façon plus précise le niveau et le contenu de ces connaissances et surtout de suivre, à l'aide d'études longitudinales, l'évolution de l'acquisition des comportements protecteurs à l'égard des maladies cardiovasculaires.

4.5 Références

AJZEN, I. (1985). « From Intentions to Actions : A Theory of Planned Behavior », dans Kuhl, J. et Beckmann, J. (Eds), *Action-Control : From Cognition to Behavior*, Springer, Heidelberg, p. 11-39.

AVIS, N.E., MCKINLAY, J.B. et SMITH, K.W. (1990). « Is Cardiovascular Risk Factor Knowledge Sufficient to Influence Behaviour ? », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 6, n° 3, p. 137-144.

FARQUHAR, J.W. et coll. (1990). « Effects of Communitywide Education on Cardiovascular Disease Risk Factors : The Stanford Five-city Project », *Journal of the American Medical Association*, vol. 264, n° 3, p. 359-365.

FINNEGAN, J.R., MURRAY, D.M., KURTH, C. et McCARTHY, P. (1989). « Measuring and Tracking Education Program Implementation : The Minnesota Heart Health Program Experience », *Health Education Quarterly*, vol. 16, n° 1, p. 77-90.

FISHBEIN, M. et AJZEN, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior : An Introduction to Theory and Research*, Addison-Wesley, Don Mills, Ontario.

FOLSOM, A.R., SPRAFKA, J.M., LUEPKER, R.V. et coll. (1988). « Beliefs among Black and White Adults about Causes and Prevention of Cardiovascular Disease : The Minnesota Heart Study », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 4, n° 3, p. 121.

FORTMANN, S.P. et coll. (1990). « Effect of Long-term Community Health Education on Blood Pressure and Hypertension Control », *American Journal of Epidemiology*, vol. 132, n° 4, p. 629-646.

PUSKA, P., NISSINEN, A. et TUOMILEHTO, J. (1985). « The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease : Conclusions from the Ten Years of the North Karelia Project », *Annual Review of Public Health*, p. 147-193.

SHEA, S. et BASCH, C.E. (1990). « A Review of Five Major Community-based Cardiovascular Disease Prevention Programs. Part I : Rational, Design, and Theoretical Framework », *American Journal of Health Promotion*, vol. 4, n° 3, p. 203-213.

TRIANDIS, H.C. (1977). *Interpersonal Behavior*. Brook/Cole, Monterey, California.

Chapitre 5

CONNAISSANCE, TRAITEMENT ET CONTRÔLE DES ÉTATS MORBIDES RELIÉS AUX MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Lucie Chénard
Équipe de santé publique de Rimouski

Carole Daveluy
Santé Québec

Cette partie du rapport a été mise à jour et adaptée du texte intitulé *Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires modifiables ou contrôlables chez les Québécois et Québécoises* des auteurs suivants : André Lavoie, Urgences-Santé, Louise Therrien, DSC Hôpital de l'Enfant-Jésus, et Gaston Godin, Université Laval.

5.0 Introduction

Un secteur qui intéresse beaucoup les planificateurs et les intervenants est constitué par la population qui se sait atteinte d'un état morbide. Pensons ici aux personnes à qui l'on a déjà dit qu'elles faisaient de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie ou du diabète, et à qui l'on a prescrit ou conseillé de suivre un traitement. On peut supposer qu'en raison de leurs contacts fréquents avec le milieu de la santé, ces personnes sont susceptibles d'être bien informées et plus sensibles aux arguments en faveur de l'adoption de nouveaux comportements que l'on pourrait résumer ici par la « fidélité au traitement ».

L'enquête a par ailleurs permis de découvrir, grâce à des mesures physiques, des personnes qui ne soupçonnaient pas être atteintes de ces mêmes problèmes. Y a-t-il des caractéristiques qui distinguent ces deux groupes de personnes ? Celles qui sont au courant de leur état suivent-elles un programme ? En quoi consistent ces traitements ? Dans quelle situation les problèmes sont-ils le mieux contrôlés ? C'est à ces questions que ce chapitre tente de répondre. Plus particulièrement, ce chapitre vise à remplir le tableau des états morbides en ce qui concerne le suivi et les comportements des gens qui en sont atteints.

5.1 Données

Les données utilisées proviennent du questionnaire effectué au domicile du répondant, des mesures prises à domicile (tension artérielle) et en clinique (tension artérielle, taille et poids, tour de taille et tour de hanches) ainsi que des

analyses de laboratoire (cholestérol total). L'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie sont analysées en fonction de leur présence qui est soit « connue », soit « non connue ». À ces catégories s'ajoutent une catégorie « traitée » (états morbides connus et sous traitement) et une catégorie « contrôlée » (états morbides traités et sous contrôle). L'algorithme qui permet de classer les individus selon qu'ils sont hypertendus, traités et contrôlés ou non est présenté dans le diagramme 5.1.

Faute de mesure sanguine, une seule catégorie a pu être produite pour le diabète, soit la population qui a déjà été « avisée » qu'elle faisait du diabète et « traitée ou non traitée » par la suite. De plus, afin d'avoir des informations comparables sur l'obésité, bien que ce problème n'ait pas fait l'objet d'une même investigation que les trois autres états morbides, des catégories de population « consciente ou non consciente » d'avoir un problème de poids et « traitée ou non traitée » ont pu être construites à partir des réponses sur l'attitude des répondants face à leur poids; les obèses connus étant définis comme les personnes ayant un IMC égal ou supérieur à 30 et essayant de perdre du poids pour des raisons de santé. Toutefois, puisque le nombre de personnes répondant à ces critères s'est avéré insuffisant, nous avons retenu les personnes ayant un IMC supérieur ou égal à 27 comme population présentant un problème d'excès de poids, combinant de ce fait les problèmes d'embonpoint et d'obésité. Pour les fins de l'analyse, les questions sur la connaissance, le traitement et le contrôle en présence d'états morbides ont été partagées selon les trois aspects suivants :

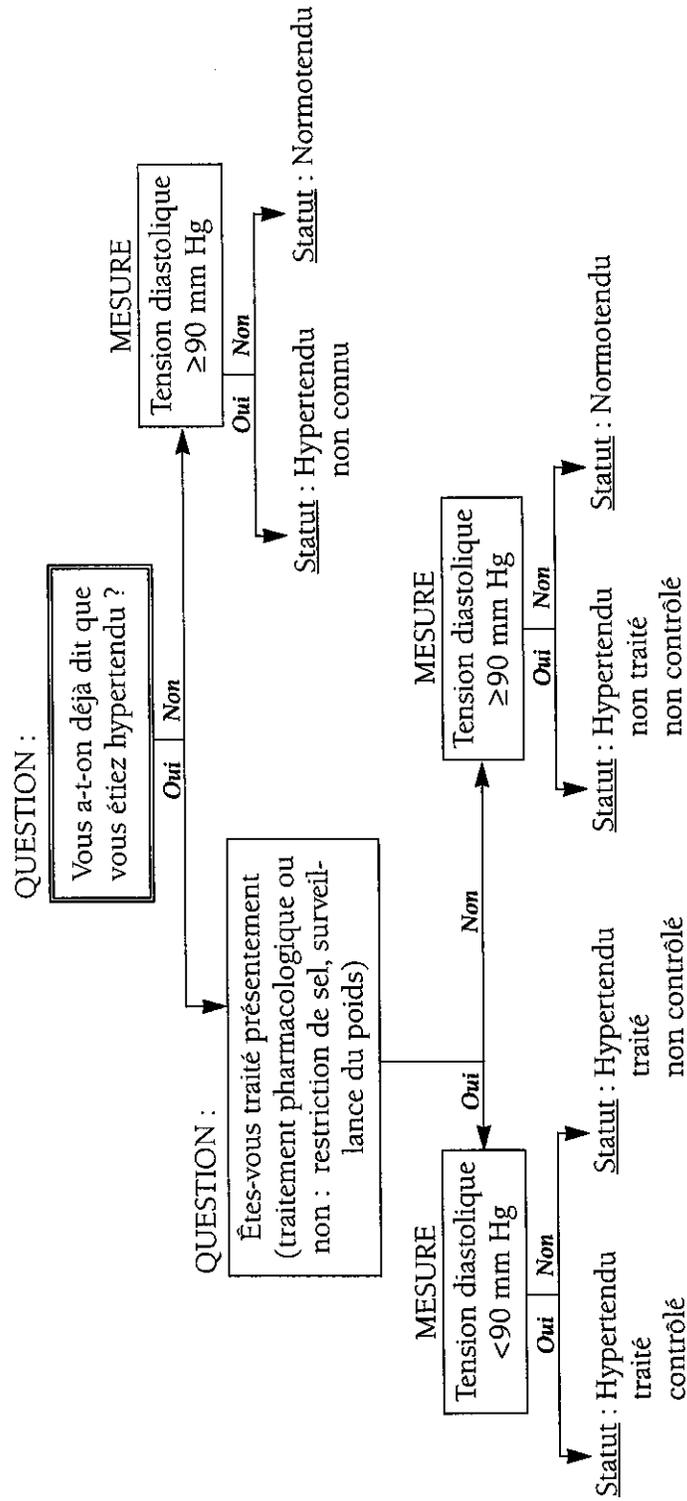
- description de la population présentant un état morbide (hypertension artérielle, hypercholestérolémie à des seuils de 5,2 et de 6,2 mmol/L et excès de poids) selon que l'état est connu ou non connu pour certaines caractéristiques sociodémographiques et sanitaires;
- suivi d'un traitement ou d'un programme pour les cas connus d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de diabète et d'excès de poids, et type de traitement ou de programme suivi;
- contrôle de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie pour les cas connus selon le type de traitement ou de programme suivi.

5.2 Portée et limites des données

Les informations sur les traitements et les programmes suivis, en présence d'états morbides, comportent certaines limites puisqu'elles ne permettent pas de préciser si le traitement suivi est prescrit ou autogéré. De plus, le délai entre la prescription du traitement ou programme initial et le traitement ou programme suivi lors de l'enquête n'est pas connu. En outre, le pourcentage de succès obtenu par les différents types de traitement ne tient pas compte de la sévérité du problème à traiter ni de la fidélité au traitement considérée comme le comportement clé menant au contrôle du problème (Shea et coll., 1992). Les données sur l'excès de poids doivent être considérées avec circonspection dans la mesure où les critères

DIAGRAMME 5.1

Classification des individus selon qu'ils sont hypertendus*, traités et contrôlés ou non



*Hypertension artérielle : Tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ou sous traitement pharmacologique ou non pharmacologique : restriction de sel, surveillance du poids.
Adapté de : PICA, L. et PETRASOVITS, A. *Atelier de travail sur l'épidémiologie de l'hypertension artérielle au Canada*, Montréal, 1^{er} et 2 mars 1989.

utilisés pour déceler les cas « conscients » ont amené à laisser de côté les personnes qui, parce qu'elles suivent un régime ou un traitement, ont un IMC inférieur à 27 et qui, autrement, se retrouveraient parmi les personnes ayant un excès de poids. Enfin, les données disponibles sur le diabète ne permettent pas de vérifier l'effet du traitement et, par conséquent, d'avoir les informations sur la situation de contrôle associée aux différentes méthodes de traitement.

5.3 Résultats

Les résultats sont présentés en trois sections. Une première section est consacrée à la description de la population ayant un état morbide selon qu'elle est au courant ou non. Une deuxième section décrit la population qui présente un état morbide et qui le sait selon le suivi ou non d'un traitement et le type de traitement ou programme suivi. La dernière section porte sur le contrôle de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie selon le traitement ou le programme suivi pour les cas connus.

5.3.1 Description de la population selon la présence connue ou non connue d'un état morbide

La population est répartie selon le statut de « connu » et « non connu », et est analysée pour ce qui est de certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, scolarité relative) et sanitaires (antécédents personnels de maladies cardiaques et antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires).

Hypertension artérielle

Rappelons d'abord que sur 100 Québécois, près de 14 sont hypertendus. Parmi ces 14 personnes hypertendues, 68 % sont au courant de leur état et 32 % ont une tension artérielle élevée sans en être au courant (tableau 5.1); celles-ci représentent ainsi près du tiers des personnes hypertendues.

Aucune des caractéristiques sociodémographiques ou sanitaires retenues n'est associée à la connaissance de l'hypertension artérielle, à l'exception de l'âge. Ainsi, les hommes de 18 à 34 ans sont plus nombreux que les hommes de 65 à 74 ans à ne pas se savoir hypertendus, soit plus des deux tiers des jeunes hommes comparativement à 15 % des hommes les plus âgés. Une telle différence apparaît également entre les femmes de 35 à 64 ans et celles de 65 à 74 ans, mais la proportion de femmes hypertendues qui s'ignorent est de 30 % parmi les femmes de 35 à 64 ans.

L'enquête n'a pu montrer de différence statistiquement significative au sujet de l'influence de la scolarité et des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires sur la connaissance de l'état d'hypertension artérielle. Les personnes hypertendues qui mentionnent des antécédents personnels de maladies cardiaques semblent davantage au courant de leur situation que les personnes qui n'ont pas de tels antécédents personnels, mais parmi celles-ci, une personne sur cinq ne se sait pas hypertendue.

TABLEAU 5.1
*Hypertension artérielle « connue » et « non connue » selon certaines
 caractéristiques sociodémographiques et sanitaires,
 population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	CONNUE %	NON CONNUE %	TOTAL PE
ÂGE ET SEXE			
H 18- 34	36,1 ¹	63,9 ¹	56 922
35- 64	61,4	38,6	265 099
65- 74	85,9 ¹	14,1 ¹	46 144
TOTAL	60,6	39,4	368 165
F 18- 34	79,4	20,6	15 644
35- 64	70,5 ¹	29,5 ¹	211 742
65- 74	92,7 ¹	7,3 ¹	96 468
TOTAL	77,6	22,4	323 854
TOTAL	68,5	31,5	692 019
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	70,1	29,9	315 156
MOYENNE	62,6	37,4	236 786
ÉLEVÉE	75,0	25,0	140 076
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	79,5	20,5	98 742
NON	66,7	33,3	593 277
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	68,6	31,4	316 141
NON	68,3	31,7	374 213

Hypertension artérielle : Tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ou sous traitement (pharmacologique ou non : contrôle du poids ou restriction de sel).

1. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Hypercholestérolémie

La prévalence globale de l'hypercholestérolémie établie par un taux de cholestérol supérieur ou égal à 6,2 mmol/L est de 19 %. Parmi les personnes ayant un taux élevé de cholestérol, un peu plus du tiers (38 %) de ces personnes savaient déjà qu'elles avaient un taux au-delà de la normale et près des deux tiers (62 %) des hypercholestérolémiques l'ont appris lors de l'enquête (tableau 5.2).

Dans l'ensemble, cette proportion est identique entre les hommes et les femmes. La scolarité n'influencerait pas la situation de la connaissance de l'hypercholestérolémie, tout comme les antécédents personnels de maladies cardiaques ou les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. Les personnes ayant des antécédents personnels de maladies cardiaques ou des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires sont toutefois un peu plus nombreuses à connaître leur état, mais cette proportion demeure inférieure à 50 %.

TABLEAU 5.2
*Hypercholestérolémie ($\geq 6,2$ mmol/L) « connue » et « non connue »
selon certaines caractéristiques sociodémographiques
et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	CONNUE %	NON CONNUE %	TOTAL PE
ÂGE ET SEXE			
H 18 - 34	18,4	81,6	64 936
35 - 64	41,3	58,7	372 857
65 - 74	23,7	76,3	48 845
TOTAL	36,5	63,5	486 638
F 18 - 34	28,0	72,0	43 875
35 - 64	40,7	59,3	266 613
65 - 74	39,1	60,9	126 625
TOTAL	39,0	61,0	437 113
TOTAL	37,6	62,4	923 751
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	35,3	64,7	409 777
MOYENNE	41,8	58,2	309 526
ÉLEVÉE	35,9	64,1	204 447
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	41,6	58,4	126 052
NON	37,0	63,0	797 698
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	44,2	55,8	431 858
NON	33,1	66,9	474 192

Hypercholestérolémie : Cholestérolémie $\geq 6,2$ mmol/L.

Lorsqu'on retient 5,2 mmol/L comme seuil d'hypercholestérolémie, près de la moitié des Québécois (49 %) présentent un taux égal ou supérieur à ce seuil. Parmi les personnes ayant un taux de cholestérol supérieur ou égal à 5,2 mmol/L, seul le quart des personnes est informé de cette situation (tableau 5.3). Dans l'ensemble, cette proportion est identique entre les hommes et les femmes. La seule différence observée en fonction de l'âge ou du sexe en ce qui concerne la connaissance de cet état morbide se situe entre les hommes de 18 à 34 ans et ceux de 35 à 74 ans; ces derniers sont plus nombreux que les plus jeunes hommes à savoir qu'ils ont un taux de cholestérol au-delà de ce seuil.

L'enquête n'a pu détecter de différence statistiquement significative au sujet de l'influence de la scolarité sur la situation de la connaissance de l'hypercholestérolémie, tout comme les antécédents personnels de maladies cardiaques. Toutefois, les personnes qui mentionnent des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires sont plus nombreuses à connaître leur état que celles qui n'en mentionnent pas.

TABLEAU 5.3
*Hypercholestérolémie ($\geq 5,2$ mmol/L) « connue » et « non connue »
selon certaines caractéristiques sociodémographiques
et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	CONNUE %	NON CONNUE %	TOTAL Pe
ÂGE ET SEXE			
H 18- 34	8,2 ^{1,2}	91,8 ^{1,2}	279 564
35- 64	31,0 ¹	69,0 ¹	774 821
65- 74	25,5 ²	74,5 ²	123 301
TOTAL	25,0	75,0	1 177 686
F 18- 34	18,8	81,2	220 772
35- 64	28,6	71,4	727 950
65- 74	34,7	65,3	204 183
TOTAL	27,8	72,2	1 152 905
TOTAL	26,4	73,6	2 330 591
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	26,4	73,6	984 237
MOYENNE	26,6	73,4	808 855
ÉLEVÉE	26,2	73,8	537 499
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	33,6	66,4	255 980
NON	25,5	74,5	2 074 611
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	33,6 ¹	66,4 ¹	1 004 206
NON	21,3 ¹	78,7 ¹	1 301 246

Hypercholestérolémie : Cholestérolémie $\geq 5,2$ mmol/L.

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Excès de poids

L'excès de poids (IMC égal ou supérieur à 27) se retrouve chez 28 % de la population. Parmi ces personnes, 37 % déclarent essayer perdre du poids pour des raisons de santé, les autres, soit 63 %, n'essaient pas ou tentent de maigrir uniquement pour des raisons d'apparence physique (tableau 5.4).

Chez les personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, le fait d'essayer de perdre du poids pour des raisons de santé n'est associé à aucune caractéristique particulière.

Les femmes semblent plus nombreuses que les hommes à vouloir perdre du poids pour des raisons de santé, ainsi que les personnes qui mentionnent des antécédents personnels de maladies cardiaques. Cependant, les proportions demeurent inférieures à 50 % des personnes ayant un excès de poids.

TABLEAU 5.4
*Excès de poids « conscient » * et « non conscient » *
selon certaines caractéristiques sociodémographiques
et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	CONSCIENT %	NON CONSCIENT %	TOTAL PE
ÂGE ET SEXE			
H 18 - 34	34,8	65,2	200 026
35 - 64	30,8	69,2	467 134
65 - 74	38,0	62,0	64 912
TOTAL	32,5	67,5	732 072
F 18 - 34	42,0	58,0	105 874
35 - 64	48,3	51,7	333 556
65 - 74	29,6	70,4	104 028
TOTAL	43,5	56,5	543 458
TOTAL	37,2	62,8	1 275 530
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	36,4	63,6	622 033
MOYENNE	35,5	64,5	384 839
ÉLEVÉE	41,5	58,5	268 658
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	46,6	53,4	157 348
NON	35,9	64,1	1 118 182
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	41,1	58,9	518 096
NON	34,5	65,5	748 183

* « Conscient » : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons de santé.

* « Non conscient » : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons autres que de santé ou qui n'essaie pas de perdre du poids.

5.3.2 Traitement ou programme suivi

La section qui suit présente les types de traitement ou programme suivis par les personnes qui connaissent leur problème de santé, qu'il s'agisse d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de diabète ou d'excès de poids.

Hypertension artérielle

Parmi les gens à qui l'on a déjà dit qu'ils étaient hypertendus et qui sont sous traitement ou que les mesures de tension artérielle ont confirmé comme tels, 82 % suivent différents types de traitement (tableau 5.5). Ainsi, 27 % sont traités uniquement avec des médicaments, mais 40 % combinent médicaments et un autre traitement, soit un régime sans sel ou la surveillance du poids. Ces deux derniers types de traitement sans médicament, le régime sans sel et la surveillance du poids, combinés ou non, sont suivis par 15 % de la population hyper-

TABLEAU 5.5
*Hypertension artérielle connue selon le type de traitement,
 population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

TYPE DE TRAITEMENT	HYPERTENDUS CONNUS	
	%	Pe
MÉDICAMENTS SEULEMENT	26,6	125 982
MÉDICAMENTS ET AUTRE TRAITEMENT	39,8	188 891
RÉGIME SANS SEL OU SURVEILLANCE DU POIDS	14,8	69 893
AUTRES PROGRAMMES	0,7	3 377
AUCUN	18,1	85 984
TOTAL	100,00	474 127

Hypertension artérielle : Tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ou sous traitement (pharmacologique ou non : contrôle du poids ou restriction de sel).

tendue. Une proportion non négligeable de personnes ne suit aucun traitement; c'est le cas de 18 % de la population hypertendue connue.

Hypercholestérolémie

Contrairement aux autres états morbides pour lesquels les résultats présentent différents types de traitement, seul le fait de suivre un régime pour faire baisser le taux de cholestérol est disponible pour les personnes qui se savent atteintes d'un taux de cholestérol élevé. Aucune autre information ne permet de savoir quel type de traitement est présentement suivi. On observe ainsi que le pourcentage de Québécois et de Québécoises qui savent qu'ils ont un taux de cholestérol élevé et qui suivent un régime se situe autour de 40 % (tableau 5.6).

TABLEAU 5.6
Hypercholestérolémie selon le type de traitement,
 population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

TYPE DE TRAITEMENT	POPULATION QUI SE SAIT ATTEINTE D'HYPERCHOLESTÉROLÉMIE	
	%	Pe
RÉGIME	39,2	289 700
SANS RÉGIME	60,8	448 662
TOTAL	100,00	738 362

*Hypercholestérolémie selon la déclaration des répondants.

Diabète

Plus de trois Québécois et Québécoises sur quatre (77 %), à qui l'on a déjà dit qu'ils faisaient du diabète, suivent un traitement (tableau 5.7). Vingt-six pour cent de ces personnes suivent un traitement par médicaments seulement, tandis que 18 % combinent médicaments et un autre traitement. Près d'un diabétique sur trois suit un régime ou surveille son poids, ou combine les deux pour contrôler sa glycémie. Près du quart (23 %) des diabétiques connus ne suivent aucun traitement.

TABLEAU 5.7
*Diabète' selon le type de traitement,
population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

TYPE DE TRAITEMENT	POPULATION QUI SE SAIT ATTEINTE DE DIABÈTE	
	%	Pe
MÉDICAMENTS SEULEMENT	26,1	63 501
MÉDICAMENTS ET AUTRE TRAITEMENT	17,9	43 603
RÉGIME OU SURVEILLANCE DU POIDS	31,3	76 100
AUTRES	1,5	3 565
AUCUN TRAITEMENT	23,2	56 414
TOTAL	100,00	243 183

*Diabète selon la déclaration des répondants.

Excès de poids

La moitié des Québécois et Québécoises qui ont un excès de poids et qui essaient de maigrir pour des raisons de santé, suivent un régime ou contrôlent différents aspects de leur alimentation (49 %) (tableau 5.8). Plus d'une personne sur trois combine régime et exercices (35 %). Sauter des repas ou prendre des pilules pour maigrir, ou une combinaison des deux, est la méthode choisie par une personne sur dix (12 %) qui essaie de résoudre son problème d'excès de poids pour des raisons de santé.

5.3.3 Situation de contrôle selon le traitement suivi

Les résultats suivants font état du succès obtenu par les différents types de traitement suivis par les Québécois et les Québécoises pour contrôler l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

TABLEAU 5.8
*Excès de poids, personnes « conscientes », selon le type de traitement,
 population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

TYPE DE TRAITEMENT	POPULATION CONSCIENTE DE SON EXCÈS DE POIDS	
	%	Pe
RÉGIME	48,5	226 349
EXERCICES	4,4	20 572
RÉGIME ET EXERCICES	34,8	162 699
SAUTER DES REPAS, PRENDRE DES PILULES POUR MAIGRIR	11,6	54 377
AUCUN	0,7	3 115
TOTAL	100,00	467 112

* « Consciente » : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons de santé.

Hypertension artérielle

De l'ensemble des personnes traitées¹ pour leur hypertension, 72 % ont une tension artérielle diastolique inférieure à 90 mm Hg (tableau 5.9). Près de 80 % des personnes hypertendues traitées par des médicaments seulement ont une tension artérielle diastolique inférieure à 90 mm Hg. Les types de traitement qui combinent les médicaments à un régime sans sel ou à la surveillance du poids permettent également de contrôler le niveau de tension artérielle de près de 75 % des personnes. Un traitement exclusivement composé d'un régime sans sel ou de la surveillance du poids réussit à contrôler l'hypertension artérielle de six personnes sur dix².

TABLEAU 5.9
Contrôle de l'hypertension artérielle connue selon le type de
 traitement suivi, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

TYPE DE TRAITEMENT	HYPERTENDUS CONNUS SOUS TRAITEMENT	
	%	Pe
MÉDICAMENTS SEULEMENT	78,7	99 150
MÉDICAMENTS ET AUTRE TRAITEMENT	73,4	131 561
RÉGIME SANS SEL, SURVEILLANCE DU POIDS	59,2	41 403
AUTRES PROGRAMMES	0,0	0
TOTAL	71,9	279 114

*Selon la déclaration des répondants.

1. Traitement pharmacologique ou non pharmacologique (régime sans sel ou surveillance du poids).
2. Les données ne nous permettent toutefois pas de savoir si ces personnes hypertendues avaient une tension artérielle diastolique inférieure à 100 mm Hg, limite recommandée par la Conférence canadienne sur les méthodes non pharmacologiques de contrôle de l'hypertension artérielle (Chockalingam et coll., 1989).

Hypercholestérolémie

De l'ensemble des personnes à qui l'on a déjà dit que leur taux de cholestérol était élevé et qui suivent un régime pour faire baisser leur taux de cholestérol sanguin, 15 % ont un taux inférieur à 5,2 mmol/L et 55 % un taux inférieur à 6,2 mmol/L (tableau 5.10). Ces proportions sont respectivement de 18 % (< 5,2 mmol/L) et de 52 % (< 6,2 mmol/L) pour les personnes qui ne suivent pas de régime et à qui on a dit qu'elles étaient hypercholestérolémiques.

TABLEAU 5.10
Contrôle de l'hypercholestérolémie connue selon le type de traitement suivi, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

TYPE DE TRAITEMENT	HYPERCHOLESTÉROLÉMIQUES CONNUS		
	< 5,2 MMOL/L %	< 6,2 MMOL/L [§] %	TOTAL PE
RÉGIME	14,8	54,6	289 700
SANS RÉGIME	18,4	51,8	448 662

* Selon la déclaration des répondants.

§ < 6,2 mmol/L inclut < 5,2 mmol/L.

5.4 Conclusions

5.4.1 Synthèse

L'enquête sur la santé cardiovasculaire nous apprend que plus de 4 % des Québécois et Québécoises ignorent qu'ils sont hypertendus. Cela représente près du tiers des personnes qui ont une tension artérielle élevée, le Québec comptant 14 % de personnes souffrant d'hypertension.

Les différences observées en ce qui concerne la connaissance que les gens ont de la présence des états morbides sont associées à l'âge et ne s'appliquent qu'à l'hypertension artérielle et, dans une moindre mesure, à l'hypercholestérolémie. Pour l'hypertension artérielle, tant chez les hommes que chez les femmes, les personnes de 65 à 74 ans sont plus nombreuses à se savoir hypertendues que les personnes plus jeunes. Pour l'hypercholestérolémie, cette différence n'est apparente que chez les hommes. Par ailleurs, on observe que les caractéristiques liées à la scolarité ainsi qu'à des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et à des antécédents personnels de maladies cardiaques ne sont pas associées à la connaissance de ces états morbides.

Lorsque leur hypertension est connue, huit personnes sur dix suivent un traitement ou un programme. Ainsi, deux personnes hypertendues sur dix qui se savent hypertendues ne suivent aucun traitement ou programme. Au moment de l'enquête, les deux tiers des personnes qui suivaient un traitement suivaient un traitement pharmacologique accompagné ou non d'un autre traitement. Un

régime sans sel ou la surveillance du poids constituent les principaux traitements suivis par les personnes qui ne sont pas sous médication. Dans au moins 75 % des cas, les personnes qui prennent des médicaments, allant de pair ou non avec un autre programme, ont présenté une tension artérielle inférieure à 90 mm Hg au moment de l'enquête. On observe aussi que la proportion de personnes qui voient leur hypertension contrôlée à l'aide d'autres traitements mais sans médicaments se chiffre à 60 %.

Selon les résultats de l'enquête, près des deux tiers des personnes hypercholestérolémiques ne savent pas que leur taux de cholestérol est élevé, c'est-à-dire égal ou supérieur à 6,2 mmol/L. Si l'on considère le seuil de 5,2 mmol/L, c'est près de trois personnes sur quatre qui ignorent que leur cholestérolémie se situe au-delà de ce niveau.

Quel que soit le seuil retenu pour le niveau de cholestérol, l'enquête montre que seulement deux hypercholestérolémiques sur cinq suivent un régime pour abaisser leur taux de cholestérol. Le fait de suivre un régime ne semble pas affecter la proportion de personnes qui présentent un taux de cholestérol inférieur à l'un ou l'autre des deux seuils retenus (5,2 mmol/L ou 6,2 mmol/L).

Parmi les personnes qui ont mentionné être diabétiques (5 % de la population), plus des trois quarts suivent un traitement, dont un peu plus de la moitié prennent des médicaments. Toutefois, deux personnes sur dix qui mentionnent être diabétiques ne suivent aucun traitement ou programme.

Les personnes qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité représentent plus du quart (28 %) de la population. Près des deux tiers (63 %) d'entre elles déclarent ne faire aucune tentative en vue de perdre du poids pour des raisons de santé. Environ la moitié des personnes qui ont un excès de poids et qui essaient de maigrir pour des raisons de santé contrôlent leur alimentation. La majorité des autres combinent régime alimentaire et exercices.

5.4.2 Pistes de recherche et utilité pour la planification

Les résultats de cette enquête sur la connaissance, le traitement et le contrôle des états morbides reliés aux maladies cardiovasculaires permettent de constater en tout premier lieu que les personnes ayant des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ou des antécédents personnels de maladies cardiaques ne sont pas davantage au courant que les autres de la présence d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie. Par ailleurs, étant donné qu'un grand nombre d'hommes de moins de 65 ans semblent ignorer la présence d'hypertension artérielle, il devient d'autant plus important de prendre des mesures qui les visent spécifiquement.

Pour ce qui est du suivi des personnes présentant ces états morbides, il y aurait lieu de vérifier dans quelle mesure l'âge et le degré de sévérité de l'état morbide ont un effet sur le fait de prescrire ou non un traitement et sur le type de traitement (pharmacologique ou non pharmacologique). Qu'en est-il de la perception

médicale de l'obésité ? Fait-elle l'objet de recommandations spécifiques aux patients obèses ? Si c'est le cas, ces recommandations sont-elles considérées par les patients au même titre qu'un traitement pour l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou le diabète ?

Le portrait qui ressort de l'enquête fait état, du moins en partie, d'un manque d'information par les services de santé des problèmes que représentent l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et l'obésité. Dans les faits, le suivi et le contrôle dépendent d'un ensemble de circonstances (par exemple, la sévérité du problème, la consultation médicale pour ces problèmes, l'ordonnance émise par le professionnel de la santé) et d'un ensemble de facteurs associés à la fidélité au traitement (par exemple, l'aide et l'encouragement apportés par l'entourage, et le fait de participer à un programme de dépistage ou de suivi). Le contrôle des niveaux de tension artérielle, de cholestérolémie, de glycémie et de l'indice de masse corporelle demeure, malgré tout, l'idéal à atteindre en vue de réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires (Health and Welfare Canada, 1986; Congrès du consensus canadien sur le cholestérol 1988; Santé et Bien-être social Canada, 1991a; 1991b).

5.5 Références

- CHOCKALINGAM, A., ABBOTT, D., BASS, M. et coll. (1989). « Recommendations of the Canadian Consensus Conference on Non-Pharmacological Approaches to the Management of High Blood Pressure », March 21-23, Halifax, Nova Scotia, *Canadian Medical Association Journal*, 142 : 1397-1409
- CONGRÈS DU CONSENSUS CANADIEN SUR LE CHOLESTÉROL (1988). Rapport final, *Canadian Medical Association Journal*, 139 supplément (11), 1-8.
- HEALTH AND WELFARE CANADA (1986). *The Prevention and Control of High Blood Pressure in Canada*, Report of a Federal/Provincial Working Group.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1991a). *Promoting Heart Health in Canada : A Focus on Cholesterol*, Report of a Working Group on the Prevention and Control of Cardiovascular Disease, Ottawa.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1991b). *Rapport du groupe de travail sur le traitement de l'obésité*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.
- SHEA, S., MISRA, D., EHRLICH, M.H. et coll. (1992). « Correlates of Nonadherence to Hypertension Treatment in an Inner-City Minority Population », *American Journal of Public Health*, 82 (12), 1607-1612.

Chapitre 6

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Rémi Guibert
Université de Montréal
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

François Camirand
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Évaluation et recouvrement de la santé

Jaafar Heikel
Université de Montréal
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

6.0 Introduction

Le déclin de la mortalité par les maladies coronariennes peut être attribué au changement des habitudes de vie qui visent en particulier la réduction du taux de cholestérol et l'arrêt de fumer ainsi que des interventions médicales spécifiques, principalement le traitement de l'hypertension artérielle (Goldman et Cook, 1984). Les activités de prévention primaire et secondaire ont ainsi contribué à réduire les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires. Des interventions plus directes, tant médicales que chirurgicales ou pharmacologiques, en ont réduit la gravité.

La présence d'antécédents personnels ou familiaux de maladies cardiovasculaires et la présence d'états morbides liés à l'incidence de ces maladies sont susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé. Par ailleurs, les campagnes de prévention incluant le dépistage auprès de groupes cibles peuvent aussi amener les personnes qui présentent des facteurs de risque, dont le contrôle doit se faire sous supervision médicale, à recourir aux services de santé.

L'un des indicateurs les plus souvent utilisés pour mesurer l'accès et l'utilisation de services de santé continus est le fait d'avoir ou non une source régulière de soins ambulatoires¹ (Andersen et Newman 1973; Hayward et coll., 1991). Le contact avec le système de santé s'effectue, en effet, lors des rencontres avec les professionnels de la santé consultés. Le médecin de famille, traditionnellement le professionnel de la santé attiré le plus souvent, constitue une porte d'entrée importante au système de santé. La relative facilité d'accès à ce professionnel de la santé, son rôle de continuité, de coordination et de référence à d'autres professionnels en font un choix pertinent pour mesurer le contact d'un individu avec le système de santé. Par contre, le fait d'avoir un médecin de famille ne signifie pas

1. Soins prodigués aux personnes non hospitalisées.

nécessairement qu'il y a eu une consultation au cours des derniers mois ou même de la dernière année. Aussi, la fréquence de consultation d'un professionnel de la santé fournit-elle une mesure de l'utilisation au cours d'une période de temps donnée.

Le but de ce chapitre est de vérifier dans quelle mesure les personnes ayant une histoire de maladies cardiaques ou présentant des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires ont recours aux services de santé. Les facteurs de risque retenus sont : les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et l'excès de poids. Dans le cas de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie et de l'excès de poids, il est également question de vérifier le lien entre le fait ou non d'être au courant de son état et l'utilisation des services de santé. Les deux indicateurs d'utilisation retenus sont : le fait d'avoir un médecin de famille et le fait d'avoir consulté un professionnel de la santé au moins une fois au cours des trois mois précédant l'enquête. Enfin, puisque l'enquête le permet, on présente les préférences de la population en ce qui concerne le professionnel à consulter et le lieu de consultation face à certains problèmes associés à des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

6.1 Données

Les données utilisées proviennent du questionnaire effectué au domicile du répondant (antécédents personnels de maladies cardiaques, antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires), des mesures prises au domicile et en clinique (hypertension artérielle et excès de poids) et des analyses de laboratoire (hypercholestérolémie).

En ce qui concerne les deux indicateurs d'utilisation des services, ils sont tirés du questionnaire effectué au domicile du répondant : le fait d'avoir un médecin de famille (question 151) et le fait d'avoir consulté un professionnel de la santé au moins une fois au cours des trois derniers mois (question 153). La période de trois mois a été retenue pour ne pas faire face à un biais de rappel important.

Les préférences des individus face au système de santé sont mesurées à partir des questions 155 et 156. Ces questions portent sur le type de professionnels que les répondants consulteraient et les lieux de consultation qu'ils utiliseraient s'ils souffraient d'hypertension artérielle ou s'ils avaient besoin d'aide ou de conseils relatifs à la consommation de tabac ou d'alcool, à l'obésité, au régime alimentaire et à l'activité physique (exercices).

6.2 Portée et limites des données

Les données recueillies sur l'utilisation des services de santé portent seulement sur les services ambulatoires. Par ailleurs, l'enquête ne permet pas de tenir compte des relations temporelles possibles entre l'apparition d'une affection et le recours aux services de santé ou, inversement, entre les soins reliés à une affection et l'utilisation subséquente d'autres soins. L'analyse des variables utilisées a essentiel-

lement pour but de simplifier les différentes relations étudiées. En ce sens, ce chapitre porte surtout sur des aspects descriptifs de l'utilisation des services.

D'autres limites sont liées à l'absence d'information relative à la consultation d'un professionnel de santé au cours des trois derniers mois. Le motif des consultations ainsi que le délai depuis la dernière visite ne peuvent être établis. Il faut aussi noter que le type de professionnel consulté n'est pas retenu dans la présente analyse. Étant donné ce manque de précision pour ce qui est de la consultation, l'analyse qui suit met davantage l'accent sur le fait d'avoir un médecin de famille comme indicateur de l'utilisation des services de santé.

6.3 Résultats

Tout d'abord, on tentera de répondre à la question suivante : en général, est-ce que le fait d'avoir ou non des antécédents personnels de maladies cardiaques ou un des facteurs de risque retenus influence l'utilisation des services de santé ? Ensuite, il sera question de l'influence du sexe, de l'âge et de la scolarité relative sur l'utilisation des services de santé dans la population qui présente des antécédents personnels de maladies cardiaques ou un des facteurs de risque retenus. Puis, on vérifiera le lien entre l'utilisation des services de santé et le fait de connaître ou non son état chez les personnes présentant certains états morbides, tels une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie ou un excès de poids. Enfin, on traitera de la préférence des personnes pour ce qui est des professionnels et des lieux de consultation pour de l'aide et des conseils.

6.3.1 Utilisation des services de santé et le fait d'avoir ou non des antécédents personnels de maladies cardiaques ou certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

En général, les personnes qui présentent des antécédents de maladies cardiaques ou un des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires retenus dans ce chapitre ont davantage recours aux services de santé que celles qui n'en présentent pas. Cela s'observe dans le cas des deux indicateurs d'utilisation : la présence d'un médecin de famille et la consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois.

Présence d'un médecin de famille

Comme l'indique le tableau 6.1, avoir un médecin de famille est la réponse la plus fréquemment donnée par les personnes qui présentent des antécédents de maladies cardiaques, des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ou des états morbides tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète ou un excès de poids. Selon le cas, les proportions se situent entre 70 et 84 %, comparativement à un peu plus de 60 % pour les personnes qui ne mentionnent pas d'antécédents de maladies cardiaques ou des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Toutes les différences sont significatives, sauf dans le cas de l'hypercholestérolémie.

TABLEAU 6.1
Présence d'un médecin de famille selon la présence ou non d'antécédents personnels de maladies cardiaques ou de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SANITAIRES	PRÉSENCE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE	
	%	PE
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES		
OUI	74,7 ¹	356 144
NON	62,8 ¹	2 841 110
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV		
OUI	70,4 ¹	1 290 695
NON	60,1 ¹	1 865 401
HYPERTENSION ARTÉRIELLE		
OUI	79,0 ¹	546 857
NON	61,5 ¹	2 649 375
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)		
OUI	69,8	666 211
NON	62,3	2 518 345
DIABÈTE DÉCLARÉ		
OUI	84,0 ¹	207 575
NON	63,0 ¹	2 988 725
EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)		
OUI	70,3 ¹	953 718
NON	61,2 ¹	2 121 769
TOTAL	64,0	3 197 253

1. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Les personnes atteintes de maladies cardiaques ou présentant un risque familial de maladies cardiovasculaires sont donc plus nombreuses à avoir un médecin de famille. Mais il faut surtout souligner le fait qu'il y a 16 % des diabétiques déclarés qui n'ont pas de médecin de famille, comme c'est le cas d'une personne hypertendue sur cinq et de 25 % de celles qui ont des antécédents personnels de maladies cardiaques. En ce qui concerne les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, l'hypercholestérolémie et l'excès de poids, 30 % des personnes mentionnent ne pas avoir de médecin de famille.

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois

Les personnes ayant des antécédents de maladies cardiaques, des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ainsi que celles qui souffrent d'hypertension artérielle ou de diabète mentionnent davantage avoir consulté un professionnel de la santé au moins une fois au cours des trois derniers mois précédant

l'enquête (tableau 6.2). Par ailleurs, on ne consulte pas davantage un professionnel de la santé si l'on a un taux élevé de cholestérol ou un excès de poids. On retrouve ici à peu près le même modèle d'utilisation de services que pour la présence d'un médecin de famille.

6.3.2 Utilisation des services de santé selon les caractéristiques sociodémographiques de la population qui présente des antécédents personnels de maladies cardiaques ou certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

Présence d'un médecin de famille

Sauf dans le cas du diabète, les femmes déclarent plus souvent que les hommes avoir un médecin de famille (tableau 6.3), mais les seules différences significatives entre les sexes concernent les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et l'excès de poids. À peu près la même proportion (environ 15 %) d'hommes et de femmes se sachant diabétiques affirme ne pas avoir de médecin de famille.

TABLEAU 6.2

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois selon la présence ou non d'antécédents personnels de maladies cardiaques ou de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SANITAIRES	CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS	
	%	PE
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES		
OUI	74,0 ¹	342 638
NON	57,9 ¹	2 593 153
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV		
OUI	64,2 ¹	1 169 893
NON	56,2 ¹	1 717 261
HYPERTENSION ARTÉRIELLE		
OUI	68,1 ¹	456 291
NON	58,1 ¹	2 477 367
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)		
OUI	64,5	608 151
NON	57,7	2 307 672
DIABÈTE DÉCLARÉ		
OUI	79,7 ¹	187 234
NON	58,4 ¹	2 741 945
EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)		
OUI	57,6	766 320
NON	58,6	2 015 108
TOTAL	59,4	2 935 791

1. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

TABLEAU 6.3
Présence d'un médecin de famille selon certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV		HYPERTENSION ARTÉRIELLE		HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)		DIABÈTE DÉCLARÉ		EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)	
	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE
SEXE												
HOMMES	72,1	169 175	62,2 ¹	526 318	73,3	269 692	64,1	325 969	85,0	100 466	65,8 ¹	497 145
FEMMES	77,3	186 969	77,4 ¹	764 377	85,6	277 165	76,3	340 242	83,1	107 109	75,9 ¹	456 573
ÂGE												
18- 34 ANS	62,9 ¹	84 341	56,7 ¹	322 092	46,5 ^{1,2}	33 725	59,2 ¹	67 306	68,3	29 929	49,0 ^{1,2}	163 845
35- 64 ANS	76,8	208 228	74,1 ¹	787 264	80,1 ¹	381 744	68,0	448 912	82,5	116 966	74,9 ¹	633 057
65- 74 ANS	89,0 ¹	63 575	89,3 ¹	181 339	92,1 ²	131 388	83,0 ¹	149 992	98,8	60 680	88,3 ²	156 816
TOTAL	74,7	356 144	70,4	1 290 695	79,0	546 857	69,8	666 211	84,0	207 575	70,3	953 718
SCOLARITÉ RELATIVE												
FAIBLE	77,6	187 642	71,2	617 185	78,5	247 246	74,4	318 460	82,2	122 327	73,5	486 382
MOYENNE	79,0	126 741	72,5	448 250	78,8	186 519	68,7	221 300	85,6	65 859	71,4	294 140
ÉLEVÉE	55,4	40 557	64,5	225 260	80,7	113 092	61,9	126 451	91,4	19 389	61,1	173 196

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Plus d'un homme sur quatre présentant des antécédents personnels de maladies cardiaques ou souffrant d'hypertension artérielle n'a pas de médecin de famille. Les proportions sont plus élevées dans le cas de l'excès de poids (33 %), de l'hypercholestérolémie (36 %) ou des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires (38 %). Le pourcentage de femmes qui mentionnent ne pas avoir de médecin de famille varie entre 14 % pour celles qui sont hypertendues et 24 % pour celles qui présentent un excès de poids ou un taux élevé de cholestérol.

La présence d'un médecin de famille augmente avec l'âge, autant pour les personnes qui mentionnent des antécédents de maladies cardiaques que pour celles qui ont un des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires retenus dans ce chapitre. Dans la plupart des cas, les véritables écarts ne se retrouvent qu'entre les 18 à 34 ans et les 65 à 74 ans. Seuls les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et l'excès de poids montrent une différence entre chacun des groupes d'âge.

Les personnes âgées de 18 à 34 ans sont les moins nombreuses à avoir un médecin de famille. N'ont pas de médecin de famille dans ce groupe d'âge : 32 % des diabétiques, plus de 35 % des personnes qui ont des antécédents de maladies cardiaques et plus de la moitié des personnes hypertendues. Chez les 35 à 64 ans, le pourcentage de personnes qui déclarent avoir un médecin de famille se situe entre 68 % (hypercholestérolémie) et 83 % (diabète). Près de 20 % des hypertendus et environ le quart de ceux qui rapportent des antécédents personnels de maladies cardiaques ou des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires n'ont pas de médecin de famille. La population des 65 à 74 ans est celle qui rapporte le plus souvent avoir un médecin de famille. Presque tous les diabétiques de ce groupe d'âge ont un médecin de famille, mais il faut souligner que 8 % des personnes hypertendues, 11 % des personnes présentant des antécédents personnels de maladies cardiaques ou des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et 17 % des hypercholestérolémiques n'en ont pas.

On n'a pas observé de différence statistiquement significative entre la présence d'un médecin de famille et le niveau de scolarité de la population qui présente soit des antécédents personnels de maladies cardiaques, soit un des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires retenus dans ce chapitre.

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois

Les liens entre les caractéristiques sociodémographiques et la consultation d'un professionnel de la santé s'apparentent à ceux qui ont été observés en ce qui concerne le fait d'avoir un médecin de famille.

En général, les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir consulté au moins une fois un professionnel de la santé au cours des trois mois précédant l'enquête (tableau 6.4). On observe des différences significatives lorsqu'il y a une présence d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, une hypercholestérolémie ou un excès de poids.

TABLEAU 6.4

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois selon certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV		HYPERTENSION ARTÉRIELLE		HYPERCHOLESTÉROLÉMIE ($\geq 6,2$ MMOL/L)		DIABÈTE DÉCLARÉ		EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)	
	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE
SEXE												
HOMMES	75,8	171 962	57,1 ¹	481 886	62,0	220 426	55,4 ¹	279 165	74,8	86 402	51,0 ¹	376 097
FEMMES	72,3	170 676	70,3 ¹	688 007	74,9	235 865	75,0 ¹	328 986	84,5	100 832	65,8 ¹	390 223
ÂGE												
18- 34 ANS	58,6	78 533	55,3 ¹	310 792	43,6 ¹	30 873	60,6	68 884	56,8	24 904	50,4 ¹	166 917
35- 64 ANS	79,5	206 867	66,1	700 471	66,6 ²	309 686	63,6	416 529	84,1	111 281	57,7	476 041
65- 74 ANS	83,3	57 238	79,2 ¹	158 630	85,9 ^{1,2}	115 732	70,5	122 738	87,0	51 049	70,8 ¹	123 362
TOTAL	74,0	342 638	64,2	1 169 893	68,1	456 291	64,5	608 151	79,7	187 234	57,6	766 320
SCOLARITÉ RELATIVE												
FAIBLE	68,1	160 382	64,9	557 474	73,3	222 200	65,6	274 777	77,3	106 485	57,3	370 754
MOYENNE	86,0	138 063	60,3	371 903	59,5	137 737	58,0	185 127	80,9	61 360	56,6	232 630
ÉLEVÉE	66,3	44 193	69,4	240 516	71,0	96 354	72,5	148 247	91,4	19 389	59,9	162 936

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Dans l'ensemble, les jeunes consultent moins que leurs aînés. Les distinctions entre les groupes d'âge apparaissent principalement en présence d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle ou d'excès de poids.

Le niveau de scolarité relative de la population retenue dans cette section n'est pas associé au fait d'avoir consulté un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

6.3.3 Utilisation des services de santé et le fait de connaître ou non son état en présence d'une hypertension artérielle, d'une hypercholestérolémie ou d'un excès de poids

Présence d'un médecin de famille

Au total, les personnes hypertendues « connues » sont plus nombreuses à avoir un médecin de famille que celles qui ne sont pas au courant de leur état (tableau 6.5). Le phénomène s'observe chez les personnes des deux sexes. Cependant, l'écart n'est significatif que chez les femmes. Environ 6 % des femmes et 20 % des hommes qui se savent hypertendus n'ont pas de médecin de famille. Par contre, environ trois personnes sur cinq, hommes ou femmes, dont l'hypertension n'est pas connue, déclarent avoir un médecin de famille.

TABLEAU 6.5
Présence d'un médecin de famille selon certains états morbides « connus » et « non connus » et le sexe, Québec 1990

ÉTATS MORBIDES	PRÉSENCE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE					
	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	%	PE	%	PE	%	PE
HYPERTENSION ARTÉRIELLE						
CONNUE	81,4	181 567	93,8 ¹	235 591	88,0 ²	417 158
NON CONNUE	60,7	88 125	57,2 ¹	41 574	59,5 ²	129 699
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)						
CONNUE	83,0 ¹	147 160	89,0	151 554	85,9 ²	298 714
NON CONNUE	54,3 ¹	167 975	69,0	184 051	61,1 ²	352 026
EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)						
CONSCIENT*	69,8	166 136	80,4	190 135	75,1	356 271
NON CONSCIENT**	64,3	317 833	73,0	223 928	67,6	541 761

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

* Conscient : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons de santé.

** Non conscient : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons autres que de santé ou qui n'essaie pas de perdre du poids.

Les hypercholestérolémiques connus, qu'ils soient hommes ou femmes, ont plus souvent un médecin de famille que ceux qui ignorent leur état. On rencontre 11 % des femmes et 17 % des hommes, dont l'hypercholestérolémie est connue, qui mentionnent ne pas avoir de médecin de famille. Parmi les hypercholestérolémiques « non connus », ce sont 54 % des hommes et 69 % des femmes qui ont un médecin de famille.

Environ le quart des personnes conscientes de leur excès de poids et près du tiers de celles qui n'en sont pas conscientes déclarent ne pas avoir de médecin de famille. On n'observe pas de différence entre le fait d'avoir un médecin de famille et celui d'être conscient ou non de son excès de poids.

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois

En ce qui concerne la consultation d'un professionnel de la santé, on note à peu près les mêmes tendances que pour le fait d'avoir un médecin de famille.

Chez les hommes comme chez les femmes, les hypertendus connus sont plus nombreux à avoir consulté un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois que les hypertendus « non connus » (tableau 6.6). Il importe ici de souligner que, parmi les hypertendus qui ne sont pas au courant de leur état, deux personnes sur cinq avaient consulté un professionnel de la santé au moins une fois au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

TABLEAU 6.6
**Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois
selon certains états morbides « connus » et « non connus »
et le sexe, Québec 1990**

ÉTATS MORBIDES	CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS					
	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
HYPERTENSION ARTÉRIELLE						
CONNUE	73,8	155 169	84,9 ¹	205 815	79,8 ²	360 984
NON CONNUE	44,9	65 257	41,3 ¹	30 050	43,7 ²	95 307
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)						
CONNUE	62,9	111 578	87,4	144 273	74,7 ¹	255 851
NON CONNUE	48,6	148 045	67,5	178 733	57,4 ¹	326 778
EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)						
CONSCIENT*	61,2	139 284	69,7	159 323	65,5	298 607
NON CONSCIENT**	47,3	230 591	61,8	189 549	52,9	420 140

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

* Conscient : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons de santé.

** Non conscient : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons autres que de santé ou qui n'essaie pas de perdre du poids.

Avoir consulté un professionnel de la santé est plus fréquent pour les personnes qui savent que leur taux de cholestérol est élevé que pour celles qui ne le savent pas. Parmi les hypercholestérolémiques « connus », il y a trois fois plus d'hommes (37 %) que de femmes (13 %) qui n'ont pas consulté un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois. La moitié des hommes et les deux tiers des femmes pour qui l'enquête a révélé une hypercholestérolémie déclarent avoir eu au moins une consultation au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête.

L'enquête n'a pas permis d'observer d'association entre le fait d'être conscient ou non de son excès de poids et la consultation d'un professionnel de la santé ou la présence d'un médecin de famille.

6.3.4 Préférences de la population en ce qui concerne la consultation pour de l'aide et des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

Type de professionnel

Pour obtenir de l'aide ou des conseils au sujet de l'hypertension, 97 % de la population s'adresserait à un médecin généraliste (77 %) ou spécialiste (20 %) (tableau 6.7). Dans le cas de l'obésité, environ trois personnes sur cinq choisiraient également un médecin, tandis que 42 % se tourneraient vers un autre professionnel. Pour le tabagisme, le choix se porte sur un médecin près d'une fois sur deux, puis sur un acupuncteur (20 %) et un professionnel non précisé (16 %).

TABLEAU 6.7

Préférence des individus en ce qui concerne le type de professionnel à consulter pour de l'aide ou des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

PROFESSIONNELS	HYPERTENSION %	OBÉSITÉ %	TABAGISME %	ALCOOL %	DIÈTE %	EXERCICES %
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	76,6	43,0	43,1	28,1	26,8	25,2
MÉDECIN SPÉCIALISTE	20,0	15,0	5,7	5,2	6,9	4,7
INFIRMIÈRE	1,6	1,0	1,3	0,4	2,7	1,3
PHARMACIEN	0,1	0,4	1,4	0,2	0,4	0,2
PHYSIOTHÉRAPEUTE, ERGOTHÉRAPEUTE	0,1	0,5	0,7	0,2	0,0	27,7
CHIROPATICIEN	0,3	0,3	0,4	0,0	0,0	3,9
ACUPUNCTEUR	0,3	0,4	19,6	0,6	0,1	0,2
PSYCHOLOGUE	0,0	2,1	8,4	21,8	0,2	0,3
TRAVAILLEUR SOCIAL	0,1	0,5	3,1	14,5	1,2	1,6
AUTRES	0,9	36,8	16,3	29,0	61,7	34,9
TOTAL PE	4 952 143	4 614 881	3 965 955	4 448 191	4 772 569	4 363 897

Le tiers de la population consulterait un médecin pour un problème d'alcool, 22 % s'adresserait à un psychologue et 15 % à un travailleur social. Pour obtenir des conseils au sujet d'une diète, 34 % de la population préfère un médecin et 62 % un autre professionnel (non précisé). Enfin, pour des conseils sur des exercices, on choisirait soit un médecin (30 %), soit un physiothérapeute (28 %) ou un professionnel non précisé (35 %).

Les infirmières, les pharmaciens et les chiropraticiens constituent les catégories de professionnels vers lesquels on se tourne le moins souvent (4 % ou moins) pour obtenir de l'aide ou des conseils pour certains problèmes reliés à des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

Lieu de consultation

En présence d'un état morbide comme l'hypertension artérielle, le lieu de consultation le plus fréquemment choisi est le cabinet privé (68 %); suivent les cliniques des centres hospitaliers (18 %) et les CLSC (12 %) (tableau 6.8). Pour un problème d'obésité, on privilégie également le cabinet privé (56 %), les CLSC (20 %) et les cliniques des centres hospitaliers (9 %).

Lorsqu'il s'agit de problèmes reliés à des comportements, la population opte pour le cabinet privé du professionnel dans des proportions allant de 33 % (exercices) à 48 % (tabagisme), tandis qu'un pourcentage moindre, soit entre 14 % (exercices) et 25 % (diète), choisit les CLSC. Il faut aussi souligner que des lieux de consultation autres (non précisés) que les milieux traditionnels constituent le choix de 31 % et 39 % de la population, respectivement pour un problème d'alcool et des exercices. Enfin, on observe que les services de santé en milieu scolaire ou au travail obtiennent la faveur de seulement 1 % à 5 % des Québécois et des Québécoises.

TABLEAU 6.8
Préférence des individus en ce qui concerne le lieu de consultation pour de l'aide ou des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

LIEUX DE CONSULTATION	HYPERTENSION %	OBÉSITÉ %	TABAGISME %	ALCOOL %	DIÈTE %	EXERCICES %
CABINET DU PROFESSIONNEL	67,7	56,4	48,2	39,1	45,4	33,3
CLSC	11,9	20,3	22,4	21,3	25,0	14,2
HÔPITAL (CLINIQUES)	17,8	9,1	5,4	5,7	10,1	8,1
SERVICE DE SANTÉ (TRAVAIL, ÉCOLE)	1,8	1,3	3,1	3,0	1,9	5,3
AUTRES	0,8	12,9	20,9	30,9	17,6	39,1
TOTAL PE	4 961 633	4 690 716	4 210 877	4 534 968	4 761 950	4 497 785

6.4 Conclusions

6.4.1 Synthèse

Les personnes qui présentent des antécédents de maladies cardiaques, des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ou des états morbides tels que le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou un excès de poids, recourent davantage aux services de santé que celles qui n'en présentent pas.

Mais il y a une part relativement importante de la population atteinte de maladies cardiaques ou présentant certains risques de maladies cardiovasculaires qui n'a pas de médecin de famille ou qui n'a pas consulté de professionnel de la santé au cours des trois mois précédant l'enquête. Ainsi, les hommes sont moins nombreux que les femmes, et les jeunes moins que leurs aînés, à avoir des soins réguliers ou un contact régulier avec le système de santé.

Le quart des personnes, hommes ou femmes, qui mentionnent des antécédents de maladies cardiaques n'a pas de médecin de famille. Chez les 18 à 34 ans, la proportion atteint plus du tiers. Dans le cas de l'hypertension artérielle, c'est une personne sur cinq et plus de la moitié des jeunes de 18 à 34 ans. Quel que soit l'âge ou le sexe, environ 15 % des diabétiques déclarés n'ont pas de médecin de famille. En présence d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, d'hypercholestérolémie ou d'un excès de poids, près de 30 % de la population, plus souvent des hommes et des jeunes (18 à 34 ans), dit ne pas avoir de médecin de famille.

Les mêmes tendances s'observent en ce qui concerne la consultation d'un professionnel de la santé au moins une fois au cours des trois derniers mois.

Puisque le problème est généralement détecté par un médecin, il n'est pas surprenant de constater que les personnes dont l'hypertension ou l'hypercholestérolémie est connue sont plus nombreuses à avoir un médecin de famille ou à consulter un professionnel de la santé que celles qui ne sont pas au courant de leur état. Même si les personnes connaissent leur état de santé, environ un homme sur cinq et près d'une femme sur dix n'ont pas de médecin de famille, et un plus grand nombre affirme ne pas avoir consulté de professionnel de la santé.

Le fait d'avoir un médecin de famille ou d'avoir consulté un professionnel de la santé au cours des trois mois précédant l'enquête ne signifie pas pour autant que le problème est connu. On constate en effet qu'une proportion semblable, environ 60 %, de personnes hypertendues et hypercholestérolémiques non connues déclarent avoir un médecin de famille. De plus, une part presque aussi importante de cette population mentionne avoir consulté un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois.

Le niveau de scolarité ne semble pas être associé à l'utilisation des services de santé mesurée par l'un ou l'autre des deux indicateurs.

En ce qui a trait au choix du professionnel à consulter pour de l'aide ou des conseils relatifs à des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, la population opte majoritairement pour un médecin lorsqu'il s'agit de l'hypertension artérielle

ou de l'obésité. En présence de problèmes reliés à des comportements pouvant constituer un risque, on continue de privilégier un médecin, mais dans des proportions qui vont de 30 % (exercices) à 49 % (tabagisme). D'autres professionnels font également partie du choix des Québécois et des Québécoises. Pour ce qui est du tabagisme, de la consommation d'alcool ou d'un programme d'exercices, environ deux personnes sur cinq consulteraient respectivement un acupuncteur, un psychologue ou un physiothérapeute.

Lorsqu'il s'agit du lieu de consultation afin d'obtenir de l'aide ou des conseils, le cabinet du professionnel constitue le premier choix pour chacun des problèmes, sauf dans le cas des exercices. Selon le problème, entre 12 % et 25 % de la population irait consulter dans un CLSC. Les cliniques des centres hospitaliers sont choisies pour traiter principalement des problèmes d'hypertension, d'obésité ou de régime alimentaire.

6.4.2 Pistes de recherche et utilité pour la planification

Ces résultats devraient orienter l'action vers des interventions qui visent à informer la population de l'importance du dépistage et du suivi. Le suivi s'adresse surtout aux personnes atteintes ou présentant des états morbides associés aux maladies cardiovasculaires, tandis que le dépistage s'adresse principalement aux personnes ayant des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires accompagnés ou non d'autres facteurs de risque.

L'enquête montre qu'il y aurait également lieu d'entreprendre des actions qui visent à sensibiliser les professionnels de la santé au dépistage des états morbides considérés comme facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, telle l'hypertension artérielle, et plus particulièrement la population masculine qui se situe dans les groupes d'âge de 18 à 34 ans et de 35 à 64 ans.

On pourrait pousser davantage l'analyse en reliant les indicateurs d'utilisation des services de santé, le type de traitement suivi et la nature du résultat obtenu en matière de contrôle. En ce qui concerne les consultations, il est possible de tenir compte de leur fréquence selon le type de professionnel (médecins généralistes, spécialistes et autres professionnels) ainsi que du moment de la dernière visite chez le médecin traitant.

Des analyses ultérieures devraient permettre de vérifier si les préférences relatives aux types de professionnels et aux lieux de consultation varient en fonction des caractéristiques sociodémographiques et sanitaires de la population.

Les différents déterminants de l'utilisation des services en relation avec les maladies cardiovasculaires pourraient également être étudiés afin de mieux cerner leur rôle. On pourrait se pencher en particulier sur les personnes atteintes de maladies cardiaques, mais non rejointes par le système de santé.

Idéalement, ces renseignements devraient pouvoir être examinés de façon longitudinale, soit par une seconde visite auprès des individus, soit par un couplage avec des données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

6.5 Références

ANDERSEN, R. et NEWMAN, J.F. (1973). « Social and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States », *The Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 51 : 95-124.

GOLDMAN, L. et COOK, F. (1984). « The Decline in Ischemic Heart Disease Mortality Rates, an Analysis of the Comparative Effects of Medical Interventions and Changes in Lifestyle », *Annals of Internal Medicine*, 101 : 825-836.

HAYWARD, R.A., BERNARD, A.M., FREEMAN, H.E. et COREY, C.R. (1991). « Regular Source of Ambulatory Care and Access to Health Services », *American Journal of Public Health*, 81 : 4, 434-438.



Chapitre 7

ESTIMATION D'ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES

*Lucille A. Pica
Cité de la Santé de Laval
Équipe de santé publique*

*Richard Lessard
Régie régionale du Montréal-Centre
Direction de la santé publique*

*Gilles Paradis
Hôpital général de Montréal
Équipe de santé publique*

7.0 Introduction

La présence de manifestations cliniques de maladies coronariennes, dont l'angine de poitrine est la forme la plus fréquente, est plus fortement associée au risque futur d'infarctus ou d'arrêt cardiaque fatal (Pekkanen et coll., 1990; Rossow et coll., 1990).

En 1962, Rose proposait un questionnaire sur les douleurs rétrosternales et depuis, celui-ci est grandement utilisé afin d'établir la prévalence de l'angine de poitrine. Selon Rose, la prévalence des signes électrocardiographiques d'ischémies dans la population est semblable à celle de l'angine de poitrine. Rose affirme qu'il est faux, contrairement à la croyance populaire, de penser que les crises cardiaques surviennent sans aucun signe précurseur. Il a conclu qu'un simple dépistage, basé sur un questionnaire portant sur l'angine et un électrocardiogramme, permet de prévoir la moitié des ischémies fatales sur une période de cinq ans.

Ce chapitre porte sur la prévalence des symptômes et des antécédents personnels de maladies cardiaques. Ceux-ci sont : l'angine de poitrine, la claudication intermittente, les antécédents d'infarctus du myocarde possible et les antécédents personnels de maladies cardiaques combinant les possibilités d'angine de poitrine, de claudication intermittente et d'infarctus du myocarde. La présence de certains facteurs de risque, soit les antécédents familiaux de cardiopathies, de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'excès de poids et l'usage du tabac, a aussi été étudiée chez les personnes présentant de l'angine de poitrine.

7.1 Données

Les données sur les facteurs de risque proviennent du questionnaire effectué au domicile des répondants, des mesures prises au domicile et en clinique, ainsi que des analyses de laboratoire. Les questions sur les antécédents personnels de maladies cardiaques couvrent trois sections du questionnaire, soit les maladies cardiaques (questions 69 à 80), l'infarctus possible (questions 81 à 86) et la claudication intermittente (questions 87 à 108), cette dernière section comprenant aussi des questions sur les accidents cérébrovasculaires et la médication.

La définition de l'angine de poitrine utilisée est celle de Rose (1962). Celle-ci se définit comme étant un malaise sous forme de douleur ou de pression, ou de sensation de pesanteur dans la poitrine, causé par un effort et qui, de plus, remplit les quatre conditions suivantes : (i) la douleur se situe au-dessus, au milieu ou au bas du sternum, ou du côté antérieur gauche de la poitrine et dans le bras gauche; (ii) la douleur amène une personne à ralentir ou à s'arrêter, à prendre de la nitroglycérine¹ et à s'arrêter, ou encore à ralentir, à prendre de la nitroglycérine et à continuer; (iii) la personne éprouve un soulagement si elle a ralenti ou si elle s'est arrêtée tel qu'indiqué précédemment; (iv) le soulagement survient en 10 minutes ou moins.

Dans ce chapitre, on utilise la classification de l'angine de poitrine suggérée par Cook et coll. (1989), soit l'angine probable et l'angine possible. Le terme «angine probable»² renvoie à la définition classique de Rose (1962) citée précédemment. Cook et coll. (1989) ont défini le terme «angine possible» comme suit : un malaise dans la poitrine sous forme de douleur, de pression ou de sensation de pesanteur causé par un effort, mais qui ne correspond pas entièrement aux quatre conditions de l'angine probable.

Ensuite, Cook et coll. ont subdivisé les termes «angine probable» et «angine possible» en grade 1 et grade 2. Le grade 1 signifie que la douleur dans la poitrine est survenue à la suite d'un effort en montant une côte ou en marchant vite, tandis que le grade 2 correspond à une douleur d'angine survenue en marchant à une vitesse habituelle sur un terrain plat.

La claudication intermittente se définit comme étant une douleur au niveau du ou des mollets causée par un effort en montant une côte ou en marchant vite. La douleur amène cette personne à ralentir ou à s'arrêter; un soulagement de la douleur survient alors en 10 minutes ou moins (Rose, 1962).

Selon Rose (1962), l'infarctus du myocarde possible se définit comme étant une douleur importante au niveau de la poitrine, d'une durée de 30 minutes ou plus. Si, à la suite de cette douleur, la personne a été informée par un médecin qu'elle avait eu un infarctus ou une crise cardiaque, on conclut à des antécédents d'infarctus du myocarde possible.

1. La nitroglycérine est un vasodilatateur coronarien.

2. L'angine de poitrine n'est certaine que si le patient a été dûment examiné et si l'on a pu démontrer objectivement qu'il existait une ischémie du myocarde. Le terme «angine de poitrine probable» est beaucoup plus approprié dans le présent contexte.

Les antécédents personnels de maladies cardiaques sont définis par la présence d'angine de poitrine (probable ou possible), ou d'antécédents d'infarctus du myocarde possible, ou de claudication intermittente.

7.2 Portée et limites des données

L'angine de poitrine telle que définie est un phénomène extrêmement subjectif. La présence de douleurs thoraciques ne peut pas être toujours assimilée à la présence d'une maladie coronarienne pour de multiples raisons. Certaines personnes font de l'ischémie silencieuse; certaines sont asymptomatiques sous traitement médical; d'autres personnes ont subi des interventions, pontage ou angioplastie, qui les ont rendues asymptomatiques; d'autres ne font de l'angine de poitrine qu'au repos (Bourassa, 1992). Par ailleurs, plusieurs études indiquent que le questionnaire de Rose sur l'angine de poitrine surestime la prévalence de maladies coronariennes chez les femmes (Diamond, 1983).

Il a été prouvé que le questionnaire de Rose est un instrument approprié pour estimer la prévalence de l'angine de poitrine au sein d'une population (Rose, 1962), bien qu'il soit inapproprié pour faire un diagnostic auprès d'un individu. Les variables étudiées dans cette section n'ont donc pas de valeur diagnostique, mais plutôt une valeur descriptive. Ajoutons qu'il faut se montrer particulièrement prudent dans l'interprétation des résultats qui ne concernent parfois qu'un petit nombre de personnes.

7.3 Résultats

7.3.1 Angine de poitrine (probable ou possible)

Au total, 8 % de la population déclare des symptômes d'angine de poitrine probable ou possible (tableau 7.1). La prévalence de cette condition est légèrement plus importante chez les femmes (9 %) que chez les hommes (7 %), mais cet écart n'est statistiquement significatif ni dans l'ensemble de la population ni pour aucun des groupes d'âge.

La prévalence de l'angine de poitrine probable se situe à 4,1 % et est principalement constituée d'angine de grade 1 (3,0 %). La prévalence de l'angine de poitrine possible est semblable à celle de l'angine probable, soit à 4,2 %. Pourtant, contrairement aux résultats précédents, les constituantes des grades 1 et 2 se retrouvent en proportion semblable.

7.3.2 Claudication intermittente

Des symptômes de claudication intermittente sont déclarés par 0,4 % de la population (tableau 7.2). La claudication intermittente semble augmenter avec l'âge, mais les petits nombres ne permettent pas les calculs d'intervalles de confiance.

TABLEAU 7.1
Prévalence des symptômes d'angine de poitrine (probable ou possible) selon l'âge et le sexe, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

ÂGE ET SEXE	ANGINE PROBABLE			ANGINE POSSIBLE			ANGINE PROBABLE OU POSSIBLE	
	GRADE 1 %	GRADE 2 %	TOTAL %	GRADE 1 %	GRADE 2 %	TOTAL %	TOTAL %	PE
H								
18 - 34	1,3	0,7	2,0	2,4	2,1	4,5	6,5	1 000 935
35 - 64	2,9	0,9	3,9	0,7	2,9	3,6	7,5	1 272 653
65 - 74	6,1	1,9	8,0	3,1	0,6	3,7	11,8	198 755
TOTAL	2,5	0,9	3,5	1,6	2,4	4,0	7,4	2 472 343
F								
18 - 34	2,3	1,0	3,4	1,5	2,0	3,5	6,9	972 037
35 - 64	3,9	1,0	4,9	3,3	2,2	5,5	10,4	1 299 721
65 - 74	5,6	4,3	9,9	2,2	0,4	2,6	12,4	256 270
TOTAL	3,4	1,4	4,8	2,5	1,9	4,4	9,3	2 528 028
TOTAL	3,0	1,2	4,1	2,1	2,2	4,2	8,4	5 000 371

TABLEAU 7.2
Prévalence de claudication intermittente, d'antécédents d'infarctus du myocarde possible et d'antécédents personnels de maladies cardiaques selon l'âge et le sexe, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

ÂGE ET SEXE	CLAUDICATION INTERMITTENTE %	ANTÉCÉDENTS D'INFARCTUS DU MYOCARDE %	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES %	TOTAL PE
H				
18- 34	0,0	0,1	6,5 ¹	1 000 935
35- 64	0,5	3,5	10,7	1 272 653
65- 74	1,3	6,9	17,4 ¹	198 755
TOTAL	0,4	2,4	9,5	2 472 343
F				
18- 34	0,2	0,0	7,1 ¹	972 037
35- 64	0,4	0,6	10,4	1 299 721
65- 74	1,6	1,9	14,7 ¹	256 270
TOTAL	0,5	0,5	9,6	2 528 028
TOTAL	0,4	1,4	9,5	5 000 371

1. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

7.3.3 Antécédents d'infarctus du myocarde possible

La prévalence d'antécédents d'infarctus du myocarde possible est de 1,4 % dans la population (tableau 7.2). Elle augmente avec l'âge, particulièrement chez les hommes, en passant de 0,1 % chez les 18 à 34 ans à 6,9 % chez les 65 à 74 ans, et elle est plus importante chez les hommes (2,4 %) que chez les femmes (0,5 %).

7.3.4 Antécédents personnels de maladies cardiaques

Près d'un Québécois sur dix déclare avoir au moins une des conditions précédentes, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (tableau 7.2). La présence d'antécédents personnels de maladies cardiaques augmente avec l'âge, mais elle n'est pas significativement plus importante que chez les hommes de 65 à 74 ans (17 %), comparativement à ceux de moins de 35 ans (7 %).

7.3.5 Prévalence de certains facteurs de risque chez les sujets qui mentionnent avoir des symptômes d'angine de poitrine

Dans l'ensemble, tous les facteurs de risque analysés selon la présence ou non de symptômes d'angine de poitrine (probable ou possible) ont une prévalence plus élevée chez les personnes présentant de l'angine de poitrine (tableau 7.3). Toutefois, seule la présence d'antécédents familiaux de cardiopathies, de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques est significativement plus importante chez les gens présentant de l'angine de poitrine (probable ou possible) que dans le reste de la population.

TABLEAU 7.3
Prévalence de certains facteurs de risque selon la présence ou non de symptômes d'angine de poitrine (probable ou possible), population de 18 à 74 ans, Québec 1990

FACTEURS DE RISQUE	ANGINE PROBABLE OU POSSIBLE		LE RESTE DE LA POPULATION	
	PE	%	PE	%
HYPERTENSION ARTÉRIELLE (≥ 90 MM HG OU TRAITÉE)	17,6	73 520	13,5	618 498
FUMEUR RÉGULIER	38,1	159 362	31,2	1 429 670
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)	27,6	118 249	18,3	83 305
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV*	50,8 ¹	210 361	35,9 ¹	1 624 229
EXCÈS DE POIDS § (IMC ≥ 27)	32,7	137 282	27,7	1 219 525
DIABÈTE *	10,0	41 706	4,5	205 311

* Antécédents familiaux de cardiopathies, de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques.

§ Indice de masse corporelle = poids (kg) / taille² (m) calculé à partir des mesures prises en clinique.

▲ Selon la déclaration des répondants.

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

7.4 Conclusions

7.4.1 Synthèse

Les principaux résultats de ce chapitre révèlent que 4 % des Québécois et des Québécoises présentent de l'angine probable (le grade 1 étant plus fréquent que le grade 2) et qu'autant de ces gens présentent de l'angine possible, pour une prévalence totale estimée de 8 %. De façon générale, la prévalence de l'angine de poitrine, probable ou possible, augmente avec l'âge et serait légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, les écarts ne sont pas statistiquement significatifs. Rappelons que plusieurs études indiquent que le questionnaire sur l'angine de poitrine de Rose (1962) surestime la prévalence de maladies coronariennes chez les femmes (Diamond, 1983). Selon Harris (1988), les femmes d'âge moyen se méprennent en associant la dyspnée liée à l'effort à l'angine de poitrine, surestimant ainsi la prévalence d'angine; cela est montré dans le tableau 7.1 par la concentration d'excès d'angine possible et de grade 1.

L'enquête révèle aussi que 0,4 % de la population présente une claudication intermittente et que 1,4 % des gens présentent des antécédents d'infarctus du myocarde possible.

Au total, environ 10 % des Québécois et des Québécoises présenteraient des antécédents personnels de maladies cardiaques. La fréquence de cette condition ne varie pas selon le sexe, mais elle augmente avec l'âge.

L'enquête montre aussi que les personnes qui présentent de l'angine de poitrine, probable ou possible, sont plus portées à avoir d'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires que le reste de la population. Plus particulièrement, les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ressortent comme un facteur de risque plus important chez les gens qui présentent de l'angine de poitrine que chez le reste de la population.

7.4.2 Comparaisons avec d'autres enquêtes

Plusieurs études ont déjà déterminé, dans des populations masculines, la prévalence de l'angine de poitrine (probable ou possible) ainsi que la prévalence de la claudication intermittente et d'antécédents d'infarctus du myocarde possible.

L'étude réalisée par Dagenais et ses collaborateurs dans la région de Québec auprès d'une cohorte d'hommes âgés de 35 à 64 ans (au début de l'étude) a montré que la première manifestation de la maladie coronarienne était plus fréquemment de l'angine (6,7/1000 personnes-année) suivie par l'infarctus du myocarde non fatal (4,7/1000 personnes-année) (Dagenais et coll., 1990). Il s'agit toutefois de données d'incidence recueillies au cours d'une étude longitudinale, contrairement à la présente enquête qui fournit plutôt de l'information sur la prévalence des phénomènes étudiés.

Jusqu'à ce jour, la seule autre province qui possède des données disponibles sur la prévalence de l'angine de poitrine est la Saskatchewan. En utilisant la même

définition pour l'angine de poitrine probable, Connelly et Poapst (1992) ont observé une prévalence de 4,8 %, ce qui est légèrement supérieur à celle observée au Québec (4,3 %).

Rose et ses collaborateurs (1977) ont constaté, dans une population masculine britannique de 40 à 64 ans, que les hommes qui présentaient des antécédents d'angine de poitrine avaient un risque cinq fois plus élevé de mourir d'une maladie cardiaque dans les cinq prochaines années que ceux n'ayant pas ce facteur de risque. La prévalence de l'angine de poitrine probable dans leur échantillon était de 4,8 %, prévalence légèrement supérieure à celle des hommes québécois du même groupe d'âge (4,3 %).

Plus récemment, une étude réalisée en Grande-Bretagne par Cook et ses collaborateurs (1989) a révélé, chez une population masculine âgée de 40 à 59 ans, une prévalence de l'angine de poitrine probable de 4,6 % et une prévalence de l'angine de poitrine possible de 3,1 %. Une prévalence de l'angine probable légèrement inférieure à celle de Cook et coll., soit de 3,8 %, et une prévalence de l'angine possible plus importante, soit de 4,9 %, sont observées chez les hommes québécois du même groupe d'âge. Les écarts entre les données québécoises de la présente enquête et celles de Cook et coll. peuvent s'expliquer par la différence de définition, car l'algorithme exact de l'angine de poitrine utilisé dans cette étude n'apparaît pas dans leur publication.

En ce qui concerne la claudication intermittente, Dagenais et ses collaborateurs (1991) ont observé une incidence annuelle de 41/10 000 durant les 12 années de suivi de leur groupe. Là encore, ces données ne peuvent pas être comparées à celles de la présente enquête. Smith et coll. (1990) ont observé, dans leur échantillon masculin âgé de 40 à 64 ans, une prévalence de 0,8 % comparativement à 0,7 % dans la population québécoise pour le même groupe d'âge et de sexe. L'étude de Whitehall en Grande-Bretagne (Smith et coll., 1990) a déjà démontré que les personnes ayant une claudication intermittente ont une mortalité par maladies cardiovasculaires plus élevée que le reste de la population.

Une étude suédoise auprès d'une population masculine âgée de 47 à 53 ans (Hagman et coll., 1977) a constaté une prévalence de l'infarctus du myocarde de 1,6 %, comparativement à 2,8 % chez les Québécois pour le même groupe d'âge et sexe. Des différences méthodologiques entre les deux enquêtes nous empêchent de tirer des conclusions définitives sur ces valeurs.

7.4.3 Pistes de recherche et utilité pour la planification

Les données sur les symptômes et les antécédents de maladies cardiaques offrent quelques pistes pour des analyses ultérieures. On songe surtout à des analyses plus fines d'indices d'angine de poitrine selon les caractéristiques socio-économiques et démographiques, afin de déterminer si des associations existent entre ces dernières variables et le fait d'avoir des antécédents personnels de maladies cardiaques. On peut considérer également la possibilité d'analyses plus systématiques de certains facteurs de risque qui n'ont pas été traités dans la pre-

mière démarche, entre autres les mesures de lipides sériques (HDL, LDL, triglycérides, etc.) et la consommation d'alcool. De plus, il serait intéressant de déterminer, d'une façon plus quantitative, l'importance des variables socio-économiques et démographiques et des facteurs de risque sur les indices de l'angine de poitrine, à l'aide d'analyses multivariées. De façon générale, il y aurait aussi lieu d'analyser les différents événements reliés à la maladie coronarienne par catégories d'âge, sexes regroupés, étant donné les faibles prévalences obtenues.

Enfin, dans le but de comparer ces résultats avec ceux des autres provinces, il serait utile d'obtenir les données de la Saskatchewan et des autres provinces, selon les grades 1 et 2, le sexe, le groupe d'âge et les facteurs de risque, non seulement pour l'angine probable, mais aussi pour l'angine possible et les autres indices de l'étude.

Dans l'ensemble, l'enquête révèle qu'indépendamment du sexe, une personne sur dix aurait des antécédents personnels de maladies cardiaques; des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires sont un facteur de risque dont la prévalence est plus élevée chez les personnes qui présentent de l'angine de poitrine. Ces résultats permettent d'établir des sous-groupes de la population auxquels des programmes de sensibilisation sur la relation entre ce facteur de risque, les symptômes de l'angine de poitrine et la maladie coronarienne devraient plus particulièrement s'adresser.

Comme il s'agit d'une étude transversale, toutes inférences sur l'angine de poitrine probable ou possible selon la présence de facteurs de risque demeurent des associations à investiguer, et non des relations de cause à effet.

7.5 Références

BOURASSA, M.G. (1992). Institut de cardiologie de Montréal (Communication personnelle).

CONNELLY, P. et POAPST, M. (1992). Lipid Research Laboratory, St. Michael's Hospital, Toronto (Communication personnelle).

COOK, D.G., SHAPER, A.G. et MacFARLANE, P.W. (1989). « Using the WHO (Rose) Questionnaire in Cardiovascular Epidemiology », *International Journal of Epidemiology*, 18 : 607-613.

DAGENAIS, G.R., ROBITAILLE, N.M., LUPIEN, P.L., CHRISTEN, A., GINGRAS, S., MOORJANI, S., MEYER, M. et ROCHON, J. (1990). « First Coronary Heart Disease Event Rates in Relation to Major Risks Factors : Quebec Cardiovascular Study », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 6, n° 7 : 274-280.

DAGENAIS, G.R., MAURICE, S., ROBITAILLE, N.M., GINGRAS, S. et LUPIEN, P.L. (1991). « Intermittent Claudication in Quebec Men from 1974-1986 : The Quebec Cardiovascular Study », *Clinical and Investigative Medicine*, vol. 14, n° 2 : 93-100.

DIAMOND, G.A. (1983). « A Clinically Relevant Classification of Chest Discomfort », *Journal of the American College of Cardiology*, 1 : 574.

HAGMAN, M., JONSSON, D. et WILHELMSEN, L. (1977). « Prevalence of Angina Pectoris and Myocardial Infarction in a General Population Sample of Swedish Men », *Acta Medica Scandinavica*, 201 : 571-577.

HARRIS, R. (1988). Université de Stanford (Communication personnelle).

PEKKANEN, J., LINN, S., HEISS, G. et coll. (1990). « Ten-year Mortality From Cardiovascular Disease in Relation to Cholesterol Level Among Men With and Without Preexisting Cardiovascular Disease », *New England Journal of Medicine*, 322 : 1700-02.

ROSE, G.A. (1962). « The Diagnosis of Ischaemic Heart Pain and Intermittent Claudication in Field Surveys », *Bulletin of the World Health Organization*, 27 : 645-658.

ROSE, G.A., HAMILTON, P.J.S., KEEN, H., REID, D.D., McCARTNEY, P. et JARRETT, R.J. (1977). « Myocardial Ischaemia, Risk Factors and Death From Coronary Heart-Disease », *The Lancet*, 105-109.

ROSSOW, J.E., LEWIS, B. et RIFKIND, B.M. (1990). « The Value of Lowering Cholesterol after Myocardial Infarction », *New England Journal of Medicine*, 323 : 1112-1119.

SMITH, G.D., SHIPLEY, M.J. et ROSE, G.A. (1990). « Intermittent Claudication, Heart Disease Risk Factors and Mortality - The Whitehall Study », *Circulation*, 82 : 1925-1931.



Chapitre 8

ÉVALUATION DU RISQUE DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES EXEMPLE D'APPLICATION D'UNE MÉTHODE MULTIFACTORIELLE

*Katja L. Esrey
Louis Coupal
Steven A. Grover*

*Hôpital général de Montréal
Centre d'analyse des coûts
et de l'efficacité des soins médicaux
Service d'épidémiologie clinique*

8.0 Introduction

Ces dernières années, les chercheurs ont dégagé de nombreux facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires, au moyen d'importantes études prospectives de cohortes (Shurtleff, 1971; Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group, 1982; Lipid Research Clinics Program, 1984). Par conséquent, pour dépister les personnes qui courent un risque élevé et pour évaluer le risque général au sein des populations, le choix s'est arrêté sur l'évaluation par catégorie du risque de maladies cardiovasculaires, selon la présence ou l'absence de facteurs de risque particuliers. Toutefois, on ne peut souscrire sans réserves à cette méthode, parce qu'elle ne tient pas compte de l'étiologie multifactorielle des maladies cardiovasculaires et que l'interaction des facteurs de risque se traduit par des répercussions cumulatives sur les troubles coronariens (Epstein, 1979). Par exemple, avec la méthode par catégories, on pourra juger à tort que les sujets qui présentent des facteurs de risque multiples modérément élevés courent peu de risques. C'est pourquoi certains proposent d'adopter une méthode multifactorielle qui tient compte de tous les principaux facteurs de risque, ce qui permet d'optimiser les stratégies de prévention des maladies cardiovasculaires (Kannel et coll., 1976). On peut ensuite dégager les facteurs de risque à cibler parmi la population ou des groupes de sujets particuliers pour assurer l'efficacité des programmes de prévention des maladies cardiovasculaires.

Dans ce chapitre, on présente un exemple d'application d'un modèle permettant d'estimer le risque général de maladies cardiovasculaires parmi les Québécois et les Québécoises. Les équations de risque multivariées définies par l'étude de Framingham ont été adaptées et appliquées aux facteurs de risque mesurés par l'enquête.

8.1 Données

Grâce aux équations de risque multivariées définies par l'étude de Framingham, les risques d'apparition de troubles coronariens et d'accidents cérébrovasculaires ont été calculés sur une période de huit ans (Abbott et McGee, 1987). Cette étude portait sur les facteurs associés au développement de maladies cardiovasculaires artérioscléreuses et hypertensives, en suivant un échantillon de quelque 5000 adultes à Framingham, au Massachusetts. Pendant plus de 30 ans, les chercheurs responsables de l'étude ont assuré un suivi biennal des sujets, âgés de 30 à 59 ans et exempts de maladies cardiovasculaires en 1949, année du début de l'étude.

Un certain nombre de facteurs de risque importants pour les maladies cardiovasculaires ont été décelés dans la cohorte de Framingham, notamment l'hypertension, l'hyperlipidémie et le tabagisme. À l'aide de techniques de calcul multivariées, les chercheurs ont établi l'apport indépendant de chacun de ces facteurs de risque au risque général de maladies cardiovasculaires.

D'après les critères de Framingham, les troubles coronariens se définissent par la présence d'au moins un des éléments suivants : a) infarctus du myocarde; b) insuffisance coronarienne; c) angine de poitrine; d) mort subite par suite de troubles coronariens; ou e) mort non subite par suite de troubles coronariens. L'accident cérébrovasculaire désigne une attaque d'apoplexie, qu'elle soit hémorragique ou non.

Dans la présente étude, la probabilité d'apparition de troubles coronariens ou d'un accident cérébrovasculaire a été calculée grâce aux équations de risque multivariées élaborées pour l'étude de Framingham. Les variables utilisées sont l'âge (en années), le sexe, la tension artérielle diastolique, le taux de cholestérol total, le diabète déclaré et, enfin, le tabagisme. Pour le risque de troubles coronariens, le taux de cholestérol HDL a aussi été pris en considération, grâce à un facteur propre au sexe évalué par Grover et coll. (1992), d'après les données de Framingham. Les données qui ont servi au calcul des risques de troubles coronariens et d'accident cérébrovasculaire ont également été pondérées selon la procédure définie par le Bureau de la statistique du Québec, afin que les conclusions puissent s'appliquer à la population québécoise tout entière.

Ont été exclus de l'analyse les sujets déjà atteints par des troubles coronariens ou victimes d'un accident cérébrovasculaire, selon les indications données par les participants pendant l'entrevue à domicile. En outre, afin que les résultats soient comparables à l'étude de Framingham, les sujets de moins de 30 ans n'ont pas été considérés. Enfin, les femmes enceintes ont été exclues, la grossesse pouvant modifier certains facteurs de risque, notamment la lipidémie, la glycémie ou la tension artérielle (Pritchard et coll., 1985).

Après l'exclusion de 892 sujets (436 hommes et 456 femmes) en raison des critères mentionnés ci-dessus, il restait 1462 Québécois et Québécoises. Des données sur le cholestérol total et sur la composante HDL du cholestérol n'étant disponibles respectivement que pour 1312 et 1300 sujets, l'analyse des risques de troubles coronariens et d'accident cérébrovasculaire porte, selon le cas, sur l'un ou l'autre de ces nombres respectifs d'individus.

8.2 Portée et limites des données

L'évaluation des risques multiples par fonction logistique, fondée sur les résultats de l'étude de Framingham, a été validée par d'autres études épidémiologiques (McGee et Gordon, 1976; Grover et coll., 1992). Toutefois, puisque la fréquence des maladies cardiovasculaires diminue depuis une trentaine d'années, les coefficients obtenus dans le passé dans une ville des États-Unis sont applicables avec prudence à la population du Québec en 1990.

8.3 Résultats

8.3.1 Distribution des facteurs de risque

Pour tous les groupes d'âge, le taux de HDL est plus élevé chez les femmes. De plus, on note que le taux de cholestérol sérique est moins élevé chez les femmes âgées de moins de 50 ans que chez les hommes du même âge, et que cette tendance s'inverse lorsque les sujets atteignent la cinquantaine (tableau 8.1). Par ailleurs, aucune différence notable ne s'établit entre les sexes pour les valeurs moyennes de tension artérielle diastolique, la prévalence du diabète et le tabagisme.

TABLEAU 8.1
*Distribution pondérée des facteurs de risque, population de 30 à 74 ans
exempte de maladies cardiovasculaires, Québec 1990*

ÂGE ET SEXE	VALEURS MOYENNES			PROPORTION DE SUJETS	
	CHOL TOTAL (MMOL/L)	CHOL HDL (MMOL/L)	DIASTOLIQUE (MM HG)	FUMEUR (%)	DIABÈTE* (%)
H 30 - 39	5,3 ^{1,2}	1,2	77 ^{1,2}	43,7 ^{1,2,3}	3,0
40 - 49	5,7 ¹	1,2	80 ¹	25,8 ¹	5,2
50 - 59	5,8 ²	1,2	82 ²	30,7	10,3
60 - 69	5,5	1,2	80	21,2 ²	9,2
70 - 74	5,5	1,2	77	18,8 ³	14,7
TOTAL	5,5	1,2 ¹	79 ¹	32,4	6,2
F 30 - 39	4,8 ^{1,2,3,4}	1,4	71 ^{1,2,3,4}	51,5 ^{1,2,3}	4,6
40 - 49	5,2 ^{1,3,6,7}	1,4	76 ¹	37,5 ¹	3,2
50 - 59	5,8 ^{2,5}	1,5	78 ²	22,5 ¹	6,2
60 - 69	6,0 ^{3,6}	1,4	78 ³	16,2 ^{2,4}	7,6
70 - 74	6,3 ^{4,7}	1,3	76 ⁴	17,5 ³	11,6
TOTAL	5,4	1,4 ¹	75	35,3	5,3
TOTAL	5,4	1,3	77	33,9	5,8

* Selon la déclaration des répondants.

1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

8.3.2 Troubles coronariens

Les risques de développer des troubles coronariens, sur 8 ans, se chiffrent à 50,4 pour 1000 personnes parmi la population étudiée (tableau 8.2). Le risque augmente avec l'âge – entre 16,4 pour les hommes de 30 à 39 ans et 162,0 pour ceux de 70 à 74 ans. Pour tous les groupes d'âge étudiés, le risque se révèle supérieur pour les hommes comparativement aux femmes. Toutefois, après la ménopause, le niveau de risque des femmes âgées de plus de 59 ans se rapproche de celui des hommes du même groupe d'âge, pour devenir comparable chez les personnes de 70 à 74 ans.

TABLEAU 8.2
Risques pondérés de développer des troubles coronariens, sur 8 ans, pour 1000 personnes, population de 30 à 74 ans exempte de maladies cardiovasculaires au préalable, Québec 1990

GROUPES D'ÂGE	RISQUE DE DÉCLARATION DE TROUBLES CORONARIENS		
	HOMMES	FEMMES	TOTAL
30 - 39	16,4	4,7	10,9
40 - 49	47,8	17,0	31,4
50 - 59	107,2	48,7	76,6
60 - 69	131,3	95,2	114,6
70 - 74	162,0	158,1	159,4
TOTAL	62,6	38,5	50,4

8.3.3 Accidents cérébrovasculaires

Pour tous les groupes d'âge et de sexe, les risques, sur huit ans, de développer un accident cérébrovasculaire sont beaucoup plus faibles que les risques de troubles coronariens (tableau 8.3). Comme pour les troubles coronariens, le risque d'accident cérébrovasculaire augmente avec l'âge et, parmi les hommes, passe de 1,2 pour 1000 personnes chez les 30 à 39 ans à 68,1 chez les 70 à 74 ans. En général, l'écart des risques entre les hommes et les femmes est moins marqué pour les accidents cérébrovasculaires que pour les troubles coronariens.

Ce modèle peut aussi être utilisé pour déterminer l'évolution du risque de maladies cardiovasculaires en fonction de la réduction d'un ou de plusieurs facteurs de risque. L'annexe 5 présente un exemple d'évaluation de la réduction des probabilités de troubles coronariens après modification du taux de cholestérol total. On y observe que la variation du taux de cholestérol fluctue selon les groupes d'âge et le sexe. En effet, parmi les sujets qui ont une valeur de départ de cholestérolémie égale ou supérieure à 6,2 mmol/L, les hommes jeunes présenteraient le plus de chances de réduction du risque de troubles coronariens, avec une diminution du risque deux fois supérieure à la décroissance de la valeur du

cholestérol. Par ailleurs, pour les sujets plus âgés des deux sexes, la décroissance du risque de troubles coronariens se révèle proportionnellement inférieure à la diminution de la valeur de cholestérolémie.

TABLEAU 8.3
Risques pondérés d'avoir un accident cérébrovasculaire, sur 8 ans, pour 1000 personnes, population de 30 à 74 ans exempte de maladies cardiovasculaires au préalable, Québec 1990

GROUPES D'ÂGE	RISQUE DE DÉCLARATION D'UN ACCIDENT CÉRÉBROVASCULAIRE		
	HOMMES	FEMMES	TOTAL
30 - 39	1,2	1,3	1,2
40 - 49	4,5	4,5	4,5
50 - 59	18,1	13,6	15,7
60 - 69	40,4	31,0	36,1
70 - 74	68,1	58,4	61,6
TOTAL	13,3	12,4	12,8

8.4 Conclusions

8.4.1 Synthèse

L'application de cette méthode multifactorielle montre que, sur une période de huit ans, le risque de développer des troubles coronariens est de beaucoup supérieur (50,4 pour 1000 personnes) au risque de déclarer un accident cérébrovasculaire (12,8 pour 1000 personnes), même si l'augmentation avec l'âge est une caractéristique des deux situations. La différence entre les hommes et les femmes est notable pour les troubles coronariens; en effet, les hommes seraient près de deux fois plus à risque que les femmes.

Les travaux actuels constituent la première analyse qui évalue les risques à court terme de troubles coronariens et d'accidents cérébrovasculaires parmi les Canadiens. C'est pourquoi il est actuellement impossible de comparer les risques pour les Québécois et les Québécoises aux résidents des autres provinces.

8.4.2 Pistes de recherche et utilité pour la planification

La méthode multifactorielle d'évaluation du risque utilisée présente des avantages, tant au point de vue de la santé publique qu'à celui du traitement d'un patient en particulier. Cette méthode tient compte de la diversité des facteurs étiologiques des maladies cardiovasculaires, tout en précisant l'apport relatif de chacun des facteurs de risque dont la combinaison permet de chiffrer le risque général de maladies cardiovasculaires. De tels résultats devraient permettre de

mieux cibler et de mettre en œuvre des programmes de prévention basés non seulement sur la distribution des facteurs de risque, comme c'est le cas dans cette enquête, mais également sur le risque global de maladies cardiovasculaires.

D'autres analyses des risques pour la population québécoise, effectuées selon la même méthode, seraient tout à fait réalisables et des plus utiles, et permettraient de mieux quantifier les avantages d'une réduction du risque de troubles coronariens. La recherche pourrait déterminer l'apport de facteurs de risque particuliers à la constitution du risque de maladies cardiovasculaires pour la population québécoise dans son ensemble et pour ses sous-groupes (hypertendus, fumeurs et diabétiques, par exemple). Les variations prévues du risque de maladies cardiovasculaires pourraient également être évaluées et comparées à l'incidence réelle de ces maladies chez les Québécois et les Québécoises. De telles analyses pourraient être aussi réalisées à l'aide de la banque des données canadiennes afin de situer le Québec par rapport aux autres provinces.

8.5 Références

ABBOTT, R.D. et McGEE, D. (1987). *The Probability of Developing Certain Cardiovascular Disease in Eight Years at Specified Values of Some Characteristics*, Bethesda, MD, US Government Printing Office, Kannel WB, Wolf PA, Garrison RJ (dir.), « The Framingham Study. An Epidemiologic Investigation of Cardiovascular Diseases », Section 37, US Dept. of Health, Education, and Welfare publication NIH 87-2284.

EPSTEIN, F.H. (1979). « Predicting, Explaining, and Preventing Coronary Heart Disease. An Epidemiological View », *Modern Concepts of Cardiovascular Disease*, vol. 48, p. 7.

GROVER, S.A., ABRAHAMOWICZ, M., JOSEPH, L. et coll. (1992). « The Benefits of Treating Hyperlipidemia to Prevent Coronary Heart Disease. Estimating Changes in Life Expectancy and Morbidity », *Journal of the American Medical Association*, vol. 267, p. 816-822.

KANNEL, W.B., McGEE, D. et GORDON, T. (1976). « A General Cardiovascular Risk Profile : The Framingham Study », *American Journal of Cardiology*, vol. 38, p. 46.

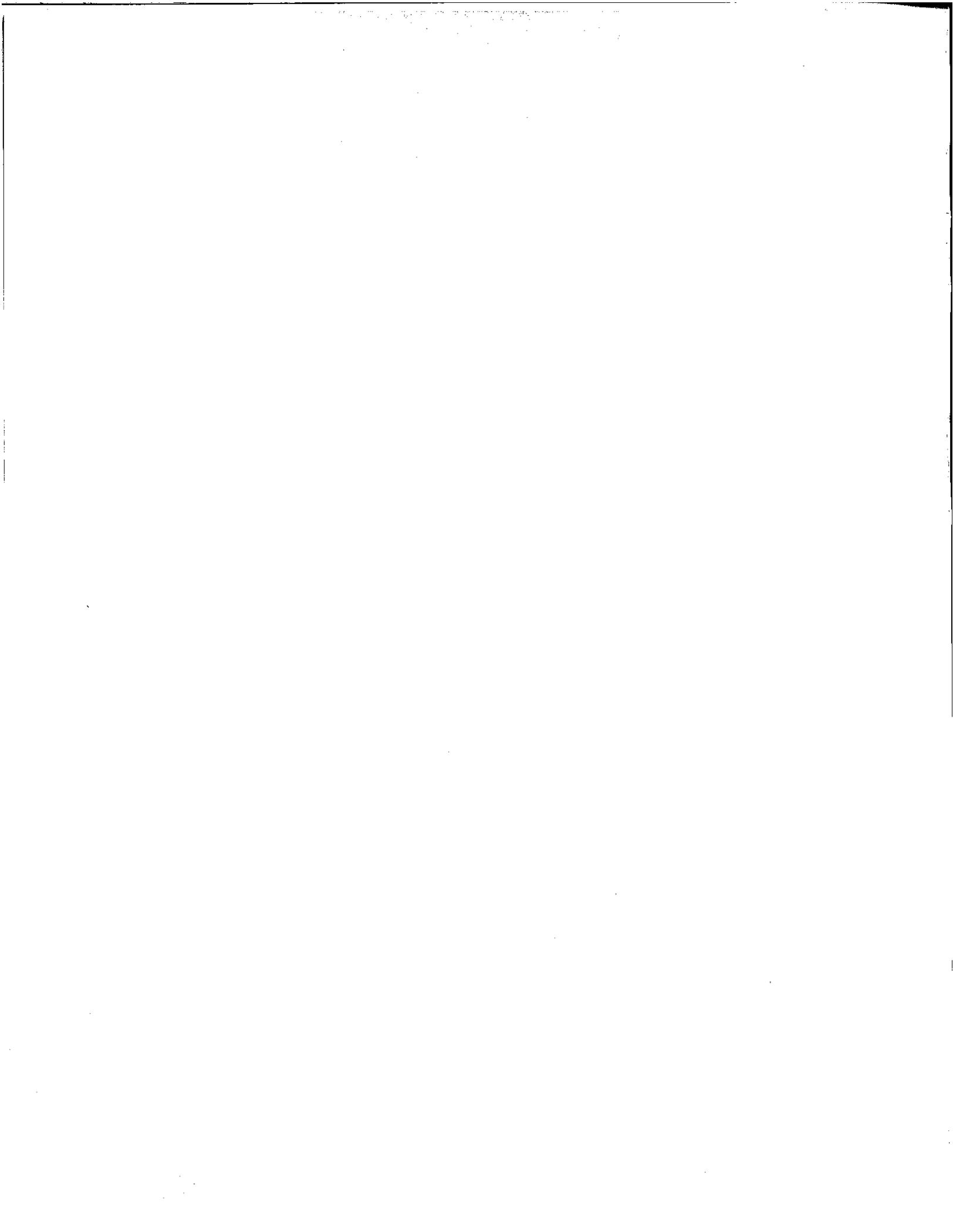
LIPID RESEARCH CLINICS PROGRAM (1984). « The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results : I. Reduction in Incidence of Coronary Heart Disease », *Journal of the American Medical Association*, vol. 251, p. 351-364.

McGEE, D. et GORDON, T. (1976). *The Results of the Framingham Study Applied to Four Other U.S.-Based Epidemiologic Studies of Cardiovascular Disease*, Bethesda, MD, US Government Printing Office, Kannel WB, Gordon T (dir.), « The Framingham Study. An Epidemiologic Investigation of Cardiovascular Diseases », Section 31, US Dept. of Health, Education, and Welfare publication NIH 76-1083.

MULTIPLE RISK FACTOR INTERVENTION TRIAL RESEARCH GROUP (1982).
« Multiple Risk Factor Intervention Trial : Risk Factors Changes and Mortality
Results», *Journal of the American Medical Association*, vol. 248, p. 1465-1477.

PRITCHARD, J.A., MacDONALD, P.C. et GANT, N.F. (1985). *Williams Obstetrics*,
17th ed., Norwalk, Connecticut, Appleton-Century-Crofts.

SHURTLEFF, D. (1971). *Some Characteristics Related to the Incidence of
Cardiovascular Disease and Death : Framingham Study, 16-Year Follow-Up*,
Washington, DC, Kannel WB, Gordon T (dir.), «The Framingham Study.
An Epidemiologic Investigation of Cardiovascular Diseases», Section 26, U.S.
Government printing office n° 0-414-297.



Conclusion

*Lucie Chénard
Équipe de santé publique de Rimouski*

L'Enquête sur les maladies cardiovasculaires a généré des informations difficilement accessibles autrement que par une enquête auprès de l'ensemble de la population. Les informations ainsi recueillies ont permis d'établir la prévalence des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires au sein de la population québécoise, d'évaluer, parmi l'ensemble de la population et parmi les personnes présentant des facteurs de risque spécifiques de maladies cardiovasculaires, le degré de connaissance de ces facteurs de risque et, enfin, d'établir le taux de suivi d'un traitement par les personnes atteintes par l'un ou l'autre des états morbides associés aux maladies cardiovasculaires.

Malgré les limites inhérentes à ce type d'enquête, il n'en demeure pas moins que cette première enquête fait le point sur un certain nombre de questions, et ce, au-delà de la simple présentation de la prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires au sein de la population. Cette enquête permet ainsi de comparer la situation de la santé cardiovasculaire de la population québécoise à celle décrite dans les autres provinces canadiennes. Cette enquête permet également de réévaluer les programmes et les actions mis de l'avant jusqu'à maintenant à la lumière des informations recueillies, notamment sur les connaissances et le suivi d'un traitement en présence d'états morbides spécifiques.

Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez les Québécois et les autres Canadiens

La prévalence des différents facteurs de risque observés chez la population québécoise et la population des autres provinces canadiennes indique que l'on ne partagerait pas les mêmes facteurs de risque. Ainsi, l'hypertension artérielle serait moins prévalente au Québec que dans le reste du Canada, tandis que l'hypercholestérolémie serait plus répandue au Québec.

Lien entre les objectifs généralement poursuivis par les programmes et les actions en vue de réduire la morbidité et la mortalité causées par les maladies cardiovasculaires, et les résultats de l'enquête sur les connaissances et les comportements

Les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires ne se répartissent pas uniformément au sein de la population pour ce qui est des caractéristiques socio-économiques. La scolarité demeure l'indicateur socio-économique le plus sensible pour montrer des différences entre les sous-groupes de la population. Les personnes les moins scolarisées sont plus nombreuses à mentionner ces facteurs de risque, et ce, tant pour les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires que pour des facteurs de risque liés aux états morbides et aux comportements. De plus, les différences observées viennent confirmer la relation entre le vieillissement et la présence d'états morbides liés aux maladies cardiovasculaires. Les résultats mettent également en évidence la présence simultanée chez la même personne de plus d'un facteur de risque associé aux états morbides.

Cette enquête permet également de faire le point sur l'état actuel des connaissances acquises jusqu'à maintenant par la population québécoise sur les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Les informations recueillies permettent ainsi de constater que les connaissances des facteurs de risque sont essentiellement limitées aux facteurs de risque liés aux habitudes de vie, principalement les habitudes alimentaires et le tabagisme. Les facteurs de risque liés à des états morbides tels que l'hypertension artérielle et le diabète sont méconnus de la population en ce qui concerne leur influence dans l'étiologie des maladies cardiovasculaires. Il est vrai que les principaux programmes et les principales actions ont été majoritairement orientés vers l'éducation de la population en général sur les facteurs de risque considérés individuellement et, tout particulièrement, sur l'impact des habitudes alimentaires et la contribution du tabagisme aux maladies cardiovasculaires.

En ce qui a trait aux personnes ayant des facteurs de risque liés à la présence d'états morbides, une proportion importante ignore leur propre état de santé. Ainsi, le tiers des personnes hypertendues ne le savent pas, tandis que les deux tiers des personnes ayant un taux élevé de cholestérol l'ignorent également. Parmi les personnes hypertendues et qui le savent, près de 20 % ne suivent aucun traitement ou programme, tout comme c'est le cas de 23 % des personnes qui se déclarent diabétiques et de 61 % des personnes hypercholestérolémiques au courant de leur état. Ainsi, au total, 44 % des Québécois hypertendus, 23 % des Québécois diabétiques ainsi qu'environ 80 % des personnes hypercholestérolémiques ayant un seuil égal ou supérieur à 6,2 mmol/L ne suivent aucun traitement.

En ce qui a trait à l'utilisation des services de santé, on constate que la majorité des personnes hypertendues ou hypercholestérolémiques ont un médecin de famille. En ce qui concerne l'hypertension artérielle, deux aspects retiennent particulièrement l'attention : 12 % de la population hypertendue qui le sait n'a pas de médecin de famille, tandis que 60 % de la population hypertendue qui ne le sait pas déclare avoir un médecin de famille. Dans le premier cas, on peut s'interroger sur le suivi et le contrôle des personnes sans médecin de famille et, dans le second cas, sur la mesure effective de la tension artérielle ou de l'information transmise par les médecins de famille.

Ces informations, à elles seules, indiquent des orientations pour les programmes et les actions qui visent effectivement à réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies cardiovasculaires. Compte tenu de l'importance pour ce qui est de l'influence sur l'incidence des maladies cardiovasculaires et du nombre de personnes concernées par les facteurs de risque liés aux états morbides, les informations recueillies permettent d'établir prioritairement les programmes et les actions orientés vers les personnes qui présentent de tels états morbides, celles-ci devant être ciblées plutôt que l'ensemble de la population. Enfin, les programmes d'information devraient mettre en relief la contribution de ces états morbides aux maladies cardiovasculaires ainsi que les possibilités de traitement et de contrôle.

Par ailleurs, l'étiologie des maladies cardiovasculaires est complexe et implique souvent la présence de plus d'un facteur de risque. Aux facteurs de risque liés

aux états morbides et aux comportements s'ajoutent également les antécédents familiaux. Cette notion de multiplicité devrait être mieux comprise par la population afin que l'adoption de comportements soit le résultat de choix éclairés. Un facteur de risque ne devrait pas être privilégié au détriment d'autres facteurs qui pourraient s'avérer tout aussi importants, ou plus déterminants. La chaîne de causalité des facteurs de risque, quelle qu'elle soit, ne peut évidemment être utilisée comme cadre d'analyse de cette enquête, puisque les informations générées proviennent d'une étude transversale. À cet égard, il serait approprié que des études tenant compte des trois catégories de facteurs de risque et, à la fois, du contrôle des états morbides et de la modification de comportements, soient menées de façon à évaluer objectivement le risque de maladies cardiovasculaires au sein de la population et l'impact de ces facteurs de risque de maladies cardiovasculaires sur la réduction effective de la morbidité et de la mortalité pour ces maladies chez la population québécoise.

Cette première enquête sur la santé cardiovasculaire des Québécois et des Québécoises a cependant permis d'établir les bases indispensables à la mise en place de programmes de prévention des maladies cardiovasculaires au Québec. Ces bases seront également fort utiles à l'évaluation d'interventions futures dans ce domaine, telles que préconisées par la politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux.



Annexe 1

LISTE DES COLLABORATEURS À L'ENQUÊTE¹

Membres du comité d'orientation de l'enquête

Robert Courtemanche	Bureau de la statistique du Québec Direction de la méthodologie
Carole Daveluy	Santé Québec
Marc Dionne	Ministère de la Santé et des Services sociaux Prévention et protection de la santé publique
Aline Émond	Santé Québec
Rémi Guibert	Université de Montréal Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Brigitte Lachance	Ministère de la Santé et des Services sociaux Prévention et protection de la santé publique
André Lavoie	Cité de la Santé de Laval Département de santé communautaire
Richard Lessard	Cité de la Santé de Laval Département de santé communautaire
Suzanne Lussier-Cacan	Institut de recherches cliniques de Montréal Groupe de recherche sur les hyperlipidémies et l'athérosclérose
François Meyer	Université Laval Département de médecine sociale et préventive
Justine Ruel	CLSC Centre-Ville
Michel Vézina	Centre hospitalier universitaire de Laval Département de santé communautaire
Marianne Xhignesse	Institut de recherches cliniques de Montréal Groupe de recherche sur les hyperlipidémies et l'athérosclérose

1. On trouvera, comme affiliation, le nom de l'établissement ou de l'organisme auquel ces personnes étaient rattachées lors de leur collaboration aux travaux de Santé Québec.

Membres du comité d'interprétation des données

[Faits saillants, 1991]

Président

Michel Joffres
Ministère de la Santé de l'Alberta

Membres

Madeleine Blanchet
Ministère de la Santé et Services Sociaux
Conseil des Affaires sociales

Claude Bouchard
Université Laval
Laboratoire des sciences de l'activité physique

Jean Davignon
Institut de recherches cliniques de Montréal
Groupe de recherche sur les hyperlipidémies et
l'athérosclérose

Véronique Déry
Fondation des maladies du cœur du Québec
Comité d'éducation

Yvon Dieu
Observatoire de santé en Hainault
Belgique

Gianfranco Domenighetti
Département des Affaires sociales
Canton du Tessin, Suisse

Pavel Hamet
Hôtel-Dieu de Montréal
Centre de recherche

Christian Lahoute
Observatoire régional de Santé
Nord Pas de Calais, France

Sylvie Stachenko
Santé et Bien-être social Canada
Direction générale de la promotion
et des services de santé

Consultants

Bun Luk Khuong
Bureau de la statistique du Québec
Service de la méthodologie et de l'information

Philip W. Connelly
St. Michael's Hospital, Toronto
Lipid Research Laboratory

Lecteurs et consultants

André Arseneault	Institut de cardiologie de Montréal Service de médecine nucléaire
Martial Bourassa	Institut de cardiologie de Montréal Centre de recherche
Louise Deguire	Hôpital du Sacré-Cœur Unité de santé publique
Véronique Déry	Hôpital du Lakeshore Unité de santé publique
Marc-André Fournier	Université de Montréal Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Rémi Guibert	Université de Montréal Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Michel Joffres	Ministère de la Santé de l'Alberta
Richard Lessard	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre Direction de la santé publique
François Meyer	Université Laval Département de médecine sociale et préventive
Réal Morin	Hôpital de l'Enfant-Jésus Unité de santé publique
Francine Ouellet	Hôpital du Sacré-Cœur Unité de santé publique
Pierre Provencher	Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain
Mary Reidy	Université de Montréal Faculté des sciences infirmières
Irene Strychar	Université de Montréal Département de nutrition
Marie-Élizabeth Taggart	Université de Montréal Faculté des sciences infirmières
Geneviève Tremblay	Hôpital de l'Enfant-Jésus Unité de santé publique
Guy Tremblay	Hôpital du Saint-Sacrement Unité de santé publique

**Auteurs dont les travaux sur la demande psychologique,
la latitude décisionnelle et la tension artérielle feront l'objet
d'une publication séparée**

Chantal Brisson	Hôpital du Saint-Sacrement Groupe de recherche en épidémiologie
Nathalie Laflamme	Hôpital du Saint-Sacrement Groupe de recherche en épidémiologie
Michel Vézina	Régie régionale de Québec Direction de la santé publique

**Auteurs dont les travaux sur le soutien social feront
l'objet d'une publication séparée**

Yvon Brunelle	Ministère de la Santé et des Services sociaux Direction de la planification
Lucie Larose	Hôpital de Montmagny Unité de santé publique
Daniel Tremblay	Santé Québec
Jocelyne Camirand	Université de Montréal Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

**CLSC et infirmiers et infirmières-interviewers ayant
participé à l'enquête**

Nom du CLSC	Nom de l'infirmier ou de l'infirmière
De l'Estuaire	Nancy Lavoie
De Matane	Claire Langlois
Malauze	Fabien Ferguson
De la Pointe	Lucette Samuel
Rivières et Marées	Félicienne Rioux Lison Normandeau Andrée Rousseau
Les Aboiteaux	Colombe Pelletier Hélène Garon Diane Bérubé Diane Duchesne
Saguenay-Nord	Monique Lapointe
De la Jonquière	Josée Blackburn

Des Prés-Bleus	Johanne Fraser Lise Desbiens
Des Chutes	Hélène Couillard Jocelyne Tupinier
Le Norois	Louise Fortin Danièle Boily
La Guadeloupe	Renée Marceau
La Source	France Laverdière
Orléans	Nicole Roy
Charlevoix	Marie-France Desbiens
Chutes-de-la- Chaudière-Desjardins	Diane Boutin
Portneuf	Claudine Roy
Laurentien	Angèle Allard Reine Roy
De-la-Jacques-Cartier	Claudette Marchand
Sainte-Foy/Sillery	Angèle Allard Reine Roy
Haute-Ville	Françoise Gauvin
Limoilou	Angèle Allard
Antoine-Rivard	Hélène Minville
Haut-Saint-Maurice	Mireille St-Arnaud
Du Centre de la Mauricie	Thérèse St-Arnaud
Drummond	Marthe Garneau
Suzor-Côté	Suzie Morin Renée Guithé
Les Forges	Nicole Lévesque
Nicolet/Yamaska	Jeanne D'Arc Michaud
Du Rivage	Renée Ducharme
La Chaumière	Richard Thibault
Alfred-Desrochers	Henriette Lacroix Gaston-Lessard Marjolaine Bonneville
«Soc»	Carmel Yargeau
Lac-Saint-Louis	Monique Donohue

Pierrefonds	Marie-France Ouellet
Du Vieux/Lachine	Danielle Lizotte
Verdun/Côte-Saint-Paul	Diane Duclos
LaSalle	Françoise Belzile
Rivière-des-Prairies	Ghislaine Hamel
J.-Octave-Roussin	Aline Samoïsette
Mercier-Est/Anjou	Line Langlois
Hochelaga-Maisonneuve	Francine D'Amours
Rosemont	Céline Roussin
Saint-Léonard	Louise Lamarche
Côte-des-Neiges	Monique Lapointe
Côte-Saint-Luc/Hampstead	Zipora Charszan
NDG/Montréal-Ouest	Anne-Marie Ménard
Métro/Clinique	Sylvie Guibert
Saint-Louis-du-Parc	Ghislaine MacPherson
Montréal-Nord	Luce Brasseur
Saint-Michel	Sylvie Beauchesne
Ahuntsic	Louise Lamarche
	Denise Clermont
Bordeaux-Cartierville	Gisèle Charbonneau
Saint-Laurent	Nicole Latendresse
Centre-Sud	Carolle Monck
Du Plateau-Mont-Royal	Arlène Ducharme
Villeray	Antonietta Vespa
La Petite Patrie	Fernande St-Pierre
Des Mille-Îles	Marthe Ouellette
Norman-Bethune	Danièle Morin
Du Marigot	Nathalie Goulet
Sainte-Rose de Laval	Céline Raymond
	Roxanne Desmarais
J.-O. Chénier	Francine Vermette
	Nicole Roy
Thérèse-de-Blainville	Georgette Massie
	Ginette Lavoie

Arthur-Buies	Céline Raymond Doris Castonguay
Des Trois Vallées	Louise Lemieux Claudine Numainville
D'Autray	Pauline Beaulne
De Joliette	Nicole Heyneman
Montcalm	Jocelyne Gaudet Nicole Lafortune
Lamater	Diane Lavoie Huguette Ouellet
Le Méandre	Pierrette Rivest Chantal Landry
Châteauguay	Renée Vallée
La Presqu'île	Denise Pépin
Seigneurie de Beauharnois	Françoise Claessens
Du Havre	Françoise Rouleau
Des Maskoutains	Thérèse Martel
La Vallée des Patriotes	Cécile Létourneau
De la Haute-Yamaska	Gilberte Fredette
Des Seigneuries	Michelle Guérin
Samuel de Champlain	Diane Ringuette
Katéri	Louise Verbruggen
Saint-Hubert	Colette Langlais
Longueuil-Est	Gaétane Lemire
Longueuil-Ouest	Monique Campeau
La Pommeraie	Anne Couture
Jardin du Québec	Louise Shumco
Vallée des Forts	Louise Janelle
De Hull	Micheline Plouffe
Grande-Rivière	Jeannine Buteau
Le Moulin	Nicole Tremblay
De la Petite Nation	Louise Cloutier
Le Partage-des-Eaux	Lucie Alarie
De l'Élan	Christine Myrand
De l'Aquilon	Solange Gagnon

CLSC et infirmiers et infirmières-interviewers
[enquêtes régionales]

Nom du CLSC	Nom de l'infirmier ou de l'infirmière
Les Basques	France Ouellette
Des Frontières	Marie Ouellet
Témiscouata	Lise Rousseau Camila Castonguay
Des Grands-Bois	Jacynthe Simard Chantal Asselin
Des Hautes-Laurentides	Pauline Vallée
Des Pays-d'en-Haut	Nathalie Gascon
Du Long Sault	Kathleen Cole
Joli-Mont	Pierrette Sévigny Claudine Perrault

Quel souvenir tout de même, pour l'équipe de Santé Québec, que celui des manipulations d'échantillons et de la correspondance avec vous par «voie de glacière» dans nos bureaux de la Tour de la Bourse, à l'automne 1990!

9. Quels conseils vous a-t-on donnés?

NE PAS LIRE LA LISTE.

Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

- 01 - Prendre des médicaments seulement
- 02 - Prendre des médicaments et suivre un autre traitement
- 03 - Suivre un régime sans sel
- 04 - Surveiller le poids
- 05 - Eviter le stress, ralentir les activités et relaxer
- 06 - Diminuer la consommation de tabac ou cesser de fumer
- 07 - Diminuer la consommation d'alcool
- 08 - Suivre un programme d'exercice
- 09 - Utiliser le biofeedback
- 10 - Autre traitement (précisez)

98 - NSP
99 - NR ou R

11. Quel programme suivez-vous actuellement?

NE PAS LIRE LA LISTE.

Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

- 01 - Prendre des médicaments seulement
- 02 - Prendre des médicaments et suivre un autre traitement
- 03 - Suivre un régime sans sel
- 04 - Surveiller le poids
- 05 - Eviter le stress, ralentir les activités et relaxer
- 06 - Diminuer la consommation de tabac ou cesser de fumer
- 07 - Diminuer la consommation d'alcool
- 08 - Suivre un programme d'exercice
- 09 - Utiliser le biofeedback
- 10 - Aucun
- 11 - Autre traitement (précisez)

98 - NSP
99 - NR ou R

10. Suivez-vous encore ce programme ou suivez-vous un programme différent?

- 1 - Le même programme
 - 2 - Un programme différent
 - 3 - Non, aucun programme
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à 12

12. Présentement, prenez-vous des médicaments pour faire baisser votre tension artérielle?

- 1 - Oui → Passez à 14
- 2 - Non
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

13. Avez-vous déjà pris des médicaments pour faire baisser votre tension artérielle?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

<p>14. Selon vous, votre tension artérielle est-elle normale présentement?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>18. Avez-vous déjà entendu parler d'un lien entre la tension artérielle élevée et ce que boivent et mangent les gens?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à "DIABETE" (Q. 20)</p>
<p>15. Croyez-vous qu'une tension artérielle élevée peut détériorer votre santé?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 17</p>	<p>19. Selon vous, quels sont les aliments ou boissons reliés à la tension artérielle élevée?</p> <p>NE PAS LIRE LA LISTE. Encerclez toutes les réponses qui conviennent.</p> <ul style="list-style-type: none"> 01 - Sel/aliments salés 02 - Sodium 03 - Alcool 04 - Matières grasses 05 - Corps gras saturés 06 - Cholestérol 07 - Calories/suralimentation 08 - Additifs/agents de conservation/colorants alimentaires 09 - Caféine/café 10 - Sucre/aliments sucrés 11 - Féculents / aliments riches en féculents 12 - Porc 13 - Types particuliers de viande autres que le porc 14 - Viande en général 15 - Charcuteries 16 - Aliments frits / aliments gras 17 - Calcium 18 - Viandes rouges 19 - "Fast food" (précisez) <p style="text-align: right;">98 - NSP 99 - NR ou R</p>
<p>16. A votre avis, de quelle façon une tension artérielle élevée peut-elle détériorer votre santé?</p> <p>INSCRIRE AU MAXIMUM TROIS RÉPONSES DONNÉES. SI LE RÉPONDANT HÉSITE, ESSAYER D'ÉCLAIRCIR.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: right;">98 - NSP 99 - NR ou R</p>	<p>20 - Autre (précisez)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: right;">98 - NSP 99 - NR ou R</p>
<p>17. Connaissez-vous les causes d'une tension artérielle élevée?</p> <p>INSCRIRE AU MAXIMUM TROIS RÉPONSES DONNÉES. SI LE RÉPONDANT HÉSITE, ESSAYER D'ÉCLAIRCIR.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p style="text-align: right;">98 - NSP 99 - NR ou R</p> <p>SI LE RÉPONDANT MENTIONNE «L'ALIMENTATION» OU «LES BOISSONS» À LA QUESTION 17, PASSER À LA QUESTION 19.</p>	<p style="text-align: right;">98 - NSP 99 - NR ou R</p>

DIABÈTE

Passons maintenant à quelques questions sur le diabète.

20. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faisiez du diabète?

- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à "ALCOOL" (Q. 23)

21. Quel âge aviez-vous la première fois qu'un médecin vous a dit que vous aviez le diabète?

(inscrivez l'âge)

- 98 - NSP
- 99 - NR ou R

22. Quel traitement suivez-vous pour contrôler votre diabète?

NE PAS LIRE LA LISTE.

Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

- 1 - Aucun traitement
- 2 - Insuline
- 3 - Pilules pour contrôler la glycémie
- 4 - Régime
- 5 - Amaigrissement
- 6 - Autre (précisez)

- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

ALCOOL

Passons à quelques questions sur votre consommation d'alcool.

23. Avez-vous déjà pris de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées?

- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à "POIDS" (Q. 28)

24. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées?

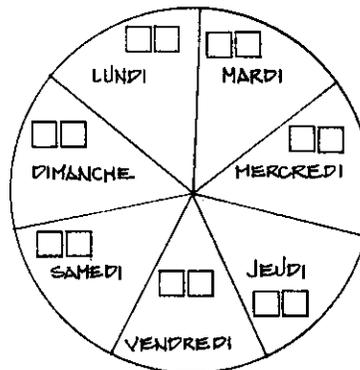
- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à "POIDS" (Q. 28)

25. En commençant par hier, combien de consommations avez-vous prises à chacun des 7 derniers jours?

Nous entendons ici par consommation:

- . une bouteille de bière ou un verre de bière en fût (draft)
- . un petit verre de vin ou
- . un petit verre de liqueur forte avec ou sans mélange

INSCRIRE LE NOMBRE (00 POUR AUCUNE CONSOMMATION) OU 98 (NE SAIT PAS) OU 99 (NON-RÉPONSE OU REFUS)



26. Au cours des douze derniers mois, quelle a été, en moyenne, la fréquence hebdomadaire ou mensuelle de votre consommation de boissons alcoolisées?

- 1- Nombre de fois par semaine
- ou
- 2- Nombre de fois par mois

- 6 - Moins d'une fois par mois
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à "POIDS" (Q. 28)

27. Quand vous prenez des boissons alcoolisées, combien de consommations prenez-vous en moyenne par jour?

Nombre de consommations

98 - NSP

99 - NR ou R

POIDS

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre poids.

28. Avez-vous déjà essayé de perdre du poids?

1 - Oui

2 - Non

8 - NSP

9 - NR ou R

29. Essayez-vous présentement de perdre ou de gagner du poids?

1 - Perdre du poids

2 - Gagner du poids

→ Passez à 32

3 - Ni l'un ni l'autre

8 - NSP

9 - NR ou R

30. Lesquelles des méthodes suivantes, utilisez-vous pour perdre du poids?

LIRE DE 1 à 5.

Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

1 - Suivre un régime

2 - Faire de l'exercice

3 - Sauter des repas

4 - Prendre des pilules pour maigrir

5 - Participer à un programme de contrôle du poids

6 - Autre (précisez)

7 - Aucune

8 - NSP

9 - NR ou R

31. Pourquoi voulez-vous perdre du poids?

NE PAS LIRE LA LISTE.

Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

01 - Pour améliorer mon apparence

02 - Pour améliorer ma santé

03 - Pour diminuer mon risque de crise cardiaque

04 - Pour contrôler ma tension artérielle

05 - Pour contrôler mon taux de cholestérol

06 - Pour ralentir le durcissement des artères

07 - Pour diminuer mon risque de diabète

08 - Autre (précisez)

98 - NSP

99 - NR ou R

32. Combien mesurez-vous sans vos souliers?

1- pouces

ou

2- centimètres

8- NSP

9- NR ou R

33. Quel est votre poids?

1- livres

ou

2- kilogrammes

8- NSP

9- NR ou R

34. Combien aimeriez-vous peser ?

1- livres

ou

2- kilogrammes

8- NSP

9- NR ou R

HABITUDES ALIMENTAIRES

Passons maintenant à quelques questions sur vos habitudes alimentaires.

35. Ajoutez-vous du sel à vos aliments quand vous cuisinez?
LIRE DE 1 à 4.

- 1 - Souvent
- 2 - Quelquefois
- 3 - A l'occasion
- 4 - Presque jamais ou jamais
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

36. A table, ajoutez-vous du sel à vos aliments?
LIRE 1 à 4.

- 1 - Souvent
- 2 - Quelquefois
- 3 - A l'occasion
- 4 - Presque jamais ou jamais
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

37. Croyez-vous que la quantité de sel que vous consommez puisse avoir un effet sur votre santé?

- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à "MATIERES GRASSES" (Q. 39)

38. D'après vous, quels effets une trop grande consommation de sel peut-elle avoir sur votre santé?

NE PAS LIRE LA LISTE.
Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

- 01 - Augmentation de la tension artérielle
- 02 - Augmentation du poids
- 03 - Enfllement des chevilles (oedème)
- 04 - Augmentation du risque de crise cardiaque
- 05 - Augmentation du risque d'accidents cérébro-vasculaires
- 06 - Augmentation du risque de maladies rénales
- 07 - Besoin de prendre des médicaments pour contrôler la tension artérielle
- 08 - Durcissement plus rapide des artères (athérosclérose)
- 09 - Autre (précisez)
- 98 - NSP
- 99 - NR ou R

MATIÈRES GRASSES

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet des matières grasses.

39. De nombreux aliments contiennent du gras. Avez-vous déjà entendu dire que la consommation de gras pouvait être associée à des problèmes de santé?

- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à "CHOLESTÉROL" (Q. 41)

40. Selon vous quels problèmes de santé sont reliés à la consommation des matières grasses?

NE PAS LIRE LA LISTE.

Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

- 1 - Embonpoint/obésité
- 2 - Maladie cardiaque/maladie coronarienne/ problèmes cardiaques/crise cardiaque
- 3 - Taux élevé de cholestérol
- 4 - Hypertension artérielle/tension artérielle élevée
- 5 - Athérosclérose / durcissement des artères/accumulation de matières grasses sur les artères
- 6 - Autre (précisez)
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

CHOLESTÉROL

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet du cholestérol.

41. Avez-vous déjà entendu parler du cholestérol?

- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à "TABAGISME" (Q. 55)

42. Qu'avez-vous entendu au sujet du cholestérol?

INSCRIRE AU MAXIMUM TROIS RÉPONSES. SI LE RÉPONDANT HÉSITE, ESSAYEZ D'ÉCLAIRCIR.

98 - NSP

99 - NR ou R

43. Croyez-vous que les aliments contiennent du cholestérol?

1 - Oui

2 - Non

8 - NSP

9 - NR ou R

→ Passez à 46

44. Selon vous, quels aliments contiennent du cholestérol?

NE PAS LIRE LA LISTE.

Encercler les réponses qui conviennent.

01 - Oeufs/jaune d'oeuf

02 - Volaille

03 - Boeuf

04 - Porc

05 - Fruits de mer

06 - Lait (précisez)

07 - Fromage (précisez)

08 - Beurre

09 - Jambon

10 - Bacon

11 - Viandes rouges

12 - Gras animal

13 - Fast foods (précisez)

14 - Autre (précisez)

98 - NSP

99 - NR ou R

45. Croyez-vous que le cholestérol contenu dans les aliments que vous mangez peut nuire à votre santé?

1 - Oui

2 - Non

8 - NSP

9 - NR ou R

46. Croyez-vous qu'il y a du cholestérol dans le sang?

1 - Oui

2 - Non

8 - NSP

9 - NR ou R

→ Passez à 48

47. Croyez-vous qu'un taux trop élevé de cholestérol dans votre sang puisse nuire à votre santé?

1 - Oui

2 - Non

8 - NSP

9 - NR ou R

48. Comment le cholestérol peut-il détériorer votre santé?

NE PAS LIRE LA LISTE.

Encercler toutes les réponses qui conviennent.

1 - Durcissement ou obstruction des artères (athérosclérose)

2 - Augmentation de la tension artérielle

3 - Crise cardiaque (infarctus)

4 - Accident cérébro-vasculaire

5 - Angine (douleur à la poitrine)

6 - Autre (précisez)

8 - NSP

9 - NR ou R

49. A-t-on déjà mesuré votre taux de cholestérol dans le sang?

1 - Oui

2 - Non

8 - NSP

9 - NR ou R

→ Passez à 51

50. Vous a-t-on dit quel était votre taux de cholestérol?

1 - Oui

2 - Non

8 - NSP

9 - NR ou R

<p>51. Est-ce qu'un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé vous a dit déjà que votre taux de cholestérol était élevé?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 54</p>	<p>TABAGISME</p> <p>Passons maintenant à quelques questions sur le tabac.</p> <p>55. Fumez-vous régulièrement, à l'occasion ou jamais:</p> <p>a)...<u>la cigarette</u></p> <p>1 -Régulièrement 2 -A l'occasion 3 -Jamais 8 -NSP 9 -NR ou R</p> <p>b)...<u>la pipe</u></p> <p>1 -Régulièrement 2 -A l'occasion 3 -Jamais 8 -NSP 9 -NR ou R</p> <p>c)...<u>le cigare</u></p> <p>1 -Régulièrement 2 -A l'occasion 3 -Jamais 8 -NSP 9 -NR ou R</p> <p>Si "jamais" aux trois questions passez à 59</p>
<p>52. A ce moment-là, le médecin vous a-t-il prescrit un traitement ou donné des conseils pour faire baisser votre taux de cholestérol?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>56. Fumez vous la cigarette tous les jours?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 59</p>
<p>53. Suivez-vous présentement un régime prescrit par un médecin ou par un autre professionnel de la santé pour faire baisser votre taux de cholestérol?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>57. A quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> ans</p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p>
<p>54. Selon vous, que peut-on faire pour diminuer son taux de cholestérol?</p> <p>NE PAS LIRE LA LISTE. Encercliez toutes les réponses qui conviennent.</p> <p>01 - Faire régulièrement de l'exercice 02 - Contrôler le stress et la fatigue 03 - Prendre des médicaments prescrits 04 - Consommer des aliments moins riches en cholestérol 05 - Consommer des aliments moins gras 06 - Perdre du poids 07 - Utiliser du lait écrémé ou des produits laitiers à faible teneur en corps gras 08 - Rien 09 - Autre (précisez) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p>	<p>58. Combien de cigarettes, fumez-vous habituellement par jour?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> nombre de cigarettes</p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p> <p>Passez à "ACTIVITÉS PHYSIQUES" (Q. 63)</p>

59. Avez-vous déjà fumé régulièrement, à l'occasion ou jamais:

a) la cigarette

1 - Régulièrement 2 - A l'occasion 3 - Jamais
8 - NSP 9 - NR ou R

b) la pipe

1 - Régulièrement 2 - A l'occasion 3 - Jamais
8 - NSP 9 - NR ou R

c) le cigare

1 - Régulièrement 2 - A l'occasion 3 - Jamais
8 - NSP 9 - NR ou R

Si à l'occasion ou jamais aux trois questions
passez à "ACTIVITÉS PHYSIQUES" (Q. 63)

60. A quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?

ans

98 - NSP
99 - NR ou R

61. A quel âge avez-vous cessé de fumer la cigarette tous les jours?

ans

98 - NSP
99 - NR ou R

62. Environ combien de cigarettes fumiez-vous habituellement par jour?

(inscrivez le nombre de cigarettes)

98 - NSP
99 - NR ou R

ACTIVITÉS PHYSIQUES

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de l'exercice physique.

63. Combien de fois par semaine, en moyenne, vous adonnez-vous aux types d'activité physique suivants pendant plus de 20 minutes durant vos temps libres? (Inscrire le nombre approprié dans les boîtes ou 98 si NSP et 99 si NR ou R).

a - ACTIVITÉ PHYSIQUE EXTÉNUANTE
(fréquence cardiaque élevée)
(i.e. courir, hockey, football, soccer, squash, basketball, ski de fond, judo, patin à roulettes, nage intensive, bicyclette intensive sur une longue distance...)

b - ACTIVITÉ PHYSIQUE MODÉRÉE
(pas exténuante)
(i.e. marche rapide, baseball, tennis, volleyball, badminton, ski alpin, danse populaire et folklorique, nage de loisir, bicyclette de promenade...)

c - ACTIVITÉ PHYSIQUE LÉGÈRE
(effort minimal)
(i.e. yoga, tir à l'arc, pêche sur le bord d'une rivière, bowling, golf, motoneige, fer à cheval, marche lente...)

64. Combien de fois avez-vous pratiqué une ou des activité(s) physique(s) de 20 à 30 minutes par séance dans vos temps libres au cours des 4 derniers mois?

LIRE LA LISTE

- 1 - Aucune fois
- 2 - Moins d'une fois par mois
- 3 - Environ une fois par mois
- 4 - Environ 2 à 3 fois par mois
- 5 - Environ 1 à 2 fois par semaine
- 6 - 3 fois ou plus par semaine
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

65. Au cours des 4 derniers mois, avez-vous fait de l'exercice physique au moins une fois par semaine durant vos temps libres?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

→ Passez à 68

66. Vos exercices vous font-ils transpirer ou vous essouffent-ils?

LIRE DE 1 à 3.

- 1 - La plupart du temps
- 2 - A l'occasion
- 3 - Jamais
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

67. Habituellement, quelle est la durée de vos exercices physiques?

LIRE DE 1 à 4.

- 1 - Moins de 15 minutes
- 2 - De 15 à 30 minutes
- 3 - De 31 à 60 minutes
- 4 - Plus de 60 minutes
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

68. En général, est-ce que votre travail exige un effort physique soutenu? (Vous fait transpirer ou vous essouffle)

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

MALADIES CARDIAQUES

J'aimerais vous poser quelques questions sur votre santé.

DOULEUR THORACIQUE A L'EFFORT

69. Avez-vous déjà ressenti un malaise sous forme de douleur dans la poitrine?

- 1 - Oui → Passez à 71
- 2 - Non
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

70. Avez-vous déjà ressenti un malaise sous forme de pression, de pesanteur dans la poitrine?

- 1 - Oui
- 2 - Non → Passez à "CLAUDICATION INTERMITTENTE" (Q. 87)
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

71. En quelle année avez-vous ressenti ce malaise la première fois?

- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

72. Est-ce que vous ressentez ce malaise en montant une côte, en marchant vite?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

73. Est-ce que vous ressentez ce malaise en marchant à une vitesse habituelle sur un terrain plat?

- 1 - Oui
- 2 - Non
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

74. Que faites-vous si le malaise se produit lorsque vous marchez?

- 1 - J'arrête ou je ralentis
- 2 - Je prends une nitro et j'arrête ou je ralentis
- 3 - Je prends une nitro et je continue
- 4 - Je continue → Passez à "INFARCTUS POSSIBLE" (Q. 81)
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

75. Dans ce cas, qu'éprouvez-vous?

1 - Un soulagement
 2 - Pas de soulagement → Passez à 77
 8 - NSP
 9 - NR ou R

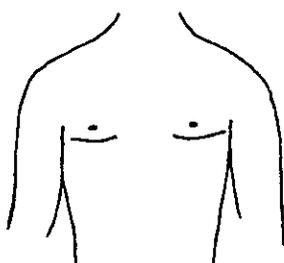
76. En combien de temps?

1 - 10 minutes ou moins
 2 - Plus de 10 minutes
 8 - NSP
 9 - NR ou R

77. Indiquez-moi l'endroit (ou les endroits) où vous ressentez un malaise.

ENCERCLER L'ENDROIT (OU LES ENDROITS)

Droite Gauche



8 - NSP
 9 - NR ou R

78. Avez-vous ressenti un malaise (ou une douleur) ailleurs aussi?

1 - Oui (précisez)

2 - Non
 8 - NSP
 9 - NR ou R

79. Avez-vous consulté un médecin pour ce malaise?

1 - Oui
 2 - Non → Passez à 81
 8 - NSP
 9 - NR ou R

80. Est-ce qu'il a dit que c'était:

1 - De l'angine
 2 - Autre (précisez)

8 - NSP
 9 - NR ou R

INFARCTUS POSSIBLE

81. Avez-vous déjà ressenti, au niveau de la poitrine, une douleur importante d'une durée de 30 minutes et plus?

1 - Oui
 2 - Non → Passez à "CLAUDICATION INTERMITTENTE" (Q. 87)
 8 - NSP
 9 - NR ou R

82. Avez-vous consulté un médecin à ce sujet?

1 - Oui
 2 - Non → Passez à 84
 8 - NSP
 9 - NR ou R

83. Est-ce qu'il a dit que c'était:

1 - Un infarctus ou une crise cardiaque
 2 - Autre (précisez) → Passez à 87

8 - NSP
 9 - NR ou R

84. Combien de crises de ce genre avez-vous eues?

98 - NSP
 99 - NR ou R

85. Première crise: Date

A M J

Durée

H M

Lieu d'hospitalisation

Si NSP, inscrire 98 , si NR ou R inscrire 99

86. Deuxième crise: Date

A M J

Durée

H M

Lieu d'hospitalisation

Si NSP, inscrire 98 , si NR ou R inscrire 99

<p>CLAUDICATION INTERMITTENTE</p> <p>87. Ressentez-vous une douleur dans l'une ou l'autre jambe quand vous marchez?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 96</p>	<p>93. Que faites-vous si la douleur se produit pendant que vous marchez?</p> <p>1 - J'arrête ou je ralentis 2 - Je continue 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 96</p>
<p>88. Cette douleur se produit-elle parfois quand vous vous tenez debout ou assis sans bouger?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 96</p>	<p>94. Qu'arrive-t-il si vous vous arrêtez?</p> <p>1 - Un soulagement 2 - Pas de soulagement 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 96</p>
<p>89. Dans quelle partie de la jambe ressentez-vous cette douleur?</p> <p>1 - La douleur atteint le(s) mollet(s) 2 - La douleur n'atteint pas le(s) mollet(s) 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 96</p> <p>SI LES MOLLETS NE SONT PAS MENTIONNÉS, DEMANDER: NULLE PART AILLEURS?</p>	<p>95. En combien de temps?</p> <p>1 - 10 minutes ou moins 2 - Plus de 10 minutes 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>90. Ressentez-vous ce malaise en montant une côte, en marchant vite?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 3 - Ne monte jamais de côte, ne marche jamais vite 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>96. Selon vous, quelles sont les principales causes des maladies ou des problèmes cardiaques?</p> <p>NE PAS LIRE LA LISTE.</p> <p>Encerclez toutes les réponses qui conviennent.</p> <p>01 - Mauvaise alimentation 02 - Embonpoint ou obésité 03 - Surconsommation de matières grasses 04 - Surconsommation de sel 05 - Taux élevé de cholestérol 06 - Aliments riches en cholestérol 07 - Excès de stress, d'inquiétude ou de tension 08 - Surcharge de travail, surmenage ou fatigue 09 - Manque d'activité physique (sédentarité) 10 - Tabagisme 11 - Héritéité 12 - Tension artérielle élevée/hypertension 13 - Athérosclérose/durcissement des artères 14 - Autre (précisez)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p>
<p>91. Ressentez-vous ce malaise en marchant à une vitesse habituelle sur un terrain plat?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	
<p>92. Arrive-t-il que la douleur disparaisse pendant que vous marchez?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 96</p>	

<p>97. D'après ce que vous avez lu ou entendu, croyez-vous que l'on peut prévenir les maladies cardiaques?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>103. Depuis quelle année souffrez-vous de cette maladie?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>8 - NSP 9 - NR ou R</p>																																								
<p>98. Avez-vous déjà eu un accident cérébro-vasculaire? Au besoin, expliquez ce que c'est un accident cérébro-vasculaire (congestion, hémorragie cérébrale ou paralysie à la suite d'une attaque).</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 101</p>	<p>104. Cette maladie a-t-elle été confirmée par un médecin?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>																																								
<p>99. En quelle année avez-vous eu votre (premier) accident cérébro-vasculaire?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>105. Prenez-vous actuellement des médicaments pour le coeur prescrits par un médecin?</p> <p>1 - Oui Demander à la personne de vous montrer ses médicaments ou ses ordonnances</p> <p>Lesquels? Inscrivez les noms indiqués sur les médicaments</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>_____</p> <p>_____</p>																																								
<p>100. Est-ce que votre accident cérébro-vasculaire a été confirmé par un médecin?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>																																								
<p>101. D'après ce que vous avez entendu dire, croyez-vous que l'on puisse prévenir les accidents cérébro-vasculaires?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>106. Prenez-vous actuellement d'autres médicaments prescrits par un médecin?</p> <p>1 - Oui Demander à la personne de vous montrer ses médicaments ou ses ordonnances</p> <p>Lesquels? Inscrivez les noms indiqués sur les médicaments</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>_____</p> <p>_____</p>																																								
<p>102. Souffrez-vous d'un autre problème cardiaque dont vous ne m'avez pas encore parlé? (acceptez pontage ou chirurgie cardiaque)</p> <p>1 - Oui De quel problème s'agit-il? <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 105</p>	<p>2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>																																								

<p>107. Avez-vous présentement une maladie autre qu'une maladie cardiaque et qui a été confirmée par un médecin?</p> <p>1 - Oui</p> <p style="margin-left: 20px;">De quelle(s) maladie(s) s'agit-il?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table> <p>2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>																			<p>111. Quel âge a votre père ou quel âge avait votre père lors de son décès?</p> <p style="margin-left: 20px;"><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p>
<p>108. Avez-vous fréquemment des problèmes à vous endormir ou à rester endormi?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit?</p> <p style="margin-left: 20px;"><input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>(INSCRIRE LE NOMBRE D'HEURES OU 98, SI NSP ET 99, SI NR OU R)</p>	<p>112. Votre père a-t-il fait (ou avait-il fait) une crise cardiaque ou de l'angine?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="margin-left: 100px;">→ Passez à 114</p>																		
<p>HISTOIRE FAMILIALE</p> <p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de la santé de votre famille.</p> <p>109. Votre père vit-il encore?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="margin-left: 100px;">→ Passez à 111</p>	<p>113. Ceci s'est-il produit avant ses 60 ans?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>																		
<p>110. De quoi est-il décédé?</p> <p>1 - Un accident 2 - Un cancer 3 - Un accident cérébro-vasculaire 4 - Une crise cardiaque 5 - Autre maladie cardiaque 6 - Autre 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>114. Votre père a-t-il fait (ou avait-il fait) un accident cérébro-vasculaire, une maladie cérébro-vasculaire ou une maladie des vaisseaux périphériques?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="margin-left: 100px;">→ Passez à 116</p>																		
	<p>115. Ceci s'est-il produit avant ses 60 ans?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>																		
	<p>116. Votre père fait-il (ou faisait-il) de l'hypertension artérielle ou de la haute pression?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>																		

<p>117. Votre père a-t-il (ou avait-il) un cholestérol élevé (gras dans le sang)?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>123. Votre mère a-t-elle fait (ou avait-elle fait) un accident cérébro-vasculaire, une maladie cérébro-vasculaire ou une maladie des vaisseaux périphériques?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 125</p>
<p>118. Votre mère vit-elle encore?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 120</p>	<p>124. Ceci s'est-il produit avant ses 60 ans?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>119. De quoi est-elle décédée?</p> <p>1 - Accident 2 - Un cancer 3 - Un accident cérébro-vasculaire 4 - Une crise cardiaque 5 - Autre maladie cardiaque 6 - Autre 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>125. Votre mère fait-elle (ou faisait-elle) de l'hypertension artérielle ou de la haute pression?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>120. Quel âge a votre mère ou quel âge avait votre mère lors de son décès?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p>	<p>126. Votre mère a-t-elle (ou avait-elle) un cholestérol élevé (gras dans le sang)?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>121. Votre mère a-t-elle fait (ou avait-elle fait) une crise cardiaque ou de l'angine?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 123</p>	<p>127. Quel est le nombre total de frères, soeurs, demi-frères et demi-soeurs que vous avez eus?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI "00" →</p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p> <p style="text-align: right;">→ Passez à 130</p>
<p>122. Ceci s'est-il produit avant ses 60 ans?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>128. De ce nombre, combien sont encore vivants?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p>

<p>129. Est-ce que parmi vos frères, soeurs, demi-frères et demi-soeurs, encore vivants ou non, certains ont eu les problèmes suivants:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Oui</th> <th style="text-align: left;">Non</th> <th style="text-align: left;">NSP</th> <th style="text-align: left;">NR ou R</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Crise cardiaque ou angine avant l'âge de 60 ans</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Hypertension artérielle ou haute pression</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Accident ou maladie cérébro-vasculaire</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Cholestérol élevé, gras dans le sang élevé</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Maladie des vaisseaux périphériques</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Oui	Non	NSP	NR ou R		1	2	8	9	Crise cardiaque ou angine avant l'âge de 60 ans	↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>					1	2	8	9	Hypertension artérielle ou haute pression	↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>					1	2	8	9	Accident ou maladie cérébro-vasculaire	↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>					1	2	8	9	Cholestérol élevé, gras dans le sang élevé	↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>					1	2	8	9	Maladie des vaisseaux périphériques	↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>					<p>132. Pour la recherche médicale sur les problèmes génétiques, nous avons besoin de connaître l'origine ethnique ou culturelle de votre famille à partir de la liste suivante: PRÉSENTER LA CARTE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center;">NSP</th> <th style="text-align: center;">NR/R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- Grand-père paternel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">98</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>2- Grand-mère paternelle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">98</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>3- Grand-père maternel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">98</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td>4- Grand-mère maternelle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">98</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> </tbody> </table>		NSP	NR/R	1- Grand-père paternel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	98	99	2- Grand-mère paternelle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	98	99	3- Grand-père maternel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	98	99	4- Grand-mère maternelle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	98	99
Oui	Non	NSP	NR ou R																																																																				
1	2	8	9	Crise cardiaque ou angine avant l'âge de 60 ans																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																							
1	2	8	9	Hypertension artérielle ou haute pression																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																							
1	2	8	9	Accident ou maladie cérébro-vasculaire																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																							
1	2	8	9	Cholestérol élevé, gras dans le sang élevé																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																							
1	2	8	9	Maladie des vaisseaux périphériques																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																							
	NSP	NR/R																																																																					
1- Grand-père paternel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	98	99																																																																					
2- Grand-mère paternelle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	98	99																																																																					
3- Grand-père maternel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	98	99																																																																					
4- Grand-mère maternelle <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	98	99																																																																					
<p>130. Combien de vos grands-parents sont encore vivants?</p> <p><input type="text"/></p> <p>8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>133. Quel rang occupiez-vous dans la famille?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p>																																																																						
<p>131. Est-ce que parmi vos grand-parents, encore vivants ou non, certains ont eu les problèmes suivants?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Oui</th> <th style="text-align: left;">Non</th> <th style="text-align: left;">NSP</th> <th style="text-align: left;">NR ou R</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Crise cardiaque ou angine avant l'âge de 60 ans</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Hypertension artérielle ou haute pression</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Accident ou maladie cérébro-vasculaire</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Cholestérol élevé, gras dans le sang élevé</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Maladie des vaisseaux périphériques</td> </tr> <tr> <td colspan="5">↳ Combien? <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Oui	Non	NSP	NR ou R		1	2	8	9	Crise cardiaque ou angine avant l'âge de 60 ans	↳ Combien? <input type="text"/>					1	2	8	9	Hypertension artérielle ou haute pression	↳ Combien? <input type="text"/>					1	2	8	9	Accident ou maladie cérébro-vasculaire	↳ Combien? <input type="text"/>					1	2	8	9	Cholestérol élevé, gras dans le sang élevé	↳ Combien? <input type="text"/>					1	2	8	9	Maladie des vaisseaux périphériques	↳ Combien? <input type="text"/>					<p>134. DEMANDEZ AUX FEMMES SEULEMENT:</p> <p>A. Prenez-vous actuellement des pilules contraceptives?</p> <p>1 - Oui - De quelle marque?</p> <p style="text-align: center;">Demandez à la personne de vous montrer ses médicaments ou ses ordonnances.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>B. Prenez-vous actuellement des hormones (en pilules, injections, "patches")?</p> <p>1 - Oui - De quelle marque?</p> <p style="text-align: center;">Demandez à la personne de vous montrer ses médicaments ou ses ordonnances.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>															
Oui	Non	NSP	NR ou R																																																																				
1	2	8	9	Crise cardiaque ou angine avant l'âge de 60 ans																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/>																																																																							
1	2	8	9	Hypertension artérielle ou haute pression																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/>																																																																							
1	2	8	9	Accident ou maladie cérébro-vasculaire																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/>																																																																							
1	2	8	9	Cholestérol élevé, gras dans le sang élevé																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/>																																																																							
1	2	8	9	Maladie des vaisseaux périphériques																																																																			
↳ Combien? <input type="text"/>																																																																							

<p>SUPPORT SOCIAL</p> <p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de vos relations avec votre entourage.</p> <p>135. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos amis ou des connaissances?</p> <p>LIRE DE 1 A 5.</p> <p>1 - Plus d'une fois par semaine 2 - Une fois par semaine 3 - Au moins une fois par mois 4 - Environ une fois par année 5 - Jamais 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>139. En général êtes-vous satisfait(e) de vos rapports avec vos amis? LIRE DE 1 A 4.</p> <p>1 - Très satisfait(e) 2 - Plutôt satisfait(e) 3 - Plutôt insatisfait(e) 4 - Vraiment insatisfait(e) 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>136. Diriez-vous que vous avez passé votre temps libre au cours des deux derniers mois: LIRE DE 1 A 5.</p> <p>1 - Presque entièrement seul(e) 2 - Plus de la moitié du temps seul(e) 3 - A peu près la moitié seul(e) et la moitié avec d'autres 4 - Plus de la moitié du temps avec d'autres 5 - Presque entièrement avec d'autres 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>140. Avez-vous des enfants à vous?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 142</p>
<p>137. Comment trouvez-vous votre vie sociale? LIRE DE 1 A 4.</p> <p>1 - Très satisfaisante 2 - Plutôt satisfaisante 3 - Plutôt insatisfaisante 4 - Vraiment insatisfaisante 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>141. Comment trouvez-vous les relations que vous avez avec eux? LIRE DE 1 A 4.</p> <p>1 - Très satisfaisantes 2 - Plutôt satisfaisantes 3 - Plutôt insatisfaisantes 4 - Vraiment insatisfaisantes 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>138. Avez-vous des amis?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 140</p>	<p>142. Vivez-vous seul(e) ?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 144</p>
<p>139. Comment trouvez-vous votre vie sociale? LIRE DE 1 A 4.</p> <p>1 - Très satisfaisante 2 - Plutôt satisfaisante 3 - Plutôt insatisfaisante 4 - Vraiment insatisfaisante 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>143. Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, heureux(se) de vivre seul(e)? LIRE DE 1 A 5.</p> <p>1 - Très heureux(se) 2 - Heureux(se) 3 - Ni heureux(se), ni malheureux(se) 4 - Malheureux(se) 5 - Très malheureux(se) 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>Passez à 146</p>
<p>140. Avez-vous des amis? 1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 140</p>	<p>144. Vivez-vous avec un conjoint?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>→ Passez à 146</p>

145. Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, heureux(se) avec votre conjoint(e) actuel(le)?
LIRE DE 1 A 5

- 1 - Très heureux(se)
- 2 - Heureux(se)
- 3 - Ni heureux(se), ni malheureux(se)
- 4 - Malheureux(se)
- 5 - Très malheureux(se)
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

146. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes?

- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à 148

147. S'il en est ainsi, combien de personnes?
LIRE DE 1 A 5

- 1 - Une
- 2 - Deux
- 3 - Trois
- 4 - Quatre
- 5 - Cinq et plus
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

148. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e)?

- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à "SERVICES DE SANTE" (Q. 151)

149. S'il en est ainsi, combien de personnes?
LIRE DE 1 A 5.

- 1 - Une
- 2 - Deux
- 3 - Trois
- 4 - Quatre
- 5 - Cinq et plus
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

150. Avez-vous déjà eu l'occasion d'être aidé(e) ou de vous être senti(e) aidé(e) par une ou plusieurs de ces personnes?
LIRE DE 1 A 5

- 1 - Très souvent
- 2 - Assez souvent
- 3 - Quelquefois
- 4 - Rarement
- 5 - Jamais
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

SERVICES DE SANTÉ

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de vos consultations auprès des professionnels de la santé.

151. Présentement, avez-vous un médecin traitant (un médecin de famille) qui vous soigne régulièrement?

- 1 - Oui
 - 2 - Non
 - 8 - NSP
 - 9 - NR ou R
- Passez à 153

152. A quand remonte votre dernière visite chez votre médecin traitant? (ne pas tenir compte d'une visite à l'hôpital)
LIRE DE 1 A 4

- 1 - moins de 3 mois
- 2 - entre 3 mois et 11 mois
- 3 - un an à deux ans
- 4 - plus de deux ans
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

153. Combien de fois, au cours des trois derniers mois, avez-vous consulté?
LIRE LA LISTE.

	Visites Nombre	NSP	NR ou R
a) un médecin généraliste	<input type="text"/>	98	99
b) un médecin spécialiste	<input type="text"/>	98	99
c) un autre professionnel de la santé (infirmière, diététiste, physiothérapeute, etc...)	<input type="text"/>	98	99

154. Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous été vu(e) par un médecin, sans rendez-vous?

-
- 98 - NSP
 - 99 - NR ou R

155. A quels professionnels de la santé vous adresseriez-vous d'abord pour obtenir des conseils ou de l'aide au sujet des problèmes suivants?
PRÉSENTER LA CARTE ET LIRE LA LISTE.

	Professionnel	NSP	NR ou R
a) hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
b) tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
c) obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
d) alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
e) exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
f) diète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99

156. A quel endroit iriez-vous en premier pour consulter un professionnel de la santé au sujet des problèmes suivants:
PRÉSENTER LA CARTE ET LIRE LA LISTE.

	Endroit	NSP	NR ou R
a) hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
b) tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
c) obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
d) alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
e) exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99
f) diète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98 99

Je vais maintenant vous lire des énoncés concernant le traitement de la tension artérielle. Je vous lirai aussi des choix de réponses. Pouvez-vous me dire l'importance que vous accordez à chacun des énoncés suivants:

Pour chacune des questions LIRE DE 1 A 5

157. Etre capable de voir le même médecin pour toutes les visites, pour vous c'est...

- 1 - Extrêmement important
- 2 - Très important
- 3 - Moyennement important
- 4 - Peu important
- 5 - Pas important
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

158. Etre capable de recevoir les soins nécessaires dans le même endroit, pour vous c'est...

- 1 - Extrêmement important
- 2 - Très important
- 3 - Moyennement important
- 4 - Peu important
- 5 - Pas important
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

159. Que le médecin assume la responsabilité pour l'organisation des services dont vous aurez besoin, pour vous c'est...

- 1 - Extrêmement important
- 2 - Très important
- 3 - Moyennement important
- 4 - Peu important
- 5 - Pas important
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

160. Etre capable de contacter le médecin chaque fois que vous en aurez besoin, pour vous c'est...

- 1 - Extrêmement important
- 2 - Très important
- 3 - Moyennement important
- 4 - Peu important
- 5 - Pas important
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

161. Que les heures de travail du médecin et l'accès à son bureau soient convenables et faciles, pour vous c'est...

- 1 - Extrêmement important
- 2 - Très important
- 3 - Moyennement important
- 4 - Peu important
- 5 - Pas important
- 8 - NSP
- 9 - NR ou R

<p>162. Que le médecin tienne compte des coûts de votre traitement, pour vous c'est...</p> <p>1 - Extrêmement important 2 - Très important 3 - Moyennement important 4 - Peu important 5 - Pas important 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>TRAVAIL ET OCCUPATIONS</p> <p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre travail et vos occupations.</p> <p>165. Au cours des deux dernières semaines, que faisiez-vous la plupart du temps? LIRE LA LISTE</p> <p>01- J'étais au travail 02- J'étais à l'école 03- Je tenais la maison 04- Je ne travaillais pas pour raisons de santé 05- Je ne travaillais pas pour autre raison, (précisez) <input type="text"/></p> <p>06- J'étais en vacances 07- J'étais à la retraite pour raison de santé 08- J'étais à la retraite, pour une raison autre que la santé 09- Autre (précisez) <input type="text"/></p> <p>98- NSP 99- NR ou R</p>
<p>163. Que le médecin soit un expert dans le domaine de la pression artérielle, pour vous c'est...</p> <p>1 - Extrêmement important 2 - Très important 3 - Moyennement important 4 - Peu important 5 - Pas important 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>166. Occupez-vous présentement un emploi rémunéré?</p> <p>1 - Oui \longrightarrow Passez à 168 2 - Non 9 - NR ou R</p>
<p>164. Que le médecin comprenne vos problèmes et vous aide à vous sentir à l'aise dans vos rapports avec lui, pour vous c'est...</p> <p>1 - Extrêmement important 2 - Très important 3 - Moyennement important 4 - Peu important 5 - Pas important 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>167. Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi?</p> <p>1- années ou <input type="text"/></p> <p>2- mois (si moins de 1 mois, inscrivez 01) 6- N'a jamais travaillé 8- NSP (Ne peut préciser) 9- NR ou R</p> <p>Passez à 198</p> <p>168. Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi?</p> <p>1- années ou <input type="text"/></p> <p>2- mois (si moins de 1 mois, inscrivez 01) 8- NSP (Ne peut préciser) 9- NR ou R</p> <p>169. Combien d'heures par semaine travaillez-vous?</p> <p><input type="text"/> Heures</p> <p>98 - NSP 99 - NR ou R</p>

<p>170. Quel genre de travail faites-vous?</p> <p>Donnez une description détaillée: (e.g. expédier des factures, vendre des chaussures, enseigner à l'école primaire)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>Je vais maintenant vous lire des phrases concernant votre travail. Pouvez-vous me dire si la phrase correspond à votre situation de travail en choisissant des réponses inscrites sur cette carte) POUR LES ÉNONCÉS SUIVANTS, PRÉSENTER LA CARTE.</p> <p>174. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>171. Pour quel genre d'entreprise, de secteur d'activité économique ou de service travaillez-vous?</p> <p>Donnez une description détaillée: (e.g. cartonnerie, magasin de chaussures, commission scolaire)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>175. Mon travail exige un niveau élevé de qualification.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>172. Est-ce un emploi saisonnier?</p> <p>1 - Oui 2 - Non 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>176. Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>173. Travaillez-vous la nuit? (entre minuit et 5 heures du matin) LIRE DE 1 A 3</p> <p>1 - Toujours 2 - Parfois 3 - Jamais 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>Si vous travaillez toujours ou parfois la nuit, combien de nuits par mois environ travaillez-vous?</p> <p>Nombre de nuits <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>(SI NSP, INSCRIRE 98, SI NR OU R, INSCRIRE 99)</p>	<p>177. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p> <p>178. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>

<p>179. Il relève de ma responsabilité de décider de la quantité de travail à faire.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>184. Mon travail exige d'aller très vite.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>180. Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>185. Mon travail exige de travailler très fort.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>181. Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>186. On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>182. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>187. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>183. Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>188. Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>

<p>189. Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>194. Avez-vous un genre d'emploi où vous pouvez quitter votre poste de travail si vous voulez parler avec un compagnon ou une compagne de travail?</p> <p>1 - Oui, tout le temps 2 - Oui, parfois 3 - Non, sauf pour les urgences 4 - Non, c'est absolument impossible 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>190. Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>195. Au travail, avez-vous beaucoup de contacts avec les autres travailleurs ou travailleuses?</p> <p>1 - Oui, des rapports de travail fréquents 2 - Oui, des rapports de travail occasionnels 3 - Non, je travaille seul(e) la plupart du temps 4 - Non, je travaille toujours seul(e) 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>191. Mon travail est très mouvementé.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>196. Habituellement, combien de fois rencontrez-vous un ou plusieurs de vos collègues (compagnons ou compagnes) de travail en dehors du travail?</p> <p>1 - Une ou plusieurs fois par semaine 2 - Une ou deux fois par mois 3 - Une ou plusieurs fois par année 4 - Rarement ou jamais 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>192. Je suis souvent ralenti(e) dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.</p> <p>1 - Fortement en désaccord 2 - En désaccord 3 - D'accord 4 - Fortement d'accord 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>197. A quand remonte la dernière visite d'un(e) de vos collègues (compagnons ou compagnes) de travail?</p> <p>1 - Une à quatre semaines 2 - Un à douze mois 3 - Plus d'un an 4 - Je n'ai jamais eu de visite d'un ou d'une collègue de travail 8 - NSP 9 - NR ou R</p>
<p>FIN D'UTILISATION DE LA CARTE</p>	<p>RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES</p>
<p>193. Avez-vous habituellement l'opportunité de parler avec vos compagnons ou compagnes de travail durant les pauses, si vous le désirez?</p> <p>1 - Oui, tout le temps 2 - Oui, la plupart du temps 3 - Non, je n'ai pas de pause 4 - Non, je n'ai pas de pause avec les autres travailleurs(euses) 8 - NSP 9 - NR ou R</p>	<p>En terminant, j'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet des facteurs reliés à la santé tels que l'âge, le sexe, le revenu.</p> <p>198. INDIQUEZ LE SEXE DU RÉPONDANT:</p> <p>1- Homme 2- Femme</p>

<p>199. Quelle est votre date de naissance?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Année Mois Jour</p> <p>98 - NSP</p> <p>99 - NR ou R</p>	<p>203. Quelle est la première langue que vous avez apprise?</p> <p>1 - Français</p> <p>2 - Anglais</p> <p>3 - Autre (précisez)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>8 - NSP</p> <p>9 - NR ou R</p>
<p>200. Quel est votre âge?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>201. Présentement, quel est votre état matrimonial?</p> <p>1 - Jamais marié(e)</p> <p>2 - Divorcé(e)</p> <p>3 - Marié(e)/en union libre</p> <p>4 - Veuf/veuve</p> <p>5 - Séparé(e)</p> <p>9 - NR ou R</p>	<p>204. Quelle langue parlez-vous habituellement à la maison?</p> <p>1 - Français</p> <p>2 - Anglais</p> <p>3 - Français et anglais</p> <p>4 - Autre (précisez)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>8 - NSP</p> <p>9 - NR ou R</p>
<p>202. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?</p> <p>01- Quelques années de primaire</p> <p>02- Primaire complété</p> <p>03- Quelques années de secondaire</p> <p>04- Secondaire complété</p> <p>05- Etudes <u>partielles</u> dans une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières, une école normale</p> <p>06- <u>Diplôme</u> ou <u>certificat</u> d'études d'une école de métiers, ou d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'un CEGEP, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale</p> <p>07- Etudes <u>partielles</u> à l'université</p> <p>08- Certificat(s), Baccalauréat(s), Maîtrise(s) ou Doctorat acquis</p> <p>98- NSP</p> <p>99- NR ou R</p> <p>Pour plus de précision, écrivez le nom du diplôme le plus élevé obtenu:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>205. Où êtes-vous né(e)?</p> <p>1 - Au Québec → Passez à 207</p> <p>2 - Ailleurs (précisez)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>8 - NSP</p> <p>9 - NR ou R → Passez à 207</p>
<p>206. Si le répondant est né hors du Québec, demandez: Depuis combien d'années êtes-vous établi(e) au Québec?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> ans</p> <p>98 - NSP</p> <p>99 - NR ou R</p>	
<p>207. A quel groupe ethnique vous identifiez-vous?</p> <p>PRÉSENTER LA CARTE.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>98 - NSP</p> <p>99 - NR ou R</p>	
<p>208. Combien de personnes demeurent dans ce logement?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> personnes</p> <p>98 - NSP</p> <p>99 - NR ou R</p>	

209. A des fins statistiques seulement , nous aimerions connaître votre revenu familial. Veuillez indiquer dans quelle tranche se situait le revenu global de votre ménage, avant impôt, l'année dernière.

PRESENTER LA CARTE ET LIRE LA LISTE (1 à 11).

- 01 \$ 0 à \$ 999
- 02 \$ 1 000 à \$ 5 999
- 03 \$ 6 000 à \$11 999
- 04 \$12 000 à \$19 999
- 05 \$20 000 à \$24 999
- 06 \$25,000 à \$29,999
- 07 \$30,000 à \$39,999
- 08 \$40,000 à \$49,999
- 09 \$50,000 à \$59,999
- 10 \$60,000 à \$69,999
- 11 \$70,000 et plus
- 98 NSP
- 99 NR ou R

210. Quel est votre numéro d'assurance-maladie?

- -

8 - NSP

9 - NR ou R

DEUXIEME LECTURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE:

211. Tension artérielle ^S / ^D mm Hg

REMERCIER LE RÉPONDANT ET TERMINER L'ENTREVUE

11.04.90



SANTÉ QUÉBEC

ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LA
SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE ET LA NUTRITION

Formule de consentement

No. de référence - - - - -
PARTICIPANT CODE POSTAL CLSC SUP. GR. INT.

Avec la collaboration des Centres locaux de services communautaires et les Départements de santé communautaire, le Ministère de la santé et des services sociaux effectue auprès de la population une étude sur les facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires au Québec.

On m'a demandé de participer à cette enquête; si j'accepte, on prendra ma tension artérielle et on me posera une série de questions. Dans un deuxième temps, on prendra mes mensurations (taille, poids, tour de taille et tour de hanches), on prendra de nouveau ma tension artérielle et on prélèvera un échantillon de sang. De plus, je serai contacté(e) par une nutritionniste pour être questionné(e) sur mes habitudes alimentaires. On me communiquera ma tension artérielle et on m'écrira pour me donner les résultats du dosage de ma cholestérolémie.

Les données recueillies seront traitées de façon **confidentielle et anonyme**. Toute information contenant mon nom sera traitée à part et protégée selon les normes de la Loi de la Commission d'accès à l'information.

Je, _____, soussigné(e), consens à participer de plein gré. On a répondu à mes questions et je comprends en quoi consiste ma participation. Je peux me retirer en tout temps.

Signature du (de la) répondante

Date

RÉSERVÉ À LA SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE

J'ai expliqué du mieux que j'ai pu l'objet et la nature du projet au (à la) signataire. Je lui ai demandé s'il (si elle) avait des questions à me poser et j'y ai répondu. A mon avis, le (la) signataire est parfaitement au courant des méthodes de l'étude ainsi que du caractère volontaire du présent consentement.

Signature de l'infirmière

Date

Numéro de téléphone du CLSC: _____

09/90



Annexe 4

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

TABLEAU A - 2.1
Caractéristiques sociodémographiques de la population
de l'enquête selon l'âge, Québec 1990

ÂGE	18 - 34 ANS		35 - 64 ANS		65 - 74 ANS		TOTAL PE
	%	PE	%	PE	%	PE	
SEXE							
HOMMES	40,5	1 000 935	51,5	1 272 653	8,0	198 755	2 472 343
FEMMES	38,5	972 037	51,4	1 299 721	10,1	256 270	2 528 028
TOTAL	39,5	1 972 972	51,4	2 572 374	9,1	455 025	5 000 371
LIEU DE RÉSIDENCE							
RURAL	40,1	412 370	50,6	519 724	9,3	95 690	1 027 784
URBAIN	39,3	1 560 601	51,7	2 052 651	9,0	359 335	3 972 587
TOTAL	39,5	1 972 971	51,4	2 572 375	9,1	455 025	5 000 371
LANGUE							
FRANÇAIS	39,9	1 735 084	51,3	2 228 404	8,8	380 450	4 344 028
ANGLAIS	39,6	136 918	46,0	159 181	14,4	49 660	345 759
AUTRES	32,5	100 969	59,5	184 790	8,0	24 825	310 584
TOTAL	39,5	1 972 971	51,4	2 572 375	9,1	455 025	5 000 371
SCOLARITÉ RELATIVE							
FAIBLE	42,6	883 912	47,9	992 213	9,5	196 414	2 072 539
MOYENNE	40,1	709 995	52,0	922 227	7,9	140 306	1 772 528
ÉLEVÉE	33,0	379 064	56,8	652 155	10,2	117 100	1 148 319
TOTAL	39,5	1 972 971	51,4	2 566 595	9,1	453 820	4 993 386
SITUATION FAMILIALE							
MARIÉ(E), UNION LIBRE	31,0	1 027 840	60,0	1 993 463	9,0	298 698	3 320 001
SÉPARÉ(E), DIVORCÉ(E)	17,3	36 928	80,2	170 195	2,5	5 207	212 330
VEUF(VE)	8,0	24 398	54,2	165 597	37,8	115 435	305 430
CÉLIBATAIRE	76,0	883 805	20,9	243 120	3,1	35 685	1 162 620
TOTAL	39,5	1 972 971	51,4	2 572 375	9,1	455 025	5 000 371

(Suite du tableau à la page suivante)

TABLEAU A - 2.1 (SUITE)

	18 - 34 ANS		35 - 64 ANS		65 - 74 ANS		TOTAL
	%	PE	%	PE	%	PE	PE
STATUT D'ACTIVITÉ							
TRAVAILLE	42,5	1 278 612	56,7	1 708 133	0,8	25 044	3 011 790
AUX ÉTUDES	93,3	273 876	6,3	18 462	0,4	1 057	293 395
TIENT MAISON	25,3	230 587	55,8	509 456	18,9	172 903	912 946
INACTIF (VE)/SANTÉ	17,4	38 361	69,5	153 305	13,1	28 819	220 485
INACTIF (VE)/AUTRES	27,4	144 723	31,8	168 073	40,8	215 166	527 962
TOTAL	39,6	1 966 158	51,5	2 557 430	8,9	442 990	4 966 578
REVENU FAMILIAL							
FAIBLE	37,6	334 420	44,3	393 299	18,1	160 905	888 624
MOYEN	40,4	729 010	52,4	945 503	7,2	128 750	1 803 263
SUPÉRIEUR	40,2	706 492	56,5	991 196	3,3	57 049	1 754 737
TOTAL	39,8	1 769 922	52,4	2 329 998	7,8	346 704	4 446 624
PROFESSION							
COLS BLANCS/ DIRECTION	40,6	379 326	58,1	542 857	1,4	12 718	934 901
COLS BLANCS/ ADMINISTRATION	46,5	464 204	52,9	528 242	0,6	5 783	998 229
COLS BLEUS/ SECTEUR PRIMAIRE	56,0	32 799	39,2	22 976	4,8	2 783	58 558
COLS BLEUS/ SECTEUR SECONDAIRE	41,2	210 914	58,8	300 821	0,0	0	511 735
COLS BLEUS/ SECTEUR TERTIAIRE	44,9	362 971	54,2	438 565	0,9	7 528	809 064
TOTAL	43,8	1 450 215	55,3	1 833 461	0,9	28 812	3 312 488

TABLEAU A - 2.2
*Caractéristiques sociodémographiques de la population
de l'enquête selon le sexe, Québec 1990*

SEXE	HOMMES		FEMMES		TOTAL PE
	%	PE	%	PE	
LIEU DE RÉSIDENCE					
RURAL	52,4	538 064	47,6	489 719	1 027 783
URBAIN	48,7	1 934 279	51,3	2 038 309	3 972 588
TOTAL	49,4	2 472 343	50,6	2 528 028	5 000 371
LANGUE					
FRANÇAIS	48,7	2 116 369	51,3	2 227 659	4 344 028
ANGLAIS	54,3	187 633	45,7	158 125	345 758
AUTRES	54,2	168 341	45,8	142 244	310 585
TOTAL	49,4	2 472 343	50,6	2 528 028	5 000 371
SCOLARITÉ RELATIVE					
FAIBLE	48,7	1 008 750	51,3	1 063 789	2 072 539
MOYENNE	52,8	935 163	47,2	837 365	1 772 528
ÉLEVÉE	45,9	527 224	54,1	621 095	1 148 319
TOTAL	49,5	2 471 137	50,5	2 522 249	4 993 386
SITUATION FAMILIALE					
MARIÉ(E), UNION LIBRE	50,7	1 683 479	49,3	1 636 522	3 320 001
SÉPARÉ(E), DIVORCÉ(E)	37,4	79 436	62,6	132 894	212 330
VEUF(VE)	29,8	91 098	70,2	214 332	305 430
CÉLIBATAIRE	53,2	618 330	46,8	544 280	1 162 610
TOTAL	49,4	2 472 343	50,6	2 528 028	5 000 371
STATUT D'ACTIVITÉ					
TRAVAILLE	59,3	1 787 227	40,7	1 224 563	3 011 790
AUX ÉTUDES	52,4	153 730	47,6	139 665	293 395
TIENT MAISON	5,5	49 821	94,5	863 125	912 946
INACTIF (VE)/SANTÉ	62,8	138 502	37,2	81 983	220 485
INACTIF (VE)/AUTRES	62,4	329 681	37,6	198 281	527 962
TOTAL	49,5	2 458 961	50,5	2 507 617	4 966 578

(Suite du tableau à la page suivante)

TABLEAU A - 2.2 (SUITE)

SEXE	HOMMES		FEMMES		TOTAL PE
	%	PE	%	PE	
REVENU FAMILIAL					
FAIBLE	41,3	367 396	58,7	521 228	888 624
MOYEN	51,9	935 758	48,1	867 505	1 803 263
SUPÉRIEUR	54,6	957 484	45,4	797 253	1 754 737
TOTAL	50,8	2 260 638	49,2	2 185 986	4 446 624
PROFESSION					
COLS BLANCS/DIRECTION	54,9	513 415	45,1	421 486	934 901
COLS BLANCS/ADMINISTRATION	35,0	349 038	65,0	649 191	998 229
COLS BLEUS/SECTEUR PRIMAIRE	80,1	46 902	19,9	11 656	58 558
COLS BLEUS/SECTEUR SECONDAIRE	89,5	457 792	10,5	53 944	511 736
COLS BLEUS/SECTEUR TERTIAIRE	64,3	520 003	35,7	289 061	809 064
TOTAL	57,0	1 887 150	43,0	1 425 338	3 312 488

TABLEAU A - 3.1

Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CARDIOPATHIES		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES ET DES VAISSEaux PÉRIPHÉRIQUES		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES	
	PE	%	PE	%	PE	%
ÂGE ET SEXE						
H 18 - 34	240 102	24,3	77 914	7,9	277 050	28,0
35 - 64	444 959	35,3	125 827	10,0	489 298	38,8
65 - 74	73 751	37,6	13 806	7,1	81 032	41,3
TOTAL	758 812	31,0	217 547	8,9	847 380	34,6
F 18 - 34	242 782	25,4	95 280	10,0	290 974	30,5
35 - 64	482 401	37,5	172 178	13,4	573 260	44,6
65 - 74	109 094	43,1	29 116	11,7	122 976	48,6
TOTAL	834 277	33,5	296 574	11,9	987 210	39,6
TOTAL	1 593 089	32,3	514 121	10,4	1 834 590	37,1
SCOLARITÉ RELATIVE						
FAIBLE	782 956	38,2	218 922	10,7	866 278	42,3
MOYENNE	521 395	29,8	198 190	11,3	618 984	35,3
ÉLEVÉE	288 739	25,5	97 009	8,6	349 328	30,9
REVENU						
FAIBLE	297 301	34,0	79 412	9,1	321 726	36,8
MOYEN	609 962	34,2	204 361	11,5	706 171	39,6
SUPÉRIEUR	530 596	30,6	171 940	9,9	617 083	35,6
LANGUE						
FRANÇAIS	1 458 995	34,0	463 025	10,8	1 679 306	39,1
ANGLAIS	91 718	27,0	34 210	10,1	100 988	29,7
MILIEU						
RURAL	330 973	32,7	113 350	11,2	393 949	38,9
URBAIN	1 262 116	32,1	400 771	10,2	1 440 641	36,7

TABLEAU A - 3.2

Facteurs de risque liés à des états morbides selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	HYPERTENSION HTA		OBESITÉ IMC ≥ 30		OBESITÉ RTH ÉLEVÉ		DIABÈTE DÉCLARÉ		HYPERCHOLESTÉROLÉMIE CHOL TOTAL ≥ 6,2 MMOL/L	
	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%
ÂGE ET SEXE										
H										
18-34	56 922	5,7	72 479	7,3	273 478	27,6	7 197	0,7	66 613	6,7
35-64	265 099	20,8	203 097	16,4	780 963	62,1	80 503	6,3	390 658	30,7
65-74	46 144	23,2	30 045	15,8	133 268	68,9	30 495	15,4	51 382	25,9
TOTAL	368 165	14,9	305 621	12,6	1 187 709	48,6	118 195	4,8	508 653	20,6
F										
18-34	15 644	1,6	60 793	6,8	165 472	18,2	36 634	3,8	47 119	4,9
35-64	211 742	16,3	203 129	16,1	508 549	39,2	61 294	4,7	269 422	20,7
65-74	96 468	37,8	46 403	19,0	152 349	60,7	30 894	12,1	129 359	50,5
TOTAL	323 854	12,8	310 325	12,9	826 370	33,6	128 822	5,1	445 900	17,7
TOTAL	692 019	13,8	615 946	12,8	2 014 079	41,1	247 017	4,9	954 553	19,1
SCOLARITÉ RELATIVE										
FAIBLE	315 156	15,2	331 523	16,6	954 521	47,6	148 838	7,2	427 908	20,8
MOYENNE	236 786	13,4	155 841	9,2	686 630	39,5	76 957	4,4	322 198	18,3
ÉLEVÉE	140 076	12,2	128 582	11,3	371 611	32,2	21 222	1,8	204 447	17,6
REVENU										
FAIBLE	163 349	18,4	131 170	15,6	412 664	48,4	74 373	8,4	176 819	20,4
MOYEN	253 627	14,1	215 308	12,1	742 743	41,0	84 365	4,7	318 615	17,2
SUPÉRIEUR	188 035	10,7	180 191	10,6	623 708	36,2	49 506	2,8	333 394	19,0
LANGUE										
FRANÇAIS	561 228	12,9	514 978	12,2	1 753 165	40,9	202 611	4,7	857 358	19,6
ANGLAIS	86 832	25,1	50 013	15,4	147 510	45,3	16 620	4,8	46 211	13,8
MILIEU										
RURAL	148 528	14,5	131 012	13,5	440 742	44,7	46 762	4,6	170 335	17,0
URBAIN	543 491	13,7	484 934	12,6	1 573 337	40,2	200 255	5,1	784 218	19,6

TABLEAU A - 3.3
 Prévalence des taux élevés de lipides sanguins selon certaines caractéristiques
 socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	CHOLESTÉROL LDL ≥ 4,1 MMOL/L		CHOLESTÉROL HDL < 0,9 MMOL/L		CHOLESTÉROL TOTAL/HDL ≥ 5,0		TRIGLYCÉRIDES ≥ 2,3 MMOL/L	
	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%
ÂGE ET SEXE								
H								
18-34	77 763	8,1	81 521	8,4	199 992	20,7	110 378	11,2
35-64	268 840	23,1	187 817	15,3	624 932	50,8	395 053	31,7
65-74	46 477	23,8	28 391	14,4	85 690	43,5	43 181	21,8
TOTAL	393 080	16,9	297 729	12,4	910 614	38,0	548 612	22,6
F								
18-34	43 112	4,5	29 621	3,1	78 276	8,2	48 075	5,0
35-64	239 286	19,0	42 141	3,3	230 567	18,1	177 317	13,8
65-74	122 523	48,9	6 532	2,6	101 579	40,3	50 986	20,0
TOTAL	404 921	16,4	78 294	3,2	410 422	16,6	276 378	11,1
TOTAL	798 001	16,7	376 023	7,7	1 321 036	27,1	824 990	16,8
SCOLARITÉ RELATIVE								
FAIBLE	380 402	19,2	182 834	9,1	583 588	28,9	373 830	18,4
MOYENNE	246 049	14,6	142 107	8,3	497 872	29,0	312 094	18,0
ÉLEVÉE	171 550	15,4	51 083	4,5	239 575	21,2	137 749	12,0
REVENU								
FAIBLE	143 243	16,8	95 310	11,1	229 745	26,8	162 554	18,9
MOYEN	253 238	14,4	153 548	8,6	519 389	29,0	309 616	17,1
SUPÉRIEUR	293 235	17,4	98 195	5,7	428 733	25,0	245 462	14,1
LANGUE								
FRANÇAIS	722 440	17,3	314 408	7,4	1 167 122	27,5	715 525	16,7
ANGLAIS	48 179	14,6	25 758	7,8	87 340	26,4	51 826	15,7
MILIEU								
RURAL	147 580	15,4	99 435	10,2	250 890	25,7	182 655	18,5
URBAIN	650 421	17,0	276 589	7,1	1 070 146	27,5	642 335	16,3

TABLEAU A - 3.4

Facteurs de risque liés à des comportements selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	FUMEUR RÉGULIER		SÉDENTARITÉ < 1 FOIS/SEM.		ALCOOL 20 CONS./SEM.		SEL AJOUT RÉGULIER	
	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%
ÂGE ET SEXE								
H 18-34	367 498	36,8	349 498	35,0	58 594	5,9	177 430	17,7
35-64	396 888	31,2	616 116	48,6	115 225	9,1	337 657	26,5
65-74	36 158	18,2	81 398	41,0	14 145	7,1	34 519	17,5
TOTAL	800 544	32,4	1 047 012	42,4	187 964	7,6	549 606	22,3
F 18-34	367 900	37,9	352 504	36,5	3 267	0,3	148 146	15,2
35-64	391 227	30,1	505 578	39,2	8 255	0,6	171 709	13,2
65-74	29 361	11,5	88 653	34,7	0	0,0	18 115	7,1
TOTAL	788 488	31,2	946 735	37,7	11 522	0,5	337 970	13,4
TOTAL	1 589 032	31,8	1 993 747	40,0	199 486	4,0	887 576	17,8
SCOLARITÉ RELATIVE								
FAIBLE	781 176	37,7	970 909	47,0	88 582	4,3	427 517	20,7
MOYENNE	576 506	32,6	646 962	36,6	57 511	3,3	247 200	14,0
ÉLEVÉE	231 350	20,2	368 891	32,3	53 393	4,6	212 858	18,5
REVENU								
FAIBLE	333 371	37,6	357 542	40,5	38 861	4,4	179 962	20,3
MOYEN	586 128	32,5	759 524	42,2	75 643	4,2	288 971	16,1
SUPÉRIEUR	483 824	27,6	634 805	36,3	71 010	4,0	328 332	18,7
LANGUE								
FRANÇAIS	1 416 236	32,6	1 716 495	39,6	148 201	3,4	809 782	18,7
ANGLAIS	92 394	26,7	120 055	35,1	25 882	7,5	45 580	13,2
MILIEU								
RURAL	357 828	34,8	474 939	46,4	50 595	4,9	192 738	18,8
URBAIN	1 231 204	31,0	1 518 808	38,4	148 891	3,8	694 838	17,5

TABLEAU A - 3.5

Facteurs de risque liés à des comportements et des états morbides selon la présence d'états morbides, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

ÉTATS MORBIDES ET COMPORTEMENTS	ÉTATS MORBIDES									
	HYPERTENSION PE × 1000		HYPERCHOLESTÉROLÉMIÉ PE × 1000		DIABÈTE DÉCLARÉ PE × 1000		OBÉSITÉ IMC PE × 1000		OBÉSITÉ RTH PE × 1000	
	OUI	NON	≥ 6,2 MMOL/L	< 6,2 MMOL/L	OUI	NON	≥ 30	< 30	ÉLEVÉ	FAIBLE
HTA (T.A. DIASTOLIQUE ≥ 90 MM HG OU SOUS TRAITEMENT)	---	---	216	464	74	618	218	440	450	213
HYPERCHOLESTÉROLÉMIÉ (CHOL TOTAL ≥ 6,2 MMOL/L)	216	738	---	---	75	879	158	747	543	388
DIABÈTE DÉCLARÉ	74	173	75	180	---	---	94	151	186	55
OBÉSITÉ (IMC ≥ 30)	218	398	158	454	94	521	---	---	470	139
OBÉSITÉ (RTH ÉLEVÉ)	450	1 564	543	1 469	186	1 824	470	1 486	---	---
FUMEUR RÉGULIER	146	1 443	278	1 221	86	1 496	135	1 306	554	923
ALCOOL (≥ 20 CONS./SEMAINE)	54	146	55	134	18	182	36	138	93	95
SEL (AJOUT RÉGULIER)	99	788	167	695	48	839	90	751	365	496
SÉDENTARITÉ (ACTIVITÉ PHYSIQUE < 1 FOIS/SEM.)	331	1 662	405	1 552	119	1 870	301	1 598	887	1 041

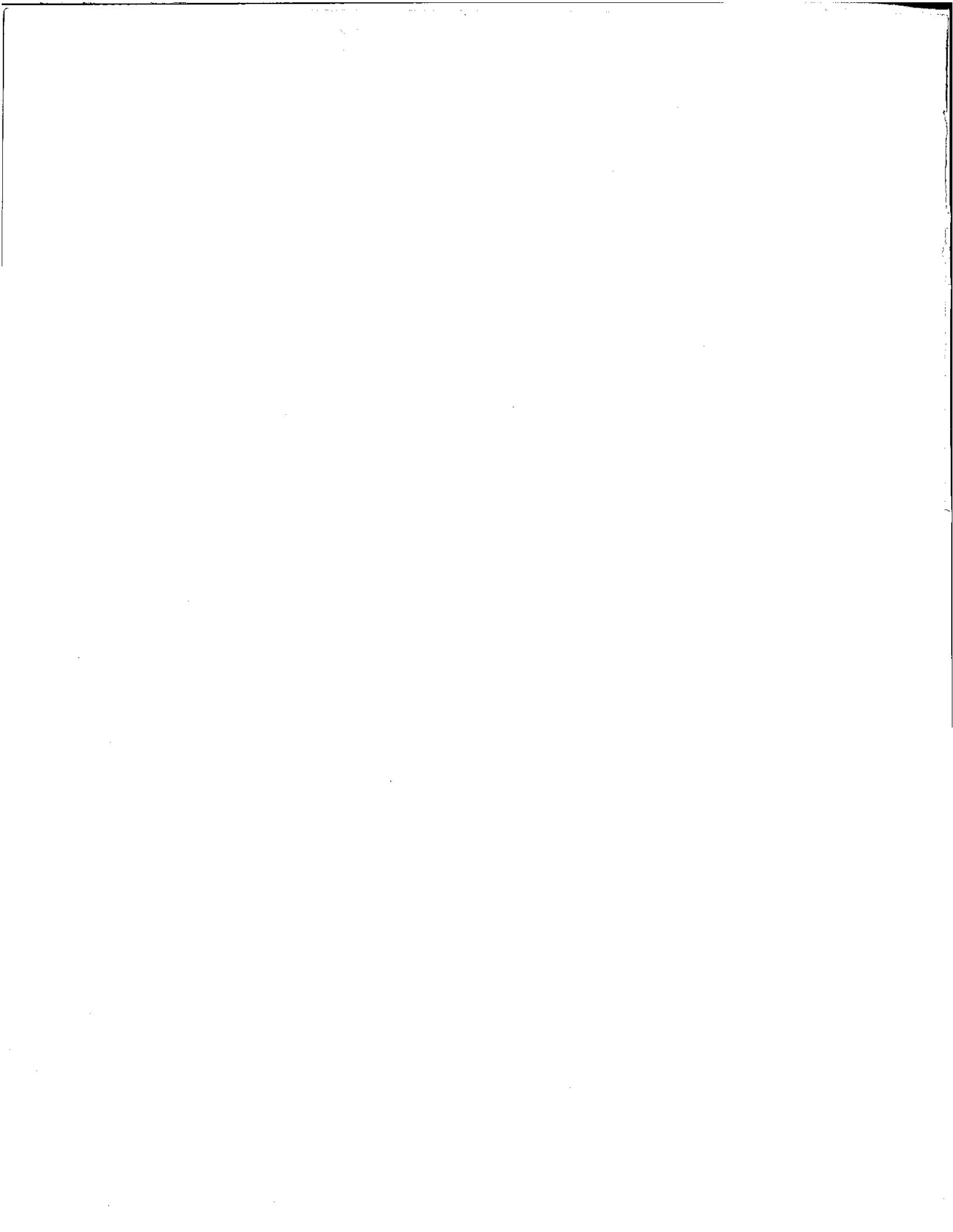
TABLEAU A - 4.3
*Connaissance des liens entre la tension artérielle, le cholestérol, le sel, le gras
 et la santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques
 et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	TENSION ARTÉRIELLE ET SANTÉ		CHOLESTÉROL ET SANTÉ		SEL ET SANTÉ		GRAS ET SANTÉ		
	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	
ÂGE ET SEXE									
H	18- 34	96,1	882 930	87,0	742 057	81,0	797 871	96,6	963 419
	35- 64	98,8	1 201 978	86,2	961 370	76,9	956 518	98,5	1 250 375
	65- 74	95,3	176 772	84,3	142 670	67,7	128 653	94,7	185 169
	TOTAL	97,4	2 261 680	86,4	1 846 097	77,8	1 883 042	97,4	2 398 963
F	18- 34	97,4	906 095	84,8	741 983	79,9	768 796	98,5	953 256
	35- 64	97,9	1 251 864	87,1	1 012 257	76,8	994 242	99,2	1 282 829
	65- 74	97,9	234 806	81,0	173 591	58,8	141 449	98,0	250 505
	TOTAL	97,7	2 392 765	85,6	1 927 831	76,3	1 904 487	98,8	2 486 590
	TOTAL	97,6	4 654 445	86,0	3 773 928	77,0	3 787 529	98,1	4 885 553
SCOLARITÉ RELATIVE									
	FAIBLE	96,7	1 887 388	86,6	1 505 892	75,2	1 517 214	97,3	2 004 028
	MOYENNE	98,2	1 659 908	84,0	1 329 806	75,3	1 318 987	98,3	1 738 372
	ÉLEVÉE	98,2	1 101 369	87,8	931 245	82,9	944 344	99,2	1 136 168
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES									
	OUI	98,6	451 102	87,5	377 145	75,6	355 446	97,5	463 180
	NON	97,4	4 203 343	85,8	3 396 783	77,2	3 432 084	98,2	4 422 373
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV									
	OUI	98,4	1 736 426	87,4	1 404 650	76,1	1 371 646	98,6	1 804 280
	NON	97,1	2 872 709	85,3	2 334 814	77,8	2 379 559	98,0	3 026 249
HTA									
	CONNUE	98,1	455 977	87,6	373 045	80,1	368 410	98,5	465 337
	NON CONNUE	98,8	208 678	83,2	164 815	80,8	175 049	99,3	216 405
	NORMALE	97,4	3 967 487	86,0	3 220 910	76,6	3 228 068	98,0	4 179 747
CHOLESTÉROL ≥ 5,2									
	CONNU	99,2	593 306	89,2	511 122	82,0	498 513	99,7	610 214
	NON CONNU	98,1	1 620 923	85,6	1 312 157	76,1	1 283 044	98,2	1 677 491
	NORMAL	97,7	2 298 763	85,1	1 914 621	77,6	1 887 980	98,3	2 415 068
CHOLESTÉROL ≥ 6,2									
	CONNU	99,4	337 082	90,1	285 657	86,1	296 161	100,0	347 767
	NON CONNU	96,7	532 530	86,4	449 854	76,6	432 178	99,6	572 810
	NORMAL	98,1	3 643 381	85,3	3 002 390	77,0	2 941 198	98,1	3 782 197
AJOUT DE SEL									
	RÉGULIER	96,5	818 117	89,7	706 273	86,0	749 954	97,8	865 512
	OCC./JAMAIS	97,8	3 832 259	85,2	3 065 076	75,2	3 034 997	98,2	4 015 971

TABLEAU A - 8.1
 Distribution pondérée des facteurs de risque, population de 30 à 74 ans
 exemple de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

ÂGE ET SEXE	VALEURS MOYENNES						PROPORTION DE SUJETS		
	CHOL TOTAL (MMOL/L)	CHOL HDL (MMOL/L)	TOTAL PE	DIASTOLIQUE (MM HG)	TOTAL PE	FUMEUR (%)	DIABÈTE* (%)	TOTAL PE	
H									
30-39	5,3	1,2	675 275	77	597 487	43,7	3,0	597 487	
40-49	5,7	1,2	463 940	80	424 259	25,8	5,2	424 259	
50-59	5,8	1,2	292 101	82	262 224	30,7	10,3	262 224	
60-69	5,5	1,2	272 513	80	247 107	21,2	9,2	247 107	
70-74	5,5	1,2	63 576	77	57 333	18,8	14,7	57 333	
TOTAL	5,5	1,2	1 767 405	79	1 588 410	32,4	6,2	1 588 410	
F									
30-39	4,8	1,4	606 367	71	537 080	51,5	4,6	537 080	
40-49	5,2	1,4	528 082	76	480 228	37,5	3,2	480 228	
50-59	5,8	1,5	320 113	78	291 529	22,5	6,2	291 529	
60-69	6,0	1,4	235 094	78	208 919	16,2	7,6	208 919	
70-74	6,3	1,3	128 204	76	110 444	17,5	11,6	110 444	
TOTAL	5,4	1,4	1 817 860	75	1 628 200	35,3	5,3	1 628 200	
TOTAL	5,4	1,3	3 585 265	77	3 216 610	33,9	5,8	3 216 610	

* Selon la déclaration des répondants.



Annexe 5

RÉDUCTION DES PROBABILITÉS DE TROUBLES CORONARIENS APRÈS MODIFICATION DU TAUX DE CHOLESTÉROL TOTAL EXEMPLE D'ÉVALUATION

Katja L. Esrey
Louis Coupal
Steven A. Grover

Hôpital général de Montréal
Centre d'analyse des coûts
et de l'efficacité des soins médicaux
Service d'épidémiologie clinique

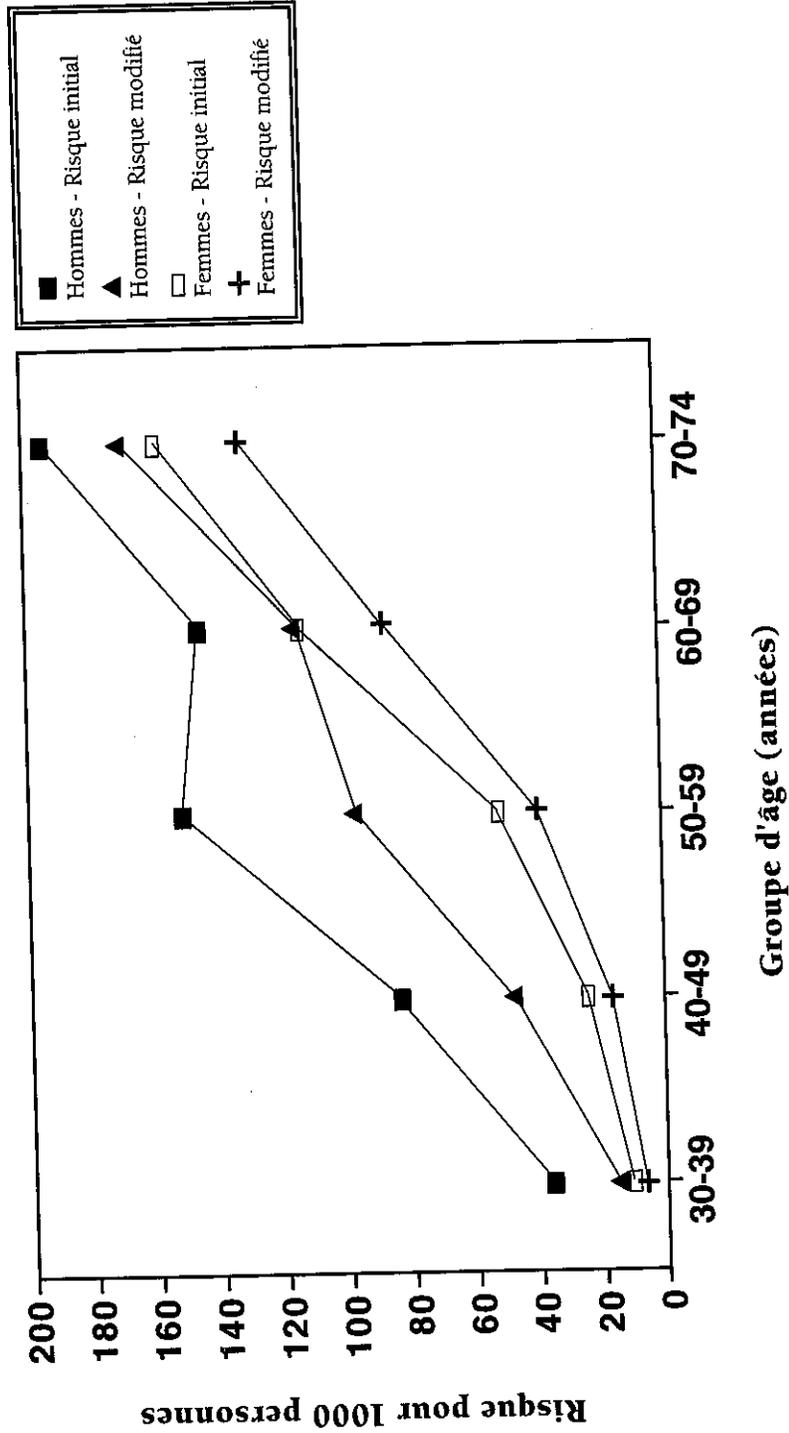
Afin d'évaluer la réduction des probabilités de troubles coronariens après modification d'un facteur de risque, 274 sujets ayant un taux de cholestérol total égal ou supérieur à 6,2 mmol/L ont été choisis. La probabilité de déclaration de troubles coronariens pour ce sous-groupe a pu être calculée par sexe et par âge, grâce aux équations de Framingham (graphique 1, risque initial). Le même calcul a été repris, après réduction pour chaque sujet, de la valeur du cholestérol total à 5,2 mmol/L (graphique 1, risque modifié). La variation du risque des troubles coronariens à la suite de la réduction du cholestérol total à 5,2 mmol/L est davantage marquée chez les hommes jeunes (tableau 1). On peut en effet observer que ce sont les hommes de 30 à 39 ans qui présentent le plus de chances de réduction du risque de troubles coronariens (54 %), après la diminution d'une valeur de cholestérolémie élevée au départ. De plus, la réduction du risque de troubles coronariens décroît avec l'âge pour les deux sexes. Précisons que la baisse du risque de troubles coronariens parmi les femmes se révèle inférieure à celle des hommes, sauf à partir de 60 ans.

Pour mieux quantifier les avantages d'une réduction du risque de troubles coronariens, on a calculé le rapport entre la réduction du risque de troubles coronariens et la diminution de la valeur du cholestérol total. On note une décroissance du risque en pourcentage, pour une valeur de cholestérol ramenée à 5,2 mmol/L. Parmi tous les groupes d'âge et de sexe, la baisse de la valeur du cholestérol s'établit à environ 25 %.

Pour calculer le pourcentage de variation du risque de troubles coronariens correspondant à une diminution de 1 % de la valeur du cholestérol, une valeur de 1,00 représente une décroissance égale du risque de troubles coronariens et de la valeur du cholestérol. Les résultats indiquent que la valeur du cholestérol ne revêt pas une importance constante parmi tous les groupes d'âge et de sexe.

GRAPHIQUE 1

Risques de déclaration de troubles coronariens, pondérés sur 8 ans, pour 1000 personnes, population de 30 à 74 ans présentant une valeur initiale de cholestérol total égale ou supérieure à 6,2 mmol/L



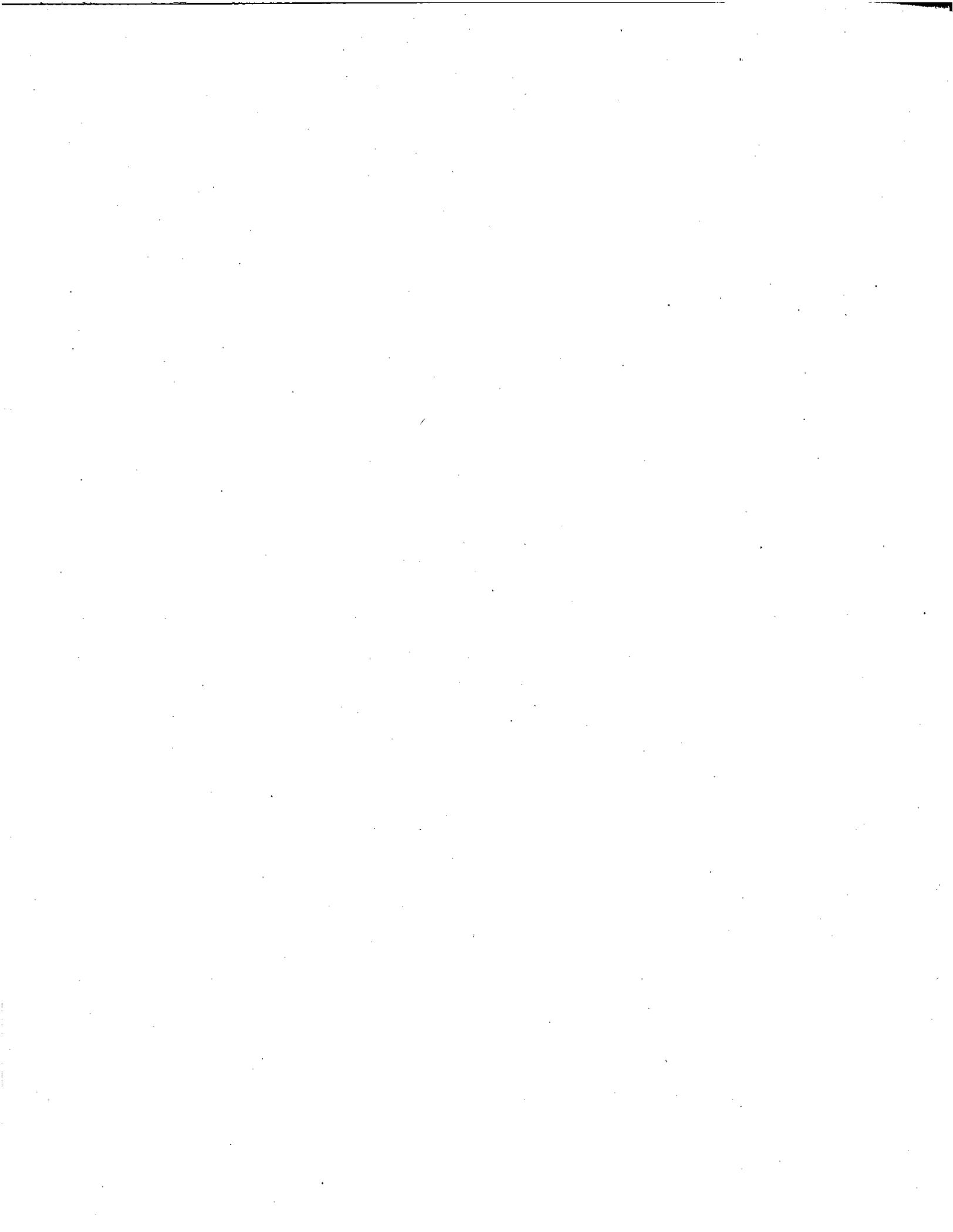
Risque initial : Risque selon les niveaux actuels des facteurs de risque.

Risque modifié : Risque prévu après réduction du taux de cholestérol total à 5,2 mmol/L.

En effet, c'est parmi les hommes jeunes que les avantages d'une réduction de la valeur du cholestérol sont les plus marqués. Pour ce groupe âgé de 30 à 39 ans, le taux de réduction du risque s'établit à 2,17, contre moins de 1,00 pour les hommes âgés, soit respectivement 0,78 et 0,44 pour les 60 à 69 ans et les 70 à 74 ans. Les mêmes tendances se dessinent parmi les femmes, mais parmi les 30 à 39 ans, le taux s'élève à 1,38, soit une valeur inférieure au taux observé pour les hommes du même âge.

TABLEAU 1
Variation du risque de déclaration de troubles coronariens et du cholestérol total, et leur corrélation, après réduction de la valeur du cholestérol à 5,2 mmol/L, population de 30 à 74 ans exempte de maladies cardiovasculaires avec valeur initiale du cholestérol \geq 6,2 mmol/L, Québec 1990

SEXES	Variation du risque de troubles coronariens à la suite de la réduction du cholestérol total à 5,2 mmol/L		Variation du cholestérol à la suite de la réduction du cholestérol total à 5,2 mmol/L		Variation du risque de troubles coronariens à la suite de la réduction de 1 % de la valeur du cholestérol		TOTAL Pe	
	HOMMES (%)	FEMMES (%)	HOMMES (%)	FEMMES (%)	HOMMES (%)	FEMMES (%)	HOMMES	FEMMES
ÂGE								
30 - 39	54,1	31,0	24,9	22,4	2,17	1,38	106 479	34 244
40 - 49	41,7	30,4	23,0	23,3	1,81	1,31	141 700	82 826
50 - 59	33,7	24,9	24,3	23,4	1,39	1,06	111 153	99 207
60 - 69	17,9	21,8	22,9	26,2	0,78	0,83	78 621	87 551
70 - 74	11,9	16,8	27,1	25,0	0,44	0,67	15 827	74 237





ET VOTRE COEUR, ÇA VA ?

Pas si mal, bien que... L'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990 permet de faire le point sur plusieurs questions restées sans réponse jusqu'à présent.

Menée par Santé Québec, il s'agit de la première enquête où des mesures physiques ont été prises. Elle a été réalisée à travers tout le Québec, auprès de 2354 personnes.

En plus de fournir des renseignements précieux sur la fréquence des maladies cardiovasculaires (MCV), *Et votre cœur, ça va?* renseigne sur les connaissances des Québécoises et des Québécois en matière de maladies cardiovasculaires. Le rapport vise également les personnes qui présentent certains facteurs de risque pour ces maladies, tels l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète ou l'obésité.

Ce rapport sera particulièrement utile aux intervenants, aux planificateurs et aux chercheurs qui œuvrent dans le domaine de la santé cardiovasculaire.



Errata

- Page 16 : Remplacer par le tableau 2.1 ci-joint; la modification concerne la *scolarité relative* et la *situation familiale*.
- Page 17 : La 3^e phrase du 5^e paragraphe doit se lire : «Les 35 à 64 ans comptent pour 60 % des personnes mariées ou vivant en union libre, et 78 % de celles qui sont séparées ou divorcées.»
- Page 23 : Remplacer le texte de la section 3.3.1 par le texte ci-joint; la modification corrige l'analyse en fonction du tableau 3.1.
- Page 24 : Remplacer par le tableau 3.1 ci-joint; la modification concerne les *antécédents familiaux de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques* et les *antécédents familiaux de MCV* au total.
- Pages 26, 29 et 31 : Remplacer par les tableaux 3.2, 3.3 et 3.4 ci-joints; les modifications et concernent la *scolarité relative*.
- Page 34 : La 1^{re} phrase du 4^e paragraphe doit se lire : «Quarante pour cent de la population...
- Page 42 : Remplacer le texte (dernière phrase du 2^e paragraphe) et le tableau 4.1 par la page ci-jointe; les modifications concernent le *stress* et la *biologie humaine*.
- Page 43 : Remplacer le texte de la section sur le *stress* par le texte ci-joint; la modification corrige l'analyse en fonction du tableau 4.2.
- Page 44 : Remplacer par le tableau 4.2 ci-joint; les modifications les plus importantes concernent la *biologie humaine*.
- Page 45 : Remplacer le texte de la section sur la *biologie humaine* par le texte ci-joint; la modification corrige l'analyse en fonction du tableau 4.2.
- Page 46 : Remplacer par le tableau 4.3 ci-joint; la modification concerne les *antécédents familiaux de MCV*.
- Page 48 : Remplacer par le tableau 4.4 ci-joint; la modification concerne la *scolarité relative* et les *antécédents familiaux de MCV*.

- Page 49 : Remplacer par le tableau 4.5 ci-joint; la modification concerne la *scolarité relative*, les *antécédents familiaux de MCV* et l'*ajout de sel*.
- Page 50 : La 4^e phrase du 3^e paragraphe doit se lire : «Les phénomènes liés à l'hérédité, au **vieillessement** et autres sont mentionnés par un **Québécois sur cinq**.»
- La dernière phrase du dernier paragraphe doit se lire : «La scolarité a aussi un effet marqué sur l'ensemble des résultats, à l'exception des connaissances sur les **liens entre la tension artérielle, le cholestérol, le gras et la santé**, et des connaissances sur les possibilités de prévention des maladies cardiaques.»
- Page 59 : Remplacer par le tableau 5.1 ci-joint; la modification concerne les *antécédents familiaux de MCV*.
- Page 60 : Remplacer par le tableau 5.2 ci-joint; la modification concerne la *scolarité relative* et les *antécédents familiaux de MCV*.
- Page 61 : Remplacer par le tableau 5.3 (*scolarité relative* et *antécédents familiaux de MCV*) et le texte ci-joint (2^e phrase du 1^{er} paragraphe) qui corrige l'analyse en fonction du tableau 5.4.
- Page 62 : Remplacer par le tableau 5.4 ci-joint, dont toutes les estimations de l'*excès de poids conscient et non conscient* ont été corrigées.
- Page 64 : La 1^{ère} phrase du paragraphe sur l'*excès de poids* doit se lire : «La moitié des Québécois... et qui essaient de maigrir... suivent un régime... de leur alimentation (48 %) (tableau 5.8).
- Page 65 : Remplacer par les tableaux 5.8 et 5.9 ci-joints; les modifications corrigent respectivement l'*excès de poids conscient* et le *contrôle de l'hypertension artérielle connue*.
- Pages 72 : Remplacer par les tableaux 6.1 et 6.2 ci-joints; les modifications
et 73 concernent les *antécédents familiaux de MCV*.
- Page 74 : Remplacer par le tableau 6.3 ci-joint; la modification concerne la *scolarité relative* et les *antécédents familiaux de MCV*.
- Page 75 : Remplacer le texte qui porte sur la *présence d'un médecin de famille* par le texte ci-joint; les modifications corrigent l'analyse en fonction du tableau 6.3.

- Page 76 : Remplacer par le tableau 6.4 ci-joint; la modification concerne les *antécédents familiaux de MCV*.
- Pages 77 : Remplacer par les tableaux 6.5 et 6.6 ci-joints; les modifications
et 78 concernent l'*excès de poids*.
- Page 79 : Remplacer par le tableau 6.7 ci-joint.
- Page 80 : Remplacer le tableau 6.8 et le texte sur le *lieu de consultation* par la page ci-jointe; le texte corrige l'analyse en fonction du tableau 6.8.
- Page 89 : Remplacer par le tableau 7.3 ci-joint; la modification concerne les *antécédents familiaux de MCV* et l'*hypercholestérolémie*.

Les pages 145 à 152 et la page 154 remplacent les tableaux de l'annexe touchés par les corrections apportées dans le rapport.

TABLEAU 2.1
*Caractéristiques sociodémographiques de la
 population de l'enquête, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	%	Pe
SEXE		
HOMMES	49,4	2 472 343
FEMMES	50,6	2 528 028
ÂGE		
18-34 ANS	39,5	1 972 971
35-64 ANS	51,4	2 572 375
65-74 ANS	9,1	455 025
LIEU DE RÉSIDENCE		
RURAL	20,6	1 027 784
URBAIN	79,4	3 972 587
LANGUE		
FRANÇAIS	86,9	4 344 028
ANGLAIS	6,9	345 759
AUTRES LANGUES	6,2	310 584
SCOLARITÉ RELATIVE		
FAIBLE	41,5	2 071 297
MOYENNE	35,5	1 773 771
ÉLEVÉE	23,0	1 147 555
SITUATION FAMILIALE		
MARIÉ(E), UNION LIBRE	66,4	3 320 001
SÉPARÉ(E), DIVORCÉ(E)	6,5	327 520
VEUF(VE)	3,8	190 241
CÉLIBATAIRE	23,3	1 162 610
STATUT D'ACTIVITÉ		
TRAVAILLE	60,6	3 011 790
AUX ÉTUDES	6,0	293 395
TIENT MAISON	18,4	912 946
INACTIF(VE)/SANTÉ	4,4	220 485
INACTIF(VE)/AUTRES	10,6	527 962
REVENU FAMILIAL		
FAIBLE	20,0	888 624
MOYEN	40,6	1 803 263
SUPÉRIEUR	39,5	1 754 737
PROFESSION		
COLS BLANCS/DIRECTION	28,2	934 901
COLS BLANCS/ADMINISTRATION	30,1	998 229
COLS BLEUS/SECTEUR PRIMAIRE	1,8	58 558
COLS BLEUS/SECTEUR SECONDAIRE	15,4	511 736
COLS BLEUS/SECTEUR TERTIAIRE	24,4	809 064

n = 2354 ; Pe = 5 000 371

mentionnées précédemment. Puis, la présence concomitante de facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires a été considérée.

3.3.1 Prévalence des facteurs de risque par catégorie

Antécédents familiaux

Cette catégorie a trait aux antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. Ces maladies ont été subdivisées en deux sous-groupes :

- antécédents familiaux de cardiopathies ischémiques (crise cardiaque et angine) chez le père, la mère ou un membre de la fratrie survenues avant l'âge de 60 ans;
- antécédents familiaux de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques chez le père, la mère ou un membre de la fratrie survenues avant l'âge de 60 ans.

Au total, 40 % de la population présente des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires survenues avant l'âge de 60 ans. Plus précisément, on retrouve 32 % de cardiopathies comparativement à seulement 17 % de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques (tableau 3.1)¹. Significativement plus de femmes (44 %) que d'hommes (36 %) déclarent avoir des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. La proportion de personnes qui mentionnent des antécédents familiaux de cardiopathies ou de maladies cardiovasculaires au total augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, mais les différences observées entre les groupes d'âge ne sont statistiquement significatives qu'entre les personnes du groupe d'âge le plus jeune (18 à 34 ans) et celles des deux autres groupes d'âge. Quant aux antécédents familiaux de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques, près de deux fois plus de femmes (22 %) que d'hommes (12 %) les mentionnent et cet écart est statistiquement significatif. C'est chez les femmes seulement que ces antécédents augmentent avec l'âge, mais les différences constatées entre les groupes d'âge ne sont statistiquement significatives qu'entre celles de 18 à 34 ans et celles des deux autres groupes d'âge.

En ce qui concerne les caractéristiques socioéconomiques, les personnes ayant un faible niveau de scolarité mentionnent plus fréquemment des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires (au total) et de cardiopathies. Par contre, on n'a pas détecté de différence statistiquement significative pour ce qui est du revenu et du milieu de résidence chez les personnes qui rapportent des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. La première langue apprise pourrait être associée à la présence d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires : les antécédents familiaux de cardiopathies et de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques seraient plus fréquents chez les personnes ayant le français comme première langue apprise; bien que les écarts soient importants, ils ne sont pas significatifs.

États morbides

Cette catégorie comprend un ensemble d'états de santé établis par la documentation scientifique à titre de facteurs de risque de niveau primaire dans l'incidence des maladies cardiovasculaires, dont :

1. Les tableaux A -3.1 à A -3.5 de l'annexe 4 présentent les pourcentages et la population estimée qui y correspondent.

TABLEAU 3.1
Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux de maladies
cardiovasculaires selon certaines caractéristiques socio-
économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CARDIOPATHIES %	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES ET DES VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES %	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES %
ÂGE ET SEXE			
H 18-34	24,3 ^{1,2}	9,4	28,8 ^{1,2}
35-64	35,3 ¹	13,9	39,7 ¹
65-74	37,6 ²	18,7	48,4 ²
TOTAL	31,0	12,4 ³	36,0 ³
F 18-34	25,4 ^{1,2}	11,9 ^{1,2}	31,3 ^{1,2}
35-64	37,5 ¹	25,8 ¹	51,3 ¹
65-74	41,3 ²	36,4 ²	58,3 ²
TOTAL	33,5	21,5 ³	44,3 ³
TOTAL	32,3	17,0	40,2
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	38,2 ^{1,2}	18,3	44,9 ¹
MOYENNE	29,8 ¹	17,7	38,8
ÉLEVÉE	25,5 ²	13,8	34,2 ¹
REVENU			
FAIBLE	34,0	20,4	41,9
MOYEN	34,2	17,5	42,3
SUPÉRIEUR	30,6	14,9	37,8
LANGUE [§]			
FRANÇAIS	34,0	18,0	42,3
ANGLAIS	27,0	11,5	31,2
MILIEU			
RURAL	32,7	17,0	41,6
URBAIN	32,1	17,0	39,8

§ La première langue apprise.

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

TABLEAU 3.2
Facteurs de risque liés à des états morbides selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES		HYPERTENSION HTA %	OBÉSITÉ IMC ≥ 30 %	OBÉSITÉ RTH ÉLEVÉ %	DIABÈTE DÉCLARÉ %	HYPERCHOLÉSTÉROLÉMIE CHOL TOTAL ≥ 6,2 MMOL/L %
ÂGE ET SEXE						
H	18-34	5,7 ^{1,2}	7,3 ^{1,2}	27,6 ^{1,2}	0,7 ¹	6,7 ^{1,2}
	35-64	20,8 ¹	16,4	62,1 ¹	6,3 ¹	30,7 ¹
	65-74	23,2 ²	15,8	68,9 ²	15,4 ¹	25,9 ²
	TOTAL	14,9	12,6	48,6	4,8	20,6
F	18-34	1,6 ¹	6,8 ^{1,2}	18,2 ¹	3,8 ¹	4,9 ¹
	35-64	16,3 ¹	16,1	39,2 ¹	4,7	20,7 ¹
	65-74	37,8 ¹	19,0 ²	60,7 ¹	12,1 ¹	50,5 ¹
	TOTAL	12,8	12,9	33,6	5,1	17,7
TOTAL		13,8	12,8	41,1	4,9	19,1
SCOLARITÉ RELATIVE						
FAIBLE		15,2	16,6 ¹	47,7 ¹	7,2 ¹	20,8
MOYENNE		13,4	9,2 ¹	39,5	4,4	18,2
ÉLEVÉE		12,2	11,3	32,2 ¹	1,8 ¹	17,5
REVENU						
FAIBLE		18,4 ¹	15,6	48,4 ¹	8,4 ¹	20,4
MOYEN		14,1	12,1	41,0	4,7	17,2
SUPÉRIEUR		10,7 ¹	10,6	36,2 ¹	2,8 ¹	19,0
LANGUE §						
FRANÇAIS		12,9 ¹	12,2	40,9	4,7	19,6
ANGLAIS		25,1 ¹	15,4	45,3	4,8	13,8
MILIEU						
RURAL		14,5	13,5	44,7	4,6	17,0
URBAIN		13,7	12,6	40,2	5,1	19,6

HTA : Tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ou sous traitement.

RTH élevé : Rapport tour de taille-tour de hanches ≥ 0,9 chez les hommes et ≥ 0,8 chez les femmes.

§ La première langue apprise.

1.2 et 3. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

TABLEAU 3.3
Prévalence des taux élevés de lipides sanguins selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES		CHOL LDL ≥ 4,1 MMOL/L %	CHOL HDL < 0,9 MMOL/L %	CHOL TOTAL/ HDL ≥ 5,0 %	TRYGLYCÉRIDES ≥ 2,3 MMOL/L %
ÂGE ET SEXE					
H	18-34	8,1 ^{1,2}	8,4	20,7 ^{1,2}	11,2 ^{1,2}
	35-64	23,1 ¹	15,3	50,8 ¹	31,7 ¹
	65-74	23,8 ²	14,4	43,5 ²	21,8 ²
	TOTAL	16,9	12,4 ¹	38,0 ²	22,6 ²
F	18-34	4,5 ¹	3,1	8,2 ¹	5,0 ^{1,2}
	35-64	19,0 ¹	3,3	18,1 ¹	13,8 ¹
	65-74	48,9 ¹	2,6	40,3 ¹	20,0 ²
	TOTAL	16,4	3,2 ¹	16,6 ²	11,1 ¹
TOTAL		16,7	7,7	27,1	16,8
SCOLARITÉ RELATIVE /					
	FAIBLE	19,3	9,1	29,0	18,4
	MOYENNE	14,6	8,3	28,9	18,0
	ÉLEVÉE	15,4	4,5	21,2	12,0
REVENU					
	FAIBLE	16,8	11,1	26,8	18,9
	MOYEN	14,4	8,6	29,0	17,1
	SUPÉRIEUR	17,4	5,7	25,0	14,1
LANGUE [§]					
	FRANÇAIS	17,3	7,4	27,5	16,7
	ANGLAIS	14,6	7,8	26,4	15,7
MILIEU					
	RURAL	15,4	10,2	25,7	18,5
	URBAIN	17,0	7,1	27,5	16,3

§ La première langue apprise.

1,2 et 3. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

TABLEAU 3.4
Facteurs de risque liés à des comportements selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	FUMEUR RÉGULIER %	SÉDENTARITÉ* %	ALCOOL ≥ 20 CONS. / SEM %	SEL AJOUT RÉGULIER %
ÂGE ET SEXE				
H 18-34	36,8 ¹	35,0 ¹	5,9	17,7 ¹
35-64	31,2 ²	48,6 ¹	9,1	26,5 ¹
65-74	18,2 ^{1,2}	41,0	7,1	17,5
TOTAL	32,4	42,4	7,6 ¹	22,3 ²
F 18-34	37,9 ¹	36,5	0,3	15,2 ¹
35-64	30,1 ²	39,2	0,6	13,2
65-74	11,5 ^{1,2}	34,7	0,0	7,1 ¹
TOTAL	31,2	37,7	0,5 ¹	13,4 ²
TOTAL 31,8	40,0	4,0	17,8	
SCOLARITÉ RELATIVE				
FAIBLE	37,7 ¹	47,0 ^{1,2}	4,3	20,7 ¹
MOYENNE	32,5 ²	36,7 ¹	3,3	14,0 ¹
ÉLEVÉE	20,2 ^{1,2}	32,3 ²	4,6	18,5
REVENU				
FAIBLE	37,6 ¹	40,5	4,4	20,3
MOYEN	32,5	42,2	4,2	16,1
SUPÉRIEUR	27,6 ¹	36,3	4,0	18,7
LANGUE §				
FRANÇAIS	32,6	39,6	3,4	18,7
ANGLAIS	26,7	35,1	7,5	13,2
MILIEU				
RURAL	34,8	46,4 ¹	4,9	18,8
URBAIN	31,0	38,4 ¹	3,8	17,5

* Sédentarité : Pratique d'activités physiques durant les loisirs, moins d'une fois par semaine, à raison de 20 à 30 minutes par séance.

§ La première langue apprise.

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

ces états morbides. Les comportements qui figurent parmi les causes possibles de maladies cardiaques sont le tabagisme, la sédentarité, la consommation élevée d'alcool, la consommation régulière de sel et la mauvaise alimentation. À ces deux catégories s'ajoute la catégorie « biologie humaine », par laquelle il faut entendre non seulement les antécédents familiaux reliés à l'hérédité des individus, mais aussi à ce qui a trait au processus naturel du vieillissement. L'analyse a permis d'établir une quatrième catégorie, le « stress », notion absente des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires traités précédemment.

L'analyse des données permet de constater que 80 % des Québécois attribuent les maladies cardiaques aux comportements des gens (tableau 4.1). Viennent ensuite les éléments de stress (56 %), puis les états morbides (36 %). Finalement, les causes relatives à la biologie humaine sont déclarées par 21 % de la population.

Parmi les comportements associés aux maladies cardiaques, l'alimentation est mentionnée par plus de 60 % des Québécois; viennent ensuite la sédentarité (42 %), le tabagisme (38 %), la consommation élevée d'alcool (19 %) et de sel (4,1 %). Le stress est désigné comme cause possible par plus de la moitié de la population (56 %).

TABLEAU 4.1
*Répartition des causes possibles de maladies cardiaques mentionnées
par la population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CAUSES POSSIBLES DÉCLARÉES*	%	PE
COMPORTEMENTS	79,8	3 990 467
ALIMENTATION	64,0	3 200 863
SÉDENTARITÉ	42,0	2 097 921
TABAGISME	37,5	1 874 990
CONSOMMATION ÉLEVÉE D'ALCOOL	19,0	948 468
SEL	4,1	204 103
AUTRES	6,0	300 297
STRESS	55,6	2 778 126
ÉTATS MORBIDES	36,0	1 799 988
HYPERCHOLESTÉROLEMIE	18,0	898 066
OBÉSITÉ	17,1	853 344
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	10,5	525 151
DIABÈTE	1,3	67 153
AUTRES	3,7	184 711
BIOLOGIE HUMAINE	20,9	1 046 795
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	19,0	952 460
VIEILLISSEMENT ET AUTRES	2,3	117 455

*Réponses spontanées; plus d'une réponse acceptée.

Parmi les états morbides, l'hypercholestérolémie et l'obésité sont mentionnées par près d'un Québécois sur cinq (respectivement 18 % et 17 %), l'hypertension artérielle par un Québécois sur dix (11 %) et le diabète par un Québécois sur cent (1,3 %).

Si l'on s'attarde aux caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des répondants, on note qu'il n'y a pas de différence entre les sexes, indépendamment des causes possibles qui ont été mentionnées (tableau 4.2). Par ailleurs, certaines caractéristiques permettent d'établir des différences au sein de la population sur la connaissance des causes de maladies cardiaques.

Comportements

Les comportements personnels constituent la catégorie de causes possibles la plus souvent mentionnée. L'étude des caractéristiques socio-économiques et sanitaires permet de constater des différences au sein de la population québécoise. L'âge est une variable qui a un effet marqué sur les connaissances relatives aux comportements. Ainsi, les hommes de 65 à 74 ans mentionnent nettement moins souvent que les hommes des autres groupes d'âge des causes relatives aux comportements (59 % par rapport à 85 % et 81 %). Cette situation se retrouve aussi parmi la population féminine de 65 à 74 ans (50 %), comparativement aux autres femmes qui associent les maladies cardiaques aux comportements dans des proportions respectives de 86 % parmi les 18 à 34 ans, et de 79 % parmi les 35 à 64 ans. Les personnes peu scolarisées signalent moins que les autres l'origine comportementale des maladies cardiovasculaires (72 % d'entre elles par rapport à 83 % pour les personnes ayant une scolarité moyenne et à 89 % pour celles ayant une scolarité élevée).

La présence d'antécédents personnels de maladies cardiaques semble avoir le même effet, puisque les personnes atteintes de ces maladies sont proportionnellement moins nombreuses que les autres à mentionner ce type de cause possible (70 % versus 81 %). Ce même phénomène s'observe aussi dans le cas de l'hypertension. Les personnes qui se savent hypertendues sont moins nombreuses (62 %) à associer maladies cardiaques et comportements, comparativement aux personnes dont la tension artérielle est normale (82 %) ou à celles ignorant leur hypertension (85 %).

Stress

Plus de femmes (59 %) que d'hommes (52 %) déclarent le stress comme cause possible de maladies cardiaques et cet écart est statistiquement significatif. Des différences statistiquement significatives sont aussi observées selon l'âge. Les femmes de 35 à 64 ans (62 %) mentionnent plus souvent que celles de 18 à 34 ans (54 %), le stress comme cause possible de maladies cardiaques. Pour les hommes, ces proportions se situent à 57 % chez ceux de 35 à 64 ans et à 48 % chez ceux de 18 à 34 ans. De plus, le stress est cité par une plus grande proportion de personnes ayant un niveau de scolarité élevé (64 %) comparativement aux personnes faiblement scolarisées (51 %).

États morbides

La connaissance des états morbides, c'est-à-dire l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et l'obésité comme causes possibles de maladies cardiaques, ne semble associée ni à l'âge ni au sexe. Toutefois, les personnes peu

TABLEAU 4.2
Répartition des causes possibles de maladies cardiaques mentionnées
par la population de 18 à 74 ans, selon certaines caractéristiques
sociodémographiques et sanitaires, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES	COMPORTEMENTS %	STRESS %	ÉTATS MORBIDES %	BIOLOGIE HUMAINE %	TOTAL PE
ÂGE ET SEXE					
H 18-34	85,1 ¹	48,2 ¹	33,0	16,0 ¹	1 000 935
35-64	81,3 ²	56,8 ¹	38,2	24,2 ^{1,2}	1 272 653
65-74	58,8 ^{1,2}	45,9	26,7	10,7 ²	198 755
TOTAL	81,0	52,4 ²	35,2	19,8	2 472 343
F 18-34	86,3 ¹	54,3 ³	37,8	19,2	972 037
35-64	78,5 ¹	62,4 ³	36,9	24,4	1 299 721
65-74	50,0 ¹	56,0	32,6	21,0	256 270
TOTAL	78,6	58,6 ²	36,8	22,1	2 528 028
TOTAL	79,8	55,6	36,0	20,9	5 000 371
SCOLARITÉ RELATIVE					
FAIBLE	71,8 ^{1,2}	51,3 ¹	29,8 ^{1,2}	12,9 ¹	2 071 297
MOYENNE	83,3 ¹	55,3	40,5 ¹	20,9 ¹	1 773 771
ÉLEVÉE	88,9 ²	63,5 ¹	40,4 ²	35,5 ¹	1 147 555
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES					
OUI	69,5 ¹	53,0	23,7 ¹	22,9	477 526
NON	80,9 ¹	55,8	37,3 ¹	20,7	4 522 845
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV					
OUI	77,6	58,0	36,2	22,6	1 986 170
NON	81,1	53,8	35,9	19,9	2 953 308
HTA					
CONNUE	61,8 ^{1,2}	54,1	43,5	20,6	629 019
NON CONNUE	85,3 ¹	53,0	33,7	28,0	4 306 220
NORMALE	81,5 ²	56,0	35,2	20,6	4 998 239
CHOLESTÉROL ≥ 5,2 MMOL/L					
CONNU	80,2	59,6	39,0	22,7	615 463
NON CONNU	78,2	55,6	36,3	25,0	1 715 128
NORMAL	83,2	56,3	35,4	19,8	2 467 157
CHOLESTÉROL ≥ 6,2 MMOL/L					
CONNU	83,8	57,5	43,3	26,5	347 767
NON CONNU	75,9	52,3	33,9	25,4	575 984
NORMAL	81,6	57,0	35,9	21,1	3 873 998
DIABÈTE					
OUI	69,2	49,2	26,8	15,7	247 017
NON	80,3	55,9	36,5	21,2	4 744 875
TABAGISME					
OUI	81,9	51,9	31,4	13,1 ¹	1 589 032
NON	78,8	57,3	38,1	24,6 ¹	3 408 614

1, 2 et 3. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.



scolarisées mentionnent ces causes en moins grande proportion que celles ayant une scolarité moyenne ou élevée (30 % versus 41 % et 40 %). Les personnes ayant une maladie cardiaque déclarent moins ces causes que les personnes n'ayant pas d'antécédents personnels de ce type de maladie (24 % versus 37 %).

Biologie humaine

Les causes possibles d'origine biologique, l'hérédité, le vieillissement et autres, sont citées deux fois plus par les hommes de 35 à 64 ans (24 %) comparativement à la génération qui suit (11 %) et cet écart est statistiquement significatif. Des différences statistiquement significatives sont aussi constatées selon la scolarité relative et le tabagisme. Les personnes moins scolarisées mentionnent la biologie humaine comme cause possible en moins grande proportion que celles ayant une scolarité moyenne ou élevée (13 % contre 21 % et 36 %). Les personnes qui fument signalent moins souvent l'origine biologique des maladies cardiaques que celles qui ne fument pas (13 % contre 25 %).

4.3.2 Connaissance des liens entre les facteurs de risque, la santé et les maladies cardiovasculaires

Connaissance des liens entre l'hypertension artérielle, le cholestérol, le sel et le gras avec la santé en général

La population fait aussi des liens entre la santé, certains états morbides et l'alimentation selon les caractéristiques étudiées précédemment (tableau 4.3). (Voir Annexe 4, tableau A - 4.3 pour les populations estimées.) On a tenté de mesurer les connaissances de la population sur l'influence que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, la consommation de sel et de matières grasses peuvent avoir sur la santé. On note, de façon générale, que le lien entre ces facteurs et la santé est bien connu. Pour ainsi dire, toute la population reconnaît que l'hypertension artérielle et la consommation de matières grasses ont des effets sur la santé. Les effets du cholestérol sont à peine moins connus, suivis d'assez près par les effets de la consommation de sel.

La connaissance des liens entre la santé et la consommation de sel est d'ailleurs la seule que l'on puisse associer à certaines caractéristiques de la population. Ainsi, les hommes de 65 à 74 ans (68 %) sont moins nombreux que ceux de 18 à 34 ans (81 %) à déclarer que la quantité de sel qu'ils consomment puisse avoir un effet sur leur état de santé. L'âge semble avoir le même impact sur la population féminine (59 % pour les 65 à 74 ans, comparativement à 80 % pour les 18 à 34 ans et à 77 % pour les 35 à 64 ans). Les personnes davantage scolarisées se distinguent aussi sur le plan de ces connaissances. Elles sont plus nombreuses (83 %) que les personnes peu scolarisées (75 %) à déclarer un lien entre le sel et la santé. Finalement, et c'est un autre paradoxe du lien connaissances-comportements, les plus grands consommateurs de sel se distinguent de ceux qui ne salent qu'à l'occasion ou jamais, en mentionnant en plus grand nombre un lien entre le sel et la santé (86 % versus 75 %)....

Connaissance des liens entre l'hypertension artérielle, le cholestérol et les maladies cardiovasculaires

Les effets du cholestérol sur les maladies cardiovasculaires semblent mieux connus des Québécois et des Québécoises que ceux de l'hypertension artérielle

TABLEAU 4.3
*Connaissance des liens entre la tension artérielle, le cholestérol, le sel,
le gras et la santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques
et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	TENSION ARTÉRIELLE ET EFFET SUR LA SANTÉ %	CHOLESTÉROL ET EFFET SUR LA SANTÉ %	SEL ET EFFET SUR LA SANTÉ %	GRAS ET EFFET SUR LA SANTÉ %
ÂGE ET SEXE				
H 18-34	96,1	87,0	81,0 ¹	96,6
35-64	98,8	86,2	76,9	98,5
65-74	95,3	84,3	67,7 ¹	94,7
TOTAL	97,4	86,4	77,8	97,4
F 18-34	97,4	84,8	79,9 ¹	98,5
35-64	97,9	87,1	76,8 ²	99,2
65-74	97,9	81,0	58,8 ^{1,2}	98,0
TOTAL	97,7	85,6	76,3	98,8
TOTAL	97,6	86,0	77,0	98,1
SCOLARITÉ RELATIVE				
FAIBLE	96,7	86,6	75,1 ¹	97,3
MOYENNE	98,2	84,0	75,3	98,3
ÉLEVÉE	98,2	87,9	82,9 ¹	99,2
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES				
OUI	98,6	87,5	75,6	97,5
NON	97,4	85,8	77,2	98,2
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV				
OUI	98,1	87,0	75,1	98,7
NON	97,3	85,5	78,6	97,9
HTA				
CONNUE	98,1	87,6	80,1	98,5
NON CONNUE	98,8	83,2	80,8	99,3
NORMALE	97,4	86,0	76,6	98,0
CHOLESTÉROL ≥ 5,2 MMOL/L				
CONNU	99,2	89,2	82,0	99,7
NON CONNU	98,1	85,6	76,1	98,2
NORMAL	97,7	85,1	77,6	98,3
CHOLESTÉROL ≥ 6,2 MMOL/L				
CONNU	99,4	90,1	86,1	100,0
NON CONNU	96,7	86,4	76,6	99,6
NORMAL	98,1	85,3	77,0	98,1
AJOUT DE SEL				
REGULIER	96,5	89,7	86,0 ¹	97,8
OCC./JAMAIS	97,8	85,2	75,2 ¹	98,2

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

TABLEAU 4.4
*Connaissance des liens entre la tension artérielle, le cholestérol
et les maladies cardiovasculaires, selon certaines caractéristiques
sociodémographiques et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	TENSION ARTÉRIELLE ET MCV %	CHOLESTÉROL ET MCV %	TOTAL Pe
ÂGE ET SEXE			
H 18-34	50,7	65,6	1 000 935
35-64	55,5	72,6	1 272 653
65-74	48,8	65,4	198 755
TOTAL	53,0 ²	69,2	2 472 343
F 18-34	52,7 ¹	65,5 ¹	972 037
35-64	67,2 ¹	80,6 ^{1,2}	1 299 721
65-74	61,8	67,4 ²	256 270
TOTAL	61,0 ²	73,5	2 528 028
TOTAL	57,1	71,4	5 000 371
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	46,7 ¹	61,1 ¹	2 071 297
MOYENNE	58,5 ¹	74,2 ¹	1 773 771
ÉLEVÉE	73,5 ¹	85,4 ¹	1 147 555
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	54,1	66,8	477 526
NON	57,4	71,8	4 522 845
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	57,9	73,4	1 986 170
NON	56,6	70,0	2 953 308
HTA			
CONNUE	68,4 ¹	72,7	474 127
NON CONNUE	55,5	70,6	217 892
NORMALE	56,0 ¹	71,3	4 284 289
CHOLESTÉROL ≥ 5,2 MMOL/L			
CONNU	66,3 ¹	86,3 ^{1,2}	615 463
NON CONNU	61,5	73,0 ¹	1 715 128
NORMAL	55,2 ¹	72,3 ¹	2 467 157
CHOLESTÉROL ≥ 6,2 MMOL/L			
CONNU	71,0	88,0 ^{1,2}	347 767
NON CONNU	58,3	71,0 ¹	575 984
NORMAL	57,9	73,6 ²	3 873 998

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.



TABLEAU 4.5
Opinion sur la possibilité de prévenir les maladies cardiaques et les accidents
cérébrovasculaires selon certaines caractéristiques sociodémographiques
et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES	MALADIES CARDIAQUES	PE	ACCIDENTS CÉRÉBROVASCULAIRES	PE
ÂGE ET SEXE				
H 18-34	97,8 ¹	956 732	78,5 ¹	604 114
35-64	97,8 ²	1 233 042	87,2 ¹	929 476
65-74	88,9 ^{1,2}	169 027	83,5	128 930
TOTAL	97,1	2 358 801	83,6	1 662 520
F 18-34	97,9 ¹	934 429	74,3 ^{1,2}	540 823
35-64	95,6	1 217 095	88,0 ¹	959 969
65-74	91,9 ¹	218 217	86,1 ²	153 356
TOTAL	96,1	2 369 741	82,8	1 654 148
TOTAL	96,6	4 728 542	83,2	3 316 668
SCOLARITÉ RELATIVE				
FAIBLE	95,3	1 899 403	79,1 ¹	1 232 426
MOYENNE	97,8	1 716 220	84,3	1 197 013
ÉLEVÉE	97,6	1 112 155	88,0 ¹	885 259
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES				
OUI	94,0	432 174	83,0	302 514
NON	96,9	4 296 368	83,2	3 014 153
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV				
OUI	96,2	1 874 544	85,8	1 392 600
NON	97,1	2 805 178	81,2	1 887 704
HTA				
CONNUE	94,9	437 502	93,2 ¹	366 996
NON CONNUE	94,7	206 415	81,4	153 553
NORMALE	96,9	4 062 395	82,2 ¹	2 784 109
TABAGISME				
OUI	97,0	1 493 530	78,5 ¹	961 542
NON	96,4	3 232 288	85,3 ¹	2 354 080
CHOLESTÉROL ≥ 5,2 MMOL/L				
CONNU	98,6	601 719	86,2	440 078
NON CONNU	96,5	1 606 460	87,1	1 219 419
NORMAL	96,8	2 360 529	80,5	1 564 669
CHOLESTÉROL ≥ 6,2 MMOL/L				
CONNU	99,3	341 870	89,8	273 441
NON CONNU	92,7	514 906	84,2	378 780
NORMAL	97,4	3 711 931	83,0	2 571 944
AJOUT DE SEL				
RÉGULIER	96,4	839 288	79,6	568 591
OCC./JAMAIS	96,6	3 885 185	84,0	2 744 007

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

TABLEAU 5.1
*Hypertension artérielle « connue » et « non connue » selon certaines
 caractéristiques sociodémographiques et sanitaires,
 population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	CONNUE %	NON CONNUE %	TOTAL PE
ÂGE ET SEXE			
H 18-34	36,1 ¹	63,9 ¹	56 922
35-64	61,4	38,6	265 099
65-74	85,9 ¹	14,1 ¹	46 144
TOTAL	60,6	39,4	368 165
F 18-34	79,4	20,6	15 644
35-64	70,5 ¹	29,5 ¹	211 742
65-74	92,7 ¹	7,3 ¹	96 468
TOTAL	77,6	22,4	323 854
TOTAL	68,5	31,5	692 019
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	70,1	29,9	315 156
MOYENNE	62,6	37,4	236 786
ÉLEVÉE	75,0	25,0	140 076
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	79,5	20,5	98 742
NON	66,7	33,3	593 277
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	69,2	30,8	352 822
NON	67,6	32,4	337 533

Hypertension artérielle : Tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ou sous traitement (pharmacologique ou non : contrôle du poids ou restriction de sel).

1. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Hypercholestérolémie

La prévalence globale de l'hypercholestérolémie établie par un taux de cholestérol supérieur ou égal à 6,2 mmol/L est de 19 %. Parmi les personnes ayant un taux élevé de cholestérol, un peu plus du tiers (38 %) de ces personnes savaient déjà qu'elles avaient un taux au-delà de la normale et près des deux tiers (62 %) des hypercholestérolémiques l'ont appris lors de l'enquête (tableau 5.2).

Dans l'ensemble, cette proportion est identique entre les hommes et les femmes. La scolarité n'influencerait pas la situation de la connaissance de l'hypercholestérolémie, tout comme les antécédents personnels de maladies cardiaques ou les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires. Les personnes ayant des antécédents personnels de maladies cardiaques ou des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires sont toutefois un peu plus nombreuses à connaître leur état, mais cette proportion demeure inférieure à 50 %.

TABLEAU 5.2
*Hypercholestérolémie ($\geq 6,2$ mmol/L) « connue » et « non connue »
 selon certaines caractéristiques sociodémographiques
 et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	CONNUE %	NON CONNUE %	TOTAL Pe
ÂGE ET SEXE			
H 18 - 34	18,4	81,6	64 936
35 - 64	41,3	58,7	372 857
65 - 74	23,7	76,3	48 845
TOTAL	36,5	63,5	486 638
F 18 - 34	28,0	72,0	43 875
35 - 64	40,7	59,3	266 613
65 - 74	39,1	60,9	126 625
TOTAL	39,0	61,0	437 113
TOTAL	37,6	62,4	923 751
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	35,3	64,7	409 777
MOYENNE	41,8	58,2	309 526
ÉLEVÉE	35,6	64,4	203 590
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	41,6	58,4	126 053
NON	37,0	63,0	797 698
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	44,0	56,0	479 381
NON	32,1	67,9	426 669

Hypercholestérolémie : Cholestérolémie $\geq 6,2$ mmol/L.

Lorsqu'on retient 5,2 mmol/L comme seuil d'hypercholestérolémie, près de la moitié des Québécois (49 %) présentent un taux égal ou supérieur à ce seuil. Parmi les personnes ayant un taux de cholestérol supérieur ou égal à 5,2 mmol/L, seul le quart des personnes est informé de cette situation (tableau 5.3). Dans l'ensemble, cette proportion est identique entre les hommes et les femmes. La seule différence observée en fonction de l'âge ou du sexe en ce qui concerne la connaissance de cet état morbide se situe entre les hommes de 18 à 34 ans et ceux de 35 à 74 ans; ces derniers sont plus nombreux que les plus jeunes hommes à savoir qu'ils ont un taux de cholestérol au-delà de ce seuil.

L'enquête n'a pu détecter de différence statistiquement significative au sujet de l'influence de la scolarité sur la situation de la connaissance de l'hypercholestérolémie, tout comme les antécédents personnels de maladies cardiaques. Toutefois, les personnes qui mentionnent des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires sont plus nombreuses à connaître leur état que celles qui n'en mentionnent pas.



TABLEAU 5.3
Hypercholestérolémie ($\geq 5,2$ mmol/L) « connue » et « non connue »
selon certaines caractéristiques sociodémographiques
et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES	CONNUE %	NON CONNUE %	TOTAL PE
ÂGE ET SEXE			
H 18-34	8,2 ^{1,2}	91,8 ^{1,2}	279 564
35-64	31,0 ¹	69,0 ¹	774 821
65-74	25,5 ¹	74,5 ²	123 301
TOTAL	25,0	75,0	1 177 686
F 18-34	18,8	81,2	220 772
35-64	28,6	71,4	727 950
65-74	34,7	65,3	204 183
TOTAL	27,8	72,2	1 152 905
TOTAL	26,4	73,6	2 330 591
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	26,4	73,6	984 237
MOYENNE	26,6	73,4	808 855
ÉLEVÉE	26,1	73,9	536 642
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	33,6	66,4	255 980
NON	25,5	74,5	2 074 611
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	33,2 ¹	66,8 ¹	1 107 650
NON	20,6 ¹	79,4 ¹	1 197 802

Hypercholestérolémie : Cholestérolémie $\geq 5,2$ mmol/L.

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Excès de poids

L'excès de poids (IMC égal ou supérieur à 27) se retrouve chez 28 % de la population. Parmi ces personnes, 35 % déclarent essayer perdre du poids pour des raisons de santé, les autres, soit 65 %, n'essaient pas ou tentent de maigrir uniquement pour des raisons d'apparence physique (tableau 5.4).

Chez les personnes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité, le fait d'essayer de perdre du poids pour des raisons de santé n'est associé à aucune caractéristique particulière.

Les femmes semblent plus nombreuses que les hommes à vouloir perdre du poids pour des raisons de santé, ainsi que les personnes qui mentionnent des antécédents personnels de maladies cardiaques. Cependant, les proportions demeurent inférieures à 50 % des personnes ayant un excès de poids.

TABLEAU 5.4
*Excès de poids « conscient » * et « non conscient » *
 selon certaines caractéristiques sociodémographiques
 et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	CONSCIENT %	NON CONSCIENT %	TOTAL Pe
ÂGE ET SEXE			
H 18 - 34	33,1	66,9	210 371
35 - 64	30,1	69,9	476 900
65 - 74	37,3	62,7	66 169
TOTAL	31,6	68,4	753 440
F 18 - 34	36,2	63,8	122 805
35 - 64	43,8	56,2	367 891
65 - 74	27,9	72,1	110 630
TOTAL	39,3	60,7	601 326
TOTAL	35,0	65,0	1 354 766
SCOLARITÉ RELATIVE			
FAIBLE	34,4	65,6	659 477
MOYENNE	33,1	66,9	411 908
ÉLEVÉE	39,3	60,7	283 382
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES			
OUI	46,3	53,7	158 425
NON	33,5	66,5	1 196 341
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV			
OUI	39,0	61,0	618 849
NON	31,6	68,4	726 666

* « Conscient » : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons de santé.

* « Non conscient » : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons autres que de santé ou qui n'essaie pas de perdre du poids.

5.3.2 Traitement ou programme suivi

La section qui suit présente les types de traitement ou programme suivis par les personnes qui connaissent leur problème de santé, qu'il s'agisse d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de diabète ou d'excès de poids.

Hypertension artérielle

Parmi les gens à qui l'on a déjà dit qu'ils étaient hypertendus et qui sont sous traitement ou que les mesures de tension artérielle ont confirmé comme tels, 82 % suivent différents types de traitement (tableau 5.5). Ainsi, 27 % sont traités uniquement avec des médicaments, mais 40 % combinent médicaments et un autre traitement, soit un régime sans sel ou la surveillance du poids. Ces deux derniers types de traitement sans médicament, le régime sans sel et la surveillance du poids, combinés ou non, sont suivis par 15 % de la population hyper-

TABLEAU 5.8
*Excès de poids, personnes « conscientes », selon le type de traitement,
population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

TYPE DE TRAITEMENT	POPULATION CONSCIENTE DE SON EXCÈS DE POIDS	
	%	Pe
RÉGIME	48,0	227 929
EXERCICES	4,3	20 572
RÉGIME ET EXERCICES	34,9	165 513
SAUTER DES REPAS, PRENDRE DES PILULES POUR MAIGRIER	12,1	57 258
AUCUN	0,7	3 115
TOTAL	100,00	474 387

* « Consciente » : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons de santé.

Hypertension artérielle

De l'ensemble des personnes traitées¹ pour leur hypertension, 72 % ont une tension artérielle diastolique inférieure à 90 mm Hg (tableau 5.9). Près de 80 % des personnes hypertendues traitées par des médicaments seulement ont une tension artérielle diastolique inférieure à 90 mm Hg. Les types de traitement qui combinent les médicaments à un régime sans sel ou à la surveillance du poids permettent également de contrôler le niveau de tension artérielle de près de 75 % des personnes. Un traitement exclusivement composé d'un régime sans sel ou de la surveillance du poids réussit à contrôler l'hypertension artérielle de six personnes sur dix².

TABLEAU 5.9
Contrôle de l'hypertension artérielle connue selon le type de
traitement suivi, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

TYPE DE TRAITEMENT	HYPERTENDUS CONNUS SOUS TRAITEMENT	
	%	Pe
MÉDICAMENTS SEULEMENT	78,7	99 150
MÉDICAMENTS ET AUTRE TRAITEMENT	73,4	138 561
RÉGIME SANS SEL, SURVEILLANCE DU POIDS	59,2	41 403
AUTRES PROGRAMMES	0,0	0
TOTAL	71,9	279 114

*Selon la déclaration des répondants.

1. Traitement pharmacologique ou non pharmacologique (régime sans sel ou surveillance du poids).
2. Les données ne nous permettent toutefois pas de savoir si ces personnes hypertendues avaient une tension artérielle diastolique inférieure à 100 mm Hg, limite recommandée par la Conférence canadienne sur les méthodes non pharmacologiques de contrôle de l'hypertension artérielle (Chockalingam et coll., 1989).

TABLEAU 6.1
Présence d'un médecin de famille selon la présence ou non d'antécédents personnels de maladies cardiaques ou de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SANITAIRES	PRÉSENCE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE	
	%	PE
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES		
OUI	74,7 ¹	356 144
NON	62,8 ¹	2 841 110
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV		
OUI	71,3	1 414 747
NON	59,0	1 741 349
HYPERTENSION ARTÉRIELLE		
OUI	79,0 ¹	546 857
NON	61,5 ¹	2 649 375
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)		
OUI	69,8	666 211
NON	62,3	2 518 345
DIABÈTE DÉCLARÉ		
OUI	84,0 ¹	207 575
NON	63,0 ¹	2 988 725
EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)		
OUI	70,3 ¹	953 718
NON	61,2 ¹	2 121 769
TOTAL	64,0	3 197 253

1. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Les personnes atteintes de maladies cardiaques ou présentant un risque familial de maladies cardiovasculaires sont donc plus nombreuses à avoir un médecin de famille. Mais il faut surtout souligner le fait qu'il y a 16 % des diabétiques déclarés qui n'ont pas de médecin de famille, comme c'est le cas d'une personne hypertendue sur cinq et de 25 % de celles qui ont des antécédents personnels de maladies cardiaques. En ce qui concerne les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, l'hypercholestérolémie et l'excès de poids, 30 % des personnes mentionnent ne pas avoir de médecin de famille.

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois

Les personnes ayant des antécédents de maladies cardiaques, des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ainsi que celles qui souffrent d'hypertension artérielle ou de diabète mentionnent davantage avoir consulté un professionnel de la santé au moins une fois au cours des trois derniers mois précédant

l'enquête (tableau 6.2). Par ailleurs, on ne consulte pas davantage un professionnel de la santé si l'on a un taux élevé de cholestérol ou un excès de poids. On retrouve ici à peu près le même modèle d'utilisation de services que pour la présence d'un médecin de famille.

6.3.2 Utilisation des services de santé selon les caractéristiques sociodémographiques de la population qui présente des antécédents personnels de maladies cardiaques ou certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

Présence d'un médecin de famille

Sauf dans le cas du diabète, les femmes déclarent plus souvent que les hommes avoir un médecin de famille (tableau 6.3), mais les seules différences significatives entre les sexes concernent les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et l'excès de poids. À peu près la même proportion (environ 15 %) d'hommes et de femmes se sachant diabétiques affirme ne pas avoir de médecin de famille.

TABLEAU 6.2

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois selon la présence ou non d'antécédents personnels de maladies cardiaques ou de certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SANITAIRES	CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS	
	%	P _e
ANTECÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES		
OUI	74,0 ¹	342 638
NON	57,9 ¹	2 593 153
ANTECÉDENTS FAMILIAUX DE MCV		
OUI	63,7 ¹	1 252 023
NON	56,2 ¹	1 635 131
HYPERTENSION ARTÉRIELLE		
OUI	68,1 ¹	456 291
NON	58,1 ¹	2 477 367
HYPERCHOLESTÉROLEMIE (≥ 6,2 MMOL/L)		
OUI	64,5	608 151
NON	57,7	2 307 672
DIABÈTE DÉCLARÉ		
OUI	79,7 ¹	187 234
NON	58,4 ¹	2 741 945
EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)		
OUI	57,6	766 320
NON	58,6	2 015 108
TOTAL	59,4	2 935 791

1. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

TABLEAU 6.3

Présence d'un médecin de famille selon certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV		HYPERTENSION ARTÉRIELLE		HYPERCHOLESTÉROLÉMIÉ ($\geq 6,2$ MMOL/L)		DIABÈTE DÉCLARÉ		EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)	
	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE
SEXE												
HOMMES	72,1	169 175	62,9 ¹	553 420	73,3	269 692	64,1 ¹	325 969	85,0	100 466	65,8 ¹	497 145
FEMMES	77,3	186 969	77,9 ¹	861 326	85,6	277 165	76,3	340 242	83,1	107 109	75,9 ¹	456 573
ÂGE												
18-34 ANS	62,9 ¹	84 341	56,7 ^{1,2}	331 036	46,5 ^{1,2}	33 725	59,2 ^{1,2}	67 306	68,3	29 929	49,0 ^{1,2}	163 845
35-64 ANS	76,8	208 228	74,5 ¹	864 048	80,1 ¹	381 744	68,0	448 912	82,5	116 966	74,9 ¹	633 057
65-74 ANS	89,0 ¹	63 575	91,0 ¹	219 663	92,1 ¹	131 388	83,0 ¹	149 992	98,8	60 680	88,3 ²	156 816
TOTAL	74,7	356 144	71,3	1 414 747	79,0	546 857	69,8	666 211	84,0	207 575	70,3	953 718
SCOLARITÉ RELATIVE												
FAIBLE	77,6	187 642	72,1	662 843	78,5	247 246	74,4	318 460	82,2	122 327	73,5	486 382
MOYENNE	79,0	126 741	72,8	494 150	78,8	186 519	68,7	221 300	85,6	65 859	71,4	294 140
ÉLEVÉE	55,4	40 557	66,5	256 990	80,7	113 092	61,7	125 593	91,4	19 389	61,1	173 196

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Plus d'un homme sur quatre présentant des antécédents personnels de maladies cardiaques ou souffrant d'hypertension artérielle n'a pas de médecin de famille. Les proportions sont plus élevées dans le cas de l'excès de poids (34 %), de l'hypercholestérolémie (36 %) ou des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires (37 %). Le pourcentage de femmes qui mentionnent ne pas avoir de médecin de famille varie entre 14 % pour celles qui sont hypertendues et 24 % pour celles qui présentent un excès de poids ou un taux élevé de cholestérol.

La présence d'un médecin de famille augmente avec l'âge, autant pour les personnes qui mentionnent des antécédents de maladies cardiaques que pour celles qui ont un des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires retenus dans ce chapitre. Dans la plupart des cas, les véritables écarts ne se retrouvent qu'entre les 18 à 34 ans et les 65 à 74 ans. Seuls les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et l'excès de poids montrent une différence entre chacun des groupes d'âge.

Les personnes âgées de 18 à 34 ans sont les moins nombreuses à avoir un médecin de famille. N'ont pas de médecin de famille dans ce groupe d'âge : 32 % des diabétiques, plus de 35 % des personnes qui ont des antécédents de maladies cardiaques et plus de la moitié des personnes hypertendues. Chez les 35 à 64 ans, le pourcentage de personnes qui déclarent avoir un médecin de famille se situe entre 68 % (hypercholestérolémie) et 83 % (diabète). Près de 20 % des hypertendus et environ le quart de ceux qui rapportent des antécédents personnels de maladies cardiaques ou des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires n'ont pas de médecin de famille. La population des 65 à 74 ans est celle qui rapporte le plus souvent avoir un médecin de famille. Presque tous les diabétiques de ce groupe d'âge ont un médecin de famille, mais il faut souligner que 8 % des personnes hypertendues et 17 % des hypercholestérolémiques n'en ont pas. En outre, 11 % des personnes qui présentent des antécédents personnels de maladies cardiaques et 9 % de celles qui mentionnent des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires déclarent aussi ne pas avoir de médecin de famille.

On n'a pas observé de différence statistiquement significative entre la présence d'un médecin de famille et le niveau de scolarité de la population qui présente soit des antécédents personnels de maladies cardiaques, soit un des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires retenus dans ce chapitre.

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois

Les liens entre les caractéristiques sociodémographiques et la consultation d'un professionnel de la santé s'apparentent à ceux qui ont été observés en ce qui concerne le fait d'avoir un médecin de famille.

En général, les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir consulté au moins une fois un professionnel de la santé au cours des trois mois précédant l'enquête (tableau 6.4). On observe des différences significatives lorsqu'il y a une présence d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, une hypercholestérolémie ou un excès de poids.

TABLEAU 6.4

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois
selon certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires
et certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCY		HYPERTENSION ARTÉRIELLE		HYPERCHOLE- TÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)		DIABÈTE DÉCLARÉ		EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)	
	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE
SEXE												
HOMMES	75,8	171 962	56,9	499 301	62,0	220 426	55,4 ¹	279 165	74,8	86 402	51,0 ¹	376 097
FEMMES	72,3	170 676	69,1	752 723	74,9	235 865	75,0 ¹	328 986	84,5	100 832	65,8 ¹	390 223
ÂGE												
18- 34 ANS	58,6	78 533	55,2 ¹	319 137	43,6 ¹	30 873	60,6	68 884	56,8	24 904	50,4 ¹	166 917
35- 64 ANS	79,5	206 867	65,0 ²	748 594	66,6 ¹	309 686	63,6	416 529	84,1	111 281	57,7	476 041
65- 74 ANS	83,3	57 238	78,4 ^{1,2}	184 292	85,9 ^{1,2}	115 732	70,5	122 738	87,0	51 049	70,8 ¹	123 362
TOTAL	74,0	342 638	63,7	1 252 023	68,1	456 291	64,5	608 151	79,7	187 234	57,6	766 320
SCOLARITÉ RELATIVE												
FAIBLE	68,1	160 382	65,2	591 000	73,3	222 200	65,6	274 777	77,3	106 485	57,3	370 754
MOYENNE	86,0	138 063	58,9	398 319	59,5	137 737	58,0	185 127	80,9	61 360	56,6	232 630
ÉLEVÉE	66,3	44 193	68,5	261 940	71,0	96 354	72,4	147 389	91,4	19 389	59,9	162 936

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

Dans l'ensemble, les jeunes consultent moins que leurs aînés. Les distinctions entre les groupes d'âge apparaissent principalement en présence d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle ou d'excès de poids.

Le niveau de scolarité relative de la population retenue dans cette section n'est pas associé au fait d'avoir consulté un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

6.3.3 Utilisation des services de santé et le fait de connaître ou non son état en présence d'une hypertension artérielle, d'une hypercholestérolémie ou d'un excès de poids

Présence d'un médecin de famille

Au total, les personnes hypertendues « connues » sont plus nombreuses à avoir un médecin de famille que celles qui ne sont pas au courant de leur état (tableau 6.5). Le phénomène s'observe chez les personnes des deux sexes. Cependant, l'écart n'est significatif que chez les femmes. Environ 6 % des femmes et 20 % des hommes qui se savent hypertendus n'ont pas de médecin de famille. Par contre, environ trois personnes sur cinq, hommes ou femmes, dont l'hypertension n'est pas connue, déclarent avoir un médecin de famille.

TABLEAU 6.5
Présence d'un médecin de famille selon certains états morbides
« connus » et « non connus » et le sexe, Québec 1990

ÉTATS MORBIDES	PRÉSENCE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE					
	HOMMES		FÈMMES		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
HYPERTENSION ARTÉRIELLE						
CONNUE	81,4	181 567	93,8 ¹	235 591	88,0 ²	417 158
NON CONNUE	60,7	88 125	57,2 ¹	41 574	59,5 ²	129 699
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)						
CONNUE	83,0 ¹	147 160	89,0	151 554	85,9 ²	298 714
NON CONNUE	54,3 ¹	167 975	69,0	184 051	61,1 ²	352 026
EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)						
CONSCIENT*	69,8	166 136	80,4	190 135	75,1	356 271
NON CONSCIENT**	64,1	330 196	73,0	266 438	67,8	596 634

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

* Conscient : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons de santé.

** Non conscient : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons autres que de santé ou qui n'essaie pas de perdre du poids.

Les hypercholestérolémiques connus, qu'ils soient hommes ou femmes, ont plus souvent un médecin de famille que ceux qui ignorent leur état. On rencontre 11 % des femmes et 17 % des hommes, dont l'hypercholestérolémie est connue, qui mentionnent ne pas avoir de médecin de famille. Parmi les hypercholestérolémiques « non connus », ce sont 54 % des hommes et 69 % des femmes qui ont un médecin de famille.

Environ le quart des personnes conscientes de leur excès de poids et près du tiers de celles qui n'en sont pas conscientes déclarent ne pas avoir de médecin de famille. On n'observe pas de différence entre le fait d'avoir un médecin de famille et celui d'être conscient ou non de son excès de poids.

Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois

En ce qui concerne la consultation d'un professionnel de la santé, on note à peu près les mêmes tendances que pour le fait d'avoir un médecin de famille.

Chez les hommes comme chez les femmes, les hypertendus connus sont plus nombreux à avoir consulté un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois que les hypertendus « non connus » (tableau 6.6). Il importe ici de souligner que, parmi les hypertendus qui ne sont pas au courant de leur état, deux personnes sur cinq avaient consulté un professionnel de la santé au moins une fois au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

TABLEAU 6.6
Consultation d'un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois
selon certains états morbides « connus » et « non connus »
et le sexe, Québec 1990

ÉTATS MORBIDES	CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS					
	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
HYPERTENSION ARTÉRIELLE						
CONNUE	73,8	155 169	84,9 ¹	205 815	79,8 ²	360 984
NON CONNUE	44,9	65 257	41,3 ¹	30 050	43,7 ²	95 307
HYPERCHOLESTÉROLEMIE (≥ 6,2 MMOL/L)						
CONNUE	62,9	111 578	87,4	144 273	74,7 ¹	255 851
NON CONNUE	48,6	148 045	67,5	178 733	57,4 ¹	326 778
EXCÈS DE POIDS (IMC ≥ 27)						
CONSCIENT*	61,2	139 284	69,7	159 323	65,5	298 607
NON CONSCIENT**	46,7	236 813	63,3	230 900	53,6	467 713

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.

* Conscient : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons de santé.

** Non conscient : Population ayant un indice de masse corporelle ≥ 27 et qui essaie de perdre du poids pour des raisons autres que de santé ou qui n'essaie pas de perdre du poids.

Avoir consulté un professionnel de la santé est plus fréquent pour les personnes qui savent que leur taux de cholestérol est élevé que pour celles qui ne le savent pas. Parmi les hypercholestérolémiques « connus », il y a trois fois plus d'hommes (37 %) que de femmes (13 %) qui n'ont pas consulté un professionnel de la santé au cours des trois derniers mois. La moitié des hommes et les deux tiers des femmes pour qui l'enquête a révélé une hypercholestérolémie déclarent avoir eu au moins une consultation au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête.

L'enquête n'a pas permis d'observer d'association entre le fait d'être conscient ou non de son excès de poids et la consultation d'un professionnel de la santé ou la présence d'un médecin de famille.

6.3.4 Préférences de la population en ce qui concerne la consultation pour de l'aide et des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

Type de professionnel

Pour obtenir de l'aide ou des conseils au sujet de l'hypertension, 97 % de la population s'adresserait à un médecin généraliste (77 %) ou spécialiste (20 %) (tableau 6.7). Dans le cas de l'obésité, environ trois personnes sur cinq choisiraient également un médecin, tandis que 42 % se tourneraient vers un autre professionnel. Pour le tabagisme, le choix se porte sur un médecin près d'une fois sur deux, puis sur un acupuncteur (20 %) et un professionnel non précisé (16 %).

TABLEAU 6.7

Préférence des individus en ce qui concerne le type de professionnel à consulter pour de l'aide ou des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

PROFESSIONNELS	HYPERTENSION %	OBÉSITÉ %	TABAGISME %	ALCOOL %	DIÉTÉ %	EXERCICES %
MÉDECIN GÉNÉRALISTE	76,6	43,0	43,1	28,2	26,8	25,2
MÉDECIN SPÉCIALISTE	20,0	14,9	5,6	5,2	6,9	4,7
INFIRMIÈRE	1,6	1,0	1,3	0,4	2,7	1,3
PHARMACIEN	0,1	0,4	1,4	0,2	0,4	0,2
PHYSIOTHÉRAPEUTE, ERGOTHÉRAPEUTE	0,1	0,5	0,7	0,2	0,0	27,6
CHIROPRACTICIEN	0,3	0,3	0,4	0,0	0,0	3,8
ACUPUNCTEUR	0,3	0,4	19,6	0,6	0,1	0,2
PSYCHOLOGUE	0,0	2,1	8,4	21,8	0,2	0,3
TRAVAILLEUR SOCIAL	0,1	0,5	3,0	14,5	1,2	1,6
AUTRES	0,9	36,8	16,3	29,0	61,7	34,9
TOTAL PE	4 952 143	4 614 881	3 965 955	4 448 191	4 772 569	4 363 897

Le tiers de la population consulterait un médecin pour un problème d'alcool, 22 % s'adresserait à un psychologue et 15 % à un travailleur social. Pour obtenir des conseils au sujet d'une diète, 34 % de la population préfère un médecin et 62 % un autre professionnel (non précisé). Enfin, pour des conseils sur des exercices, on choisirait soit un médecin (30 %), soit un physiothérapeute (28 %) ou un professionnel non précisé (35 %).

Les infirmières, les pharmaciens et les chiropraticiens constituent les catégories de professionnels vers lesquels on se tourne le moins souvent (4 % ou moins) pour obtenir de l'aide ou des conseils pour certains problèmes reliés à des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

Lieu de consultation

En présence d'un état morbide comme l'hypertension artérielle, le lieu de consultation le plus fréquemment choisi est le cabinet privé (68 %); suivent les CLSC (12 %) et les cliniques des centres hospitaliers (10 %) (tableau 6.8). Pour un problème d'obésité, on privilégie également le cabinet privé (56 %), les CLSC (20 %) et les cliniques des centres hospitaliers (8 %).

Lorsqu'il s'agit de problèmes reliés à des comportements, la population opte pour le cabinet privé du professionnel dans des proportions allant de 33 % (exercices) à 48 % (tabagisme), tandis qu'un pourcentage moindre, soit entre 14 % (exercices) et 25 % (diète), choisit les CLSC. Il faut aussi souligner que des lieux de consultation autres (non précisés) que les milieux traditionnels constituent le choix de 32 % et 40 % de la population, respectivement pour un problème d'alcool et des exercices. Enfin, on observe que les services de santé en milieu scolaire ou au travail obtiennent la faveur de seulement 1 % à 5 % des Québécois et des Québécoises.

TABLEAU 6.8
Préférence des individus en ce qui concerne le lieu de consultation pour de l'aide ou des conseils relatifs à certains facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, Québec 1990

LIEUX DE CONSULTATION	HYPERTENSION %	OBÉSITÉ %	TABAGISME %	ALCOOL %	DIÈTE %	EXERCICES %
CABINET DU PROFESSIONNEL	67,8	56,4	48,3	39,1	45,4	33,3
CLSC	11,9	20,3	22,4	21,3	25,0	14,2
HOPITAL (CLINIQUES)	9,5	8,4	4,8	4,6	9,4	7,5
SERVICE DE SANTÉ (TRAVAIL, ÉCOLE)	1,8	1,3	3,1	3,0	1,9	5,3
AUTRES	9,1	13,6	21,4	31,9	18,3	39,7
TOTAL PE	4 961 633	4 690 716	4 210 877	4 534 968	4 761 950	4 497 785

7.3.3 Antécédents d'infarctus du myocarde possible

La prévalence d'antécédents d'infarctus du myocarde possible est de 1,4 % dans la population (tableau 7.2). Elle augmente avec l'âge, particulièrement chez les hommes, en passant de 0,1 % chez les 18 à 34 ans à 6,9 % chez les 65 à 74 ans, et elle est plus importante chez les hommes (2,4 %) que chez les femmes (0,5 %).

7.3.4 Antécédents personnels de maladies cardiaques

Près d'un Québécois sur dix déclare avoir au moins une des conditions précédentes, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (tableau 7.2). La présence d'antécédents personnels de maladies cardiaques augmente avec l'âge, mais elle n'est pas significativement plus importante que chez les hommes de 65 à 74 ans (17 %), comparativement à ceux de moins de 35 ans (7 %).

7.3.5 Prévalence de certains facteurs de risque chez les sujets qui mentionnent avoir des symptômes d'angine de poitrine

Dans l'ensemble, tous les facteurs de risque analysés selon la présence ou non de symptômes d'angine de poitrine (probable ou possible) ont une prévalence plus élevée chez les personnes présentant de l'angine de poitrine (tableau 7.3). Toutefois, seule la présence d'antécédents familiaux de cardiopathies, de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques est significativement plus importante chez les gens présentant de l'angine de poitrine (probable ou possible) que dans le reste de la population.

TABLEAU 7.3
Prévalence de certains facteurs de risque selon la présence ou non
de symptômes d'angine de poitrine (probable ou possible),
population de 18 à 74 ans, Québec 1990

FACTEURS DE RISQUE	ANGINE PROBABLE OU POSSIBLE		LE RESTE DE LA POPULATION	
	Pe	%	Pe	%
HYPERTENSION ARTÉRIELLE (≥ 90 MM HG OU TRAITÉE)	17,6	73 520	13,5	618 498
FUMEUR RÉGULIER	38,1	159 362	31,2	1 429 670
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE (≥ 6,2 MMOL/L)	27,6	118 249	18,3	836 305
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV*	56,7	234 407	38,7	1 751 764
EXCÈS DE POIDS ¹ (IMC ≥ 27)	32,7	137 282	27,7	1 219 525
DIABÈTE ²	10,0	41 706	4,5	205 311

* Antécédents familiaux de cardiopathies, de maladies cérébrovasculaires et des vaisseaux périphériques.

§ Indice de masse corporelle = poids (kg) / taille² (m) calculé à partir des mesures prises en clinique.

▲ Selon la déclaration des répondants.

1 et 2. Les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 95 %.



Annexe 4

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

TABLEAU A - 2.1
Caractéristiques sociodémographiques de la population
de l'enquête selon l'âge, Québec 1990

ÂGE	18 - 34 ANS		35 - 64 ANS		65 - 74 ANS		TOTAL PE
	%	PE	%	PE	%	PE	
SEXE							
HOMMES	40,5	1 000 935	51,5	1 272 653	8,0	198 755	2 472 343
FEMMES	38,5	972 037	51,4	1 299 721	10,1	256 270	2 528 028
TOTAL	39,5	1 972 972	51,4	2 572 374	9,1	455 025	5 000 371
LIEU DE RÉSIDENCE							
RURAL	40,1	412 370	50,6	519 724	9,3	95 690	1 027 784
URBAIN	39,3	1 560 601	51,7	2 052 651	9,0	359 335	3 972 587
TOTAL	39,5	1 972 971	51,4	2 572 375	9,1	455 025	5 000 371
LANGUE							
FRANÇAIS	39,9	1 735 084	51,3	2 228 404	8,8	380 450	4 344 028
ANGLAIS	39,6	136 918	46,0	159 181	14,4	49 660	345 759
AUTRES	32,5	100 969	59,5	184 790	8,0	24 825	310 584
TOTAL	39,5	1 972 971	51,4	2 572 375	9,1	455 025	5 000 371
SCOLARITÉ RELATIVE							
FAIBLE	42,7	883 913	47,8	990 970	9,5	196 414	2 071 297
MOYENNE	40,0	709 995	52,1	923 470	7,9	140 306	1 773 771
ÉLEVÉE	33,0	379 064	56,8	652 155	10,1	116 336	1 147 555
TOTAL	39,5	1 972 972	51,4	2 566 595	9,1	453 056	4 992 623
SITUATION FAMILIALE							
MARIÉ(E), UNION LIBRE	31,0	1 027 840	60,0	1 993 463	9,0	298 698	3 320 001
SÉPARÉ(E), DIVORCÉ(E)	17,9	58 662	78,4	256 908	3,7	11 950	327 520
VEUF(VE)	1,4	2 664	41,5	78 884	57,1	108 693	190 241
CÉLIBATAIRE	76,0	883 805	20,9	243 120	3,1	35 684	1 162 609
TOTAL	39,5	1 972 971	51,4	2 572 375	9,1	455 025	5 000 371

(Suite du tableau à la page suivante)

TABLEAU A - 2.1 (SUITE)

	18 - 34 ANS		35 - 64 ANS		65 - 74 ANS		TOTAL
	%	PE	%	PE	%	PE	PE
STATUT D'ACTIVITÉ							
TRAVAILLE	42,5	1 278 612	56,7	1 708 133	0,8	25 044	3 011 789
AUX ÉTUDES	93,3	273 876	6,3	18 462	0,4	1 057	293 395
TIENT MAISON	25,3	230 587	55,8	509 456	18,9	172 903	912 946
INACTIF (VE)/SANTÉ	17,4	38 361	69,5	153 305	13,1	28 819	220 485
INACTIF (VE)/AUTRES	27,4	144 723	31,8	168 073	40,8	215 166	527 962
TOTAL	39,6	1 966 159	51,5	2 557 429	8,9	442 989	4 966 577
REVENU FAMILIAL							
FAIBLE	37,6	334 420	44,3	393 299	18,1	160 905	888 624
MOYEN	40,4	729 010	52,4	945 503	7,1	128 749	1 803 262
SUPÉRIEUR	40,3	706 493	56,5	991 196	3,3	57 049	1 754 738
TOTAL	39,8	1 769 923	52,4	2 329 998	7,8	346 703	4 446 624
PROFESSION							
COLS BLANCS/ DIRECTION	40,6	379 326	58,1	542 857	1,4	12 719	934 902
COLS BLANCS/ ADMINISTRATION	46,5	464 203	52,9	528 242	0,6	5 783	998 228
COLS BLEUS/ SECTEUR PRIMAIRE	56,0	32 799	39,2	22 976	4,8	2 783	58 558
COLS BLEUS/ SECTEUR SECONDAIRE	41,2	210 914	58,8	300 821	0,0	0	511 735
COLS BLEUS/ SECTEUR TERTIAIRE	44,9	362 971	54,2	438 565	0,9	7 528	809 064
TOTAL	43,8	1 450 213	55,3	1 833 461	0,9	28 813	3 312 487

TABLEAU A - 2.2
*Caractéristiques sociodémographiques de la population
de l'enquête selon le sexe, Québec 1990*

SEXE	HOMMES		FEMMES		TOTAL Pe
	%	Pe	%	Pe	
LIEU DE RÉSIDENCE					
RURAL	52,4	538 064	47,6	489 719	1 027 783
URBAIN	48,7	1 934 279	51,3	2 038 309	3 972 588
TOTAL	49,4	2 472 343	50,6	2 528 028	5 000 371
LANGUE					
FRANÇAIS	48,7	2 116 369	51,3	2 227 659	4 344 028
ANGLAIS	54,3	187 633	45,7	158 125	345 758
AUTRES	54,2	168 341	45,8	142 244	310 585
TOTAL	49,4	2 472 343	50,6	2 528 028	5 000 371
SCOLARITÉ RELATIVE					
FAIBLE	48,7	1 008 750	51,3	1 062 546	2 071 296
MOYENNE	52,7	935 163	47,3	838 608	1 773 771
ÉLEVÉE	45,9	526 460	54,1	621 095	1 147 555
TOTAL	49,5	2 470 373	50,5	2 522 249	4 992 622
SITUATION FAMILIALE					
MARIÉ(E), UNION LIBRE	50,7	1 683 479	49,3	1 636 522	3 320 001
SÉPARÉ(E), DIVORCÉ(E)	40,8	133 498	59,2	194 022	327 520
VEUF(VE)	19,5	37 037	80,5	153 204	190 241
CÉLIBATAIRE	53,2	618 330	46,8	544 280	1 162 610
TOTAL	49,4	2 472 344	50,6	2 528 028	5 000 372
STATUT D'ACTIVITÉ					
TRAVAILLE	59,3	1 787 227	40,7	1 224 563	3 011 790
AUX ÉTUDES	52,4	153 730	47,6	139 665	293 395
TIENT MAISON	5,5	49 821	94,5	863 125	912 946
INACTIF (VE)/SANTÉ	62,8	138 502	37,2	81 983	220 485
INACTIF (VE)/AUTRES	62,4	329 681	37,6	198 281	527 962
TOTAL	49,5	2 458 961	50,5	2 507 617	4 966 578

(Suite du tableau à la page suivante)

TABLEAU A - 2.2 (SUITE)

SEXE	HOMMES		FEMMES		TOTAL
	%	PE	%	PE	PE
REVENU FAMILIAL					
FAIBLE	41,3	367 396	58,7	521 228	888 624
MOYEN	51,9	935 758	48,1	867 505	1 803 263
SUPÉRIEUR	54,6	957 484	45,4	797 253	1 754 737
TOTAL	50,8	2 260 638	49,2	2 185 986	4 446 624
PROFESSION					
COLS BLANCS/DIRECTION	54,9	513 415	45,1	421 487	934 902
COLS BLANCS/ADMINISTRATION	35,0	349 038	65,0	649 191	998 229
COLS BLEUS/SECTEUR PRIMAIRE	80,1	46 902	19,9	11 656	58 558
COLS BLEUS/SECTEUR SECONDAIRE	89,5	457 792	10,5	53 944	511 736
COLS BLEUS/SECTEUR TERTIAIRE	64,3	520 003	35,7	289 060	809 063
TOTAL	57,0	1 887 150	43,0	1 425 338	3 312 488

TABLEAU A - 3.1

Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CARDIOPATHIES		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES ET DES VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES		ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES	
	PE	%	PE	%	PE	%
ÂGE ET SEXE						
H 18 - 34	240 102	24,3	92 637	9,4	285 112	28,8
35 - 64	444 959	35,3	174 705	13,9	500 854	39,7
65 - 74	73 751	37,6	36 263	18,7	94 891	48,4
TOTAL	758 812	31,0	303 605	12,4	880 857	36,0
F 18 - 34	242 782	25,4	113 579	11,9	299 159	31,3
35 - 64	482 401	37,5	331 455	25,8	658 714	51,3
65 - 74	109 094	43,1	90 781	36,4	147 441	58,2
TOTAL	834 277	33,5	535 815	21,5	1 105 313	44,3
TOTAL	1 593 089	32,3	839 420	17,0	1 986 170	40,2
SCOLARITÉ RELATIVE						
FAIBLE	782 956	38,2	373 849	18,3	919 396	44,8
MOYENNE	521 395	29,8	309 904	17,7	679 639	38,8
ÉLEVÉE	287 975	25,5	155 667	13,8	386 373	34,2
REVENU						
FAIBLE	297 301	34,0	177 018	20,4	366 047	41,9
MOYEN	609 962	34,2	312 205	17,5	755 175	42,3
SUPÉRIEUR	530 596	30,6	257 624	14,9	654 423	37,8
LANGUE						
FRANCAIS	1 458 995	34,0	768 664	18,0	1 815 277	42,3
ANGLAIS	91 718	27,0	39 237	11,5	106 014	31,2
MILIEU						
RURAL	330 973	32,7	172 375	17,0	421 660	41,6
URBAIN	1 262 116	32,1	667 046	17,0	1 564 510	39,8

TABLEAU A - 3.2

Facteurs de risque liés à des états morbides selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	HYPERTENSION HTA		OBÉSITÉ IMC ≥ 30		OBÉSITÉ RTH ÉLEVÉ		DIABÈTE DECLARE		HYPERCHOLESTÉROLEMIE CHOL TOTAL ≥ 6,2 MMOL/L	
	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%
ÂGE ET SEXE										
H										
18-34	56 922	5,7	72 479	7,3	273 478	27,6	7 197	0,7	66 613	6,7
35-64	263 099	20,8	203 097	16,4	780 963	62,1	80 503	6,3	390 658	30,7
65-74	46 144	23,2	30 045	15,8	133 268	68,9	30 495	15,4	51 382	25,9
TOTAL	368 165	14,9	305 621	12,6	1 187 709	48,6	118 195	4,8	508 653	20,6
F										
18-34	15 644	1,6	60 793	6,8	165 472	18,2	36 634	3,8	47 119	4,9
35-64	211 742	16,3	203 129	16,1	508 549	39,2	61 294	4,7	269 422	20,7
65-74	96 468	37,8	46 403	19,0	152 349	60,7	30 894	12,1	129 359	50,5
TOTAL	323 854	12,8	310 325	12,9	826 370	33,6	128 822	5,1	445 900	17,7
TOTAL	692 019	13,8	615 946	12,8	2 014 079	41,1	247 017	4,9	954 553	19,1
SCOLARITÉ RELATIVE										
Faible	315 156	15,2	331 523	16,6	954 521	47,7	148 838	7,2	427 908	20,8
Moyenne	236 786	13,4	155 841	9,2	686 630	39,5	76 957	4,4	322 198	18,2
Élevée	140 076	12,2	128 582	11,3	370 770	32,2	21 222	1,8	203 590	17,5
REVENU										
Faible	163 349	18,4	131 170	15,6	412 664	48,4	74 373	8,4	176 819	20,4
Moyen	253 627	14,1	215 308	12,1	742 743	41,0	84 365	4,7	318 615	17,2
Supérieur	188 035	10,7	180 191	10,6	623 708	36,2	49 506	2,8	333 394	19,0
LANGUE										
Français	561 228	12,9	514 978	12,2	1 753 165	40,9	202 611	4,7	857 358	19,6
Anglais	86 832	25,1	50 013	15,4	147 510	45,3	16 620	4,8	46 211	13,8
MILIEU										
Rural	148 528	14,5	131 012	13,5	440 742	44,7	46 762	4,6	170 335	17,0
Urbain	543 491	13,7	484 934	12,6	1 573 337	40,2	200 255	5,1	784 218	19,6

TABLEAU A - 3.3
Prévalence des taux élevés de lipides sanguins selon certaines caractéristiques
socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	CHOLESTÉROL LDL ≥ 4,1 MMOL/L		CHOLESTÉROL HDL < 0,9 MMOL/L		CHOLESTÉROL TOTAL/HDL ≥ 5,0		TRIGLYCÉRIDES ≥ 2,3 MMOL/L	
	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%
ÂGE ET SEXE								
H	77 763	8,1	81 521	8,4	199 992	20,7	110 378	11,2
	268 840	23,1	187 817	15,3	624 932	50,8	395 053	31,7
	46 477	23,8	28 391	14,4	85 690	43,5	43 181	21,8
TOTAL	393 080	16,9	297 729	12,4	910 614	38,0	548 612	22,6
F	43 112	4,5	29 621	3,1	78 276	8,2	48 075	5,0
	239 286	19,0	42 141	3,3	230 567	18,1	177 317	13,8
	122 523	48,9	6 532	2,6	101 579	40,3	50 986	20,0
TOTAL	404 921	16,4	78 294	3,2	410 422	16,6	276 378	11,1
TOTAL								
	798 001	16,7	376 023	7,7	1 321 036	27,1	824 990	16,8
SCOLARITÉ RELATIVE								
FAIBLE	380 402	19,3	182 834	9,1	583 588	29,0	373 830	18,4
MOYENNE	246 049	14,6	142 107	8,3	497 872	28,9	312 094	18,0
ÉLEVÉE	171 550	15,4	51 083	4,5	238 718	21,2	136 892	12,0
REVENU								
FAIBLE	143 243	16,8	95 310	11,1	229 745	26,8	162 554	18,9
MOYEN	253 238	14,4	153 548	8,6	519 389	29,0	309 616	17,1
SUPÉRIEUR	293 235	17,4	98 195	5,7	428 733	25,0	245 462	14,1
LANGUE								
FRANCAIS	722 440	17,3	314 408	7,4	1 167 122	27,5	715 525	16,7
ANGLAIS	48 179	14,6	25 758	7,8	87 340	26,4	51 826	15,7
MILIEU								
RURAL	147 580	15,4	99 435	10,2	250 890	25,7	182 655	18,5
URBAIN	650 421	17,0	276 589	7,1	1 070 146	27,5	642 335	16,3

TABLEAU A - 3.4

Facteurs de risque liés à des comportements selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 18 à 74 ans, Québec 1990

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	FUMEUR RÉGULIER		SÉDENTARITÉ < 1 FOIS/SEM.		ALCOOL 20 CONS./SEM.		SEL AJOUT RÉGULIER	
	PE	%	PE	%	PE	%	PE	%
ÂGE ET SEXE								
H 18-34	367 498	36,8	349 498	35,0	58 594	5,9	177 430	17,7
35-64	396 888	31,2	616 116	48,6	115 225	9,1	337 657	26,5
65-74	36 158	18,2	81 398	41,0	14 145	7,1	34 519	17,5
TOTAL	800 544	32,4	1 047 012	42,4	187 964	7,6	549 606	22,3
F 18-34	367 900	37,9	352 504	36,5	3 267	0,3	148 146	15,2
35-64	391 227	30,1	505 578	39,2	8 255	0,6	171 709	13,2
65-74	29 361	11,5	88 653	34,7	0	0,0	18 115	7,1
TOTAL	788 488	31,2	946 735	37,7	11 522	0,5	337 970	13,4
TOTAL	1 589 032	31,8	1 993 747	40,0	199 486	4,0	887 576	17,8
SCOLARITÉ RELATIVE								
FAIBLE	781 176	37,7	969 666	47,0	88 582	4,3	427 517	20,7
MOYENNE	576 506	32,5	648 205	36,7	57 511	3,3	247 200	14,0
ÉLEVÉE	231 350	20,2	368 891	32,3	53 393	4,6	212 858	18,5
REVENU								
FAIBLE	333 371	37,6	357 542	40,5	38 861	4,4	179 962	20,3
MOYEN	586 128	32,5	759 524	42,2	75 643	4,2	288 971	16,1
SUPÉRIEUR	483 824	27,6	634 805	36,3	71 010	4,0	328 332	18,7
LANGUE								
FRANÇAIS	1 416 236	32,6	1 716 495	39,6	148 201	3,4	809 782	18,7
ANGLAIS	92 394	26,7	120 055	35,1	25 882	7,5	45 580	13,2
MILIEU								
RURAL	357 828	34,8	474 939	46,4	50 595	4,9	192 738	18,8
URBAIN	1 231 204	31,0	1 518 808	38,4	148 891	3,8	694 838	17,5

TABLEAU A - 4.3
*Connaissance des liens entre la tension artérielle, le cholestérol, le sel, le gras
 et la santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques
 et sanitaires, population de 18 à 74 ans, Québec 1990*

CARACTÉRISTIQUES	TENSION ARTÉRIELLE ET SANTÉ		CHOLESTÉROL ET SANTÉ		SEL ET SANTÉ		GRAS ET SANTÉ	
	%	PE	%	PE	%	PE	%	PE
ÂGE ET SEXE								
H 18-34	96,1	882 930	87,0	742 057	81,0	797 871	96,6	963 419
35-64	98,8	1 201 978	86,2	961 370	76,9	956 518	98,5	1 250 375
65-74	95,3	176 772	84,3	142 670	67,7	128 653	94,7	185 169
TOTAL	97,4	2 261 680	86,4	1 846 097	77,8	1 883 042	97,4	2 398 963
F 18-34	97,4	906 095	84,8	741 983	79,9	768 796	98,5	953 256
35-64	97,9	1 251 864	87,1	1 012 257	76,8	994 242	99,2	1 282 829
65-74	97,9	234 806	81,0	173 591	58,8	141 449	98,0	250 505
TOTAL	97,7	2 392 765	85,6	1 927 831	76,3	1 904 487	98,8	2 486 590
TOTAL	97,6	4 654 445	86,0	3 773 928	77,0	3 787 529	98,1	4 885 553
SCOLARITÉ RELATIVE								
FAIBLE	96,7	1 886 146	86,6	1 504 649	75,1	1 515 971	97,3	2 002 786
MOYENNE	98,2	1 661 150	84,0	1 331 049	75,3	1 320 230	98,3	1 739 615
ÉLEVÉE	98,2	1 100 605	87,8	931 245	82,9	944 344	99,2	1 135 404
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CARDIAQUES								
OUI	98,6	451 102	87,5	377 145	75,6	355 446	97,5	463 180
NON	97,4	4 203 343	85,8	3 396 783	77,2	3 432 084	98,2	4 422 373
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MCV								
OUI	98,1	1 875 365	87,0	1 515 453	75,1	1 464 543	98,7	1 951 381
NON	97,3	2 733 770	85,5	2 224 012	78,6	2 286 662	97,9	2 879 148
HTA								
CONNUE	98,1	455 977	87,6	373 045	80,1	368 410	98,5	465 337
NON CONNUE	98,8	208 678	83,2	164 815	80,8	175 049	99,3	216 405
NORMALE	97,4	3 967 487	86,0	3 220 910	76,6	3 228 068	98,0	4 179 747
CHOLESTÉROL ≥ 5,2								
CONNU	99,2	593 306	89,2	511 122	82,0	498 513	99,7	610 214
NON CONNU	98,1	1 620 923	85,6	1 312 157	76,1	1 283 044	98,2	1 677 491
NORMAL	97,7	2 298 763	85,1	1 914 621	77,6	1 887 980	98,3	2 415 068
CHOLESTÉROL ≥ 6,2								
CONNU	99,4	337 082	90,1	285 657	86,1	296 161	100,0	347 767
NON CONNU	96,7	532 530	86,4	449 854	76,6	432 178	99,6	572 810
NORMAL	98,1	3 643 381	85,3	3 002 390	77,0	2 941 198	98,1	3 782 197
AJOUT DE SEL								
REGULIER	96,5	818 117	89,7	706 273	86,0	749 954	97,8	865 512
OCC/JAMAIS	97,8	3 832 259	85,2	3 065 076	75,2	3 034 997	98,2	4 015 971