



LA MULTIMORBIDITÉ AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

DÉCEMBRE 2015

INTRODUCTION

La proportion de la population atteinte de multimorbidité, c'est-à-dire les personnes souffrant de plus d'une maladie chronique, est en augmentation au Québec depuis quelques années. Le vieillissement de la population amplifie ce phénomène, mais il ne suffit pas à l'expliquer (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012a : 5).

La multimorbidité est un enjeu majeur de santé publique qui interpelle à plusieurs égards : augmentation des incapacités et perte d'autonomie, réduction de la qualité de vie, augmentation des effets indésirables des médicaments, recours aux soins importants, etc. (Fuhrman, 2014). Pour le médecin de famille, la présence de plusieurs problèmes de santé chroniques chez un même patient représente un défi de taille, qui nécessite une série d'interventions complexes, la plupart du temps coûteuses en temps (Brunn et Chevreul, 2013; Dubé et Landry, 2012; Hudon et coll., 2012). Cela dit, l'apparition de ces multiples maladies chroniques peut être évitée ou retardée par l'adoption de saines habitudes de vie.

Ce document présente quelques données relatives à cette problématique au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Dans un premier temps, il dresse le portrait de la prévalence de ce phénomène, en fonction du sexe, de l'âge et des territoires de réseaux locaux de services (RLS) de la région. Il présente, dans un deuxième temps, quelques facteurs y étant associés.



LA MULTIMORBIDITÉ

- La multimorbidité est la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques chez une même personne.
- La gestion de ce phénomène monopolise une part très importante des budgets en santé.
- La proportion de la population atteinte de multimorbidité est en augmentation au Québec depuis quelques années.
- Le vieillissement de la population amplifie ce phénomène, mais ne suffit à l'expliquer.
- L'apparition des maladies chroniques les plus fréquentes peut être évitée ou retardée par l'adoption de saines habitudes de vie.



AUTEURS

René Lapierre, agent de planification, programmation et recherche
Fabien Tremblay, agent de planification, programmation et recherche

RELECTURE

Ann Bergeron, médecin-conseil
Audrey Bolduc, adjointe à la direction

Édition produite par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean à l'adresse suivante : www.santesaglac.com (section Documentation).

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015
ISBN (version PDF) : 978-2-550-74295-1

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

© Gouvernement du Québec, 2015



FAITS SAILLANTS

- > Un peu plus d'un adulte sur quatre (28 %) cumule au moins deux des sept maladies chroniques mesurées par l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.
- > Plus spécifiquement, 14 % des adultes déclarent deux de ces problèmes de santé, 8,4 % en déclarent trois et 5,5 % en déclarent quatre ou plus.
- > La proportion de la population déclarant trois maladies chroniques ou plus augmente rapidement avec l'âge pour atteindre 40 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus.
- > Les problèmes cardiométaboliques sont les plus fréquents, 41 % de la population adulte présente au moins un de ces problèmes : hypertension, hypercholestérolémie, diabète ou maladie cardiaque.
- > La proportion de personnes souffrant de deux maladies chroniques ou plus est plus élevée chez les personnes atteintes d'obésité et chez les personnes sous-scolarisées.
- > Un nombre plus élevé de maladies chroniques déclarées est associée à un risque accru de détresse psychologique et à une probabilité plus élevée de consommer des médicaments prescrits pour dormir sur une base quotidienne.



MÉTHODOLOGIE

Définitions

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, règle générale, évoluent lentement et nécessitent une prise en charge pendant plusieurs années. Selon un groupe d'experts américains, une maladie chronique, dure au moins une année, nécessite un suivi médical régulier ou est une importante cause d'incapacité (Goodman et coll., 2013).

Selon Fuhrman, « multimorbidité et comorbidité correspondent [tous deux] au cumul de plusieurs maladies chroniques chez une même personne. Le terme de comorbidité s'utilise [cependant] pour définir les maladies en référence à une pathologie index, la comorbidité pouvant être la cause ou la conséquence de cette maladie, ou encore en partager les mêmes facteurs de risque. La multimorbidité se définit [quant à elle] par l'association de plusieurs maladies chez une même personne, sans référence à une pathologie index particulière » (Fuhrman, 2014 : 3). Plusieurs études définissent la multimorbidité comme la coexistence d'au moins deux maladies chroniques, mais certaines suggèrent d'autres seuils (Almirall et Fortin, 2013).

Source des données

Les données présentées dans ce document proviennent de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* réalisée par l'Institut de la statistique du Québec, pour le compte de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cette enquête populationnelle s'appuie sur un échantillon d'environ 4 030 répondants. L'échantillon est représentatif de l'ensemble des personnes de 18 ans et plus couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un ménage non institutionnel. Il exclut cependant les résidents de la communauté autochtone de Mashteuiatsh. Le questionnaire compte 125 questions qui couvrent diverses thématiques relatives à la santé de la population et à ses principaux déterminants.

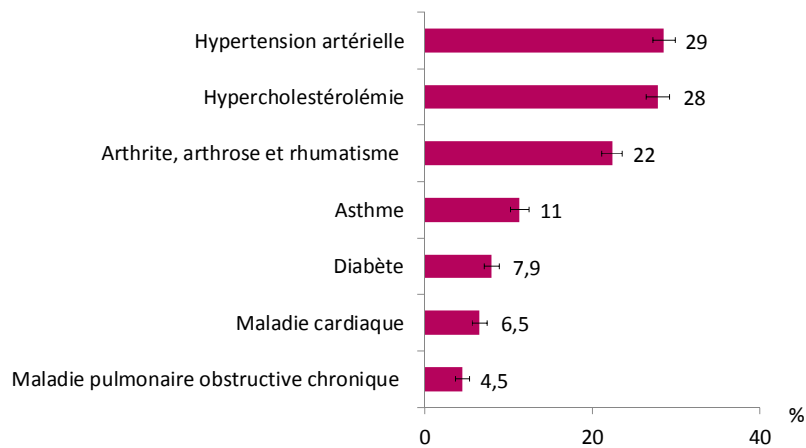
Cette enquête permet d'estimer la prévalence de 7 des 20 maladies chroniques proposées par un groupe d'experts américains pour la surveillance des maladies chroniques (Goodman et coll., 2013) : hypertension artérielle (déclarée ou médicamenteuse); maladie cardiaque; hypercholestérolémie (déclarée ou médicamenteuse); diabète; arthrite, arthrose et rhumatismes; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Un préambule introduit la section de l'enquête qui traite des maladies chroniques. Il définit, pour le répondant, ce qu'on entend par maladies chroniques, c'est-à-dire des « problèmes de santé de longue durée », qui durent depuis au moins six mois et ont été diagnostiqués par un médecin (voir questionnaire en annexe).

RÉSULTATS

Les maladies les plus fréquentes

Tel que mentionné précédemment, l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* permet d'estimer la prévalence de sept maladies chroniques chez les adultes. Les plus fréquentes sont l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, avec des prévalences respectives de 29 % et 28 %. Viennent ensuite l'arthrite, l'arthrose et les rhumatismes (22 %), l'asthme (11 %), le diabète (7,9 %), la maladie cardiaque (6,5 %) et, finalement, la maladie pulmonaire obstructive chronique (4,5 %) (figure 1).

FIGURE 1
Prévalence (%) des maladies chroniques chez les adultes,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012

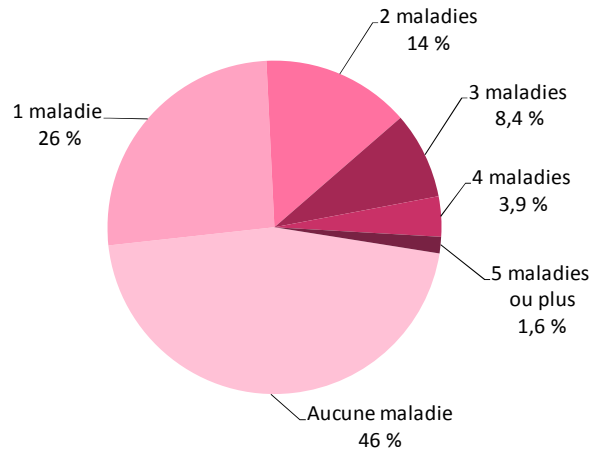


Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

La multimorbidité : l'ampleur du phénomène

On estime, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, qu'un peu plus d'un adulte sur quatre (28 %) cumule au moins deux des sept maladies chroniques mesurées en 2012 (figure 2). Plus spécifiquement, 14 % des adultes de la région déclarent deux de ces problèmes de santé, 8,4 % en déclarent trois et 5,5 % en déclarent quatre ou plus.

FIGURE 2
Répartition (%) de la population adulte selon le nombre de maladies chroniques déclarées¹,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012



1. Parmi les sept maladies suivantes : hypertension artérielle; maladie cardiaque; hypercholestérolémie; diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Analyse par groupe de maladies chroniques

Une analyse par groupe de maladies chroniques a été réalisée en tenant compte à la fois de leurs spécificités et de certaines caractéristiques communes. Le premier groupe concerne les problèmes cardiométaboliques et inclut deux maladies cardiométaboliques, le diabète et la maladie cardiaque ainsi que deux maladies considérées comme des facteurs de risque cardiométaboliques, soit l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Ce regroupement s'inspire de travaux en prévention qui définissent le risque cardiométabolique comme étant « le risque global de développer une maladie cardiovasculaire ou le diabète de type 2 »ⁱ. Ce risque est estimé à partir d'une combinaison de « facteurs de risque habituels, tels le tabagisme, l'hypertension artérielle ou un taux élevé de cholestérol avec une nouvelle gamme de facteurs davantage associés à une forme spécifique de surplus de poids : l'obésité abdominale. Lorsque plusieurs de ces facteurs sont présents chez un patient, le risque qu'il développe une maladie cardiovasculaire ou le diabète de type 2 est nettement plus élevé »ⁱⁱ.

Dans l'ensemble, les problèmes cardiométaboliques que sont l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète et la maladie cardiaque sont très fréquents au sein de la population régionale : 41 % des adultes sont touchés par au moins un de ces problèmes. De façon plus précise, 29 % des adultes ne présentent que des facteurs de risque cardiométaboliques : 10 % ne sont atteints que d'hypertension, 10 % que

i. Chaire internationale de recherche sur le risque cardiométabolique, Université Laval, https://www2.ulaval.ca/fileadmin/ulaval_ca/Images/recherche/bd/regroupement/fiche/359.html

ii. *Ibid.*

d'hypercholestérolémie alors que 9 % cumulent les deux conditions. Par contre, 12 % des adultes déclarent au moins une maladie cardiometabolique. Plus précisément, la majorité de ceux-ci ont soit un diabète ou une maladie cardiaque, sans aucun facteur de risque cardiometabolique (1,6 %), ou accompagné d'un seul de ces facteurs (2,9 %) ou des deux (6,1 %). Enfin, une très faible proportion d'adultes (1,4 %) cumulent à la fois hypertension, hypercholestérolémie, diabète et maladie cardiaque (tableau 1).

TABLEAU 1
Répartition (%) de la population adulte selon la présence de problèmes cardiometaboliques, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012

	%	I.C. ¹
Facteurs de risque cardiometaboliques seulement		
Hypertension artérielle seulement	10,3	(9,3-11,4)
Hypercholestérolémie seulement	9,8	(8,8-10,8)
Hypertension artérielle et hypercholestérolémie	8,8	(7,9-9,8)
Facteurs de risque et maladies cardiometaboliques		
Aucun facteur de risque et maladie cardiaque ou diabète	1,6	(1,2-2,2)
Un facteur de risque et maladie cardiaque ou diabète	2,9	(2,4-3,5)
Deux facteurs de risque et maladie cardiaque ou diabète	6,1	(5,3-6,9)
Un ou deux facteurs de risque et maladie cardiaque et diabète	1,4	(1,0-1,9)
Aucun problème cardiometabolique déclaré	59,1	(57,7- 60,6)

1. Intervalles de confiance à 95 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Le second groupe de maladies chroniques concerne les maladies ostéo-articulaires et inclut les problèmes d'arthrite, d'arthrose ou de rhumatisme. Près du quart de la population adulte (22 %) souffre d'une de ces affections (tableau 2).

Le troisième groupe cible les maladies respiratoires et inclut l'asthme et la MPOC. Un adulte sur neuf (11 %) est confronté à une de ces deux maladies, le plus souvent l'asthme (9 %), alors que 2 % des adultes présentent les deux maladies (tableau 2).

TABLEAU 2
Répartition (%) de la population adulte selon la présence de maladie ostéo-articulaire ou respiratoire, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012

	%	I.C. ¹
Maladies ostéo-articulaires²		
Aucune de ces maladies	78	(76,4-78,9)
Au moins une de ces maladies	22	(21,1-23,6)
Maladies respiratoires³		
Aucune de ces maladies	87	(85,9-88,3)
Une de ces maladies	11	(9,8-12,0)
Asthme seulement	9,2	(8,2-10,3)
MPOC seulement	1,6	(1,3-2,1)
Ces deux maladies	2,1	(1,6-2,6)

1. Intervalles de confiance à 95 %.

2. Arthrite, arthrose ou rhumatisme.

3. Asthme et maladie obstructive chronique.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.



Interactions entre les groupes de maladies chroniques

Les individus peuvent cumuler des maladies touchant divers systèmes de l'organisme (tableau 3). À cet égard, les données indiquent que le quart des adultes (24 %) ne présentent que des problèmes cardiométaboliques, alors que 11 % ont en plus des problèmes ostéo-articulaires et 2,7 %, des problèmes respiratoires. Enfin, 2,8 % des adultes sont confrontés aux trois types de problèmes. Par ailleurs, 6,5 % des individus ne présentent que des problèmes ostéo-articulaires et 1,3 % ont à la fois un problème ostéo-articulaire et un problème respiratoire. Enfin, 5,9 % des adultes ne sont confrontés qu'à un problème respiratoire (tableau 3).

TABLEAU 3
Répartition (%) de la population adulte selon le groupe de maladies chroniques concernés, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012

Groupe de systèmes	%	I.C. ¹
Cardiométabolique ² seulement	24	(22,6-25,4)
Cardiométabolique et ostéo-articulaire ³	11	(10,1-12,1)
Ostéo-articulaire seulement	6,5	(5,7-7,4)
Respiratoire ⁴ seulement	5,9	(5,1-6,9)
Cardiométabolique, ostéo-articulaire et respiratoire	2,8	(2,3-3,5)
Cardiométabolique et respiratoire	2,7	(2,2-3,3)
Ostéo-articulaire et respiratoire	1,3	(0,9-1,7)
Aucune maladie	46	(44,2-47,3)

1. Intervalles de confiance à 95 %.

2. Hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète et maladie cardiaque.

3. Arthrite, arthrose ou rhumatisme.

4. Asthme et maladie obstructive chronique.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Variations selon le sexe

Les femmes sont davantage touchées que les hommes par certains problèmes de santé. La différence la plus marquée concerne les problèmes d'arthrite, d'arthrose ou de rhumatisme : 28 % des femmes en sont atteintes, comparativement à 17 % des hommes. Le même type d'écart est observé à partir des données québécoises ou canadiennes (Agence de la santé publique du Canada, 2010 : 19-20 et 34-35; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011 : 116). Par ailleurs, les problèmes respiratoires touchent 15 % des femmes, comparativement à 11 % des hommes. Enfin, l'hypercholestérolémie est plus fréquente chez les hommes (30 %) que chez les femmes (26 %). Ainsi, dans l'ensemble, on constate que la prévalence de la multimorbidité est légèrement plus élevée chez les femmes de la région que chez les hommes (figure 3).

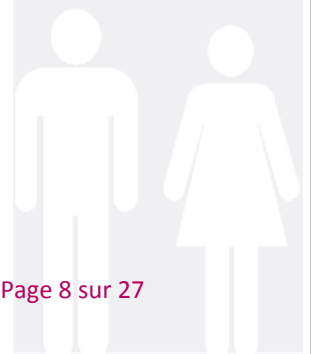
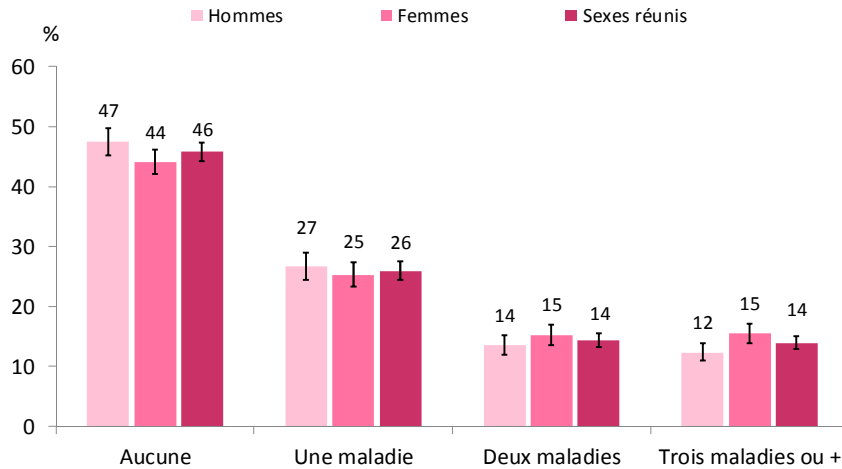


FIGURE 3
Proportion (%) de la population adulte
selon le nombre de maladies chroniques déclarées¹ et le sexe,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012



1. Parmi les sept maladies suivantes : hypertension artérielle; maladies cardiaques; hypercholestérolémie; diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
 Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Variations selon l'âge

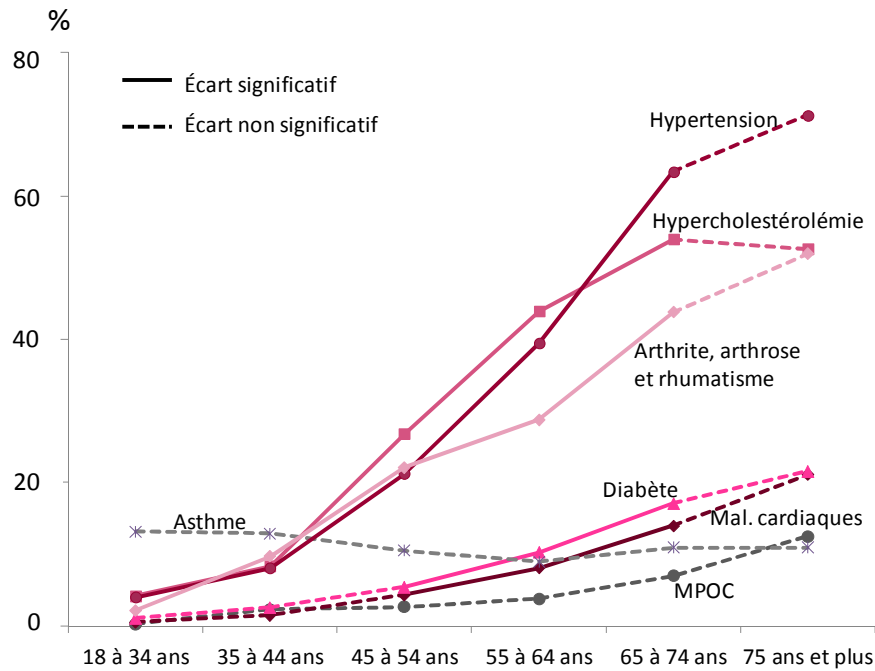
Il est bien connu que la prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge. Ce phénomène est cependant nettement plus marqué pour les deux facteurs de risque cardiométaboliques que sont l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Pour chacune de ces conditions, dans le groupe des 35-44 ans, déjà près d'un individu sur dix (8 %) est atteint. Dans le groupe des 45-54 ans, la prévalence dépasse les 20 %. De plus, chaque fois que l'on passe d'un groupe d'âge à l'autre, la prévalence s'accroît de façon significative (indiqué par une ligne continue dans la figure 4). La seule exception est qu'entre 65-74 ans et 75 ans et plus, l'écart n'est plus statistiquement significatif (indiqué par une ligne pointillée).

Les problèmes d'arthrite, d'arthrose et de rhumatisme suivent à peu de choses près le même profil : 22 % des individus âgés de 45 à 54 ans en souffrent et, là aussi, chaque fois que l'on passe d'un groupe d'âge à l'autre, la prévalence s'accroît de façon significative, sauf pour les 75 ans et plus.

Dans le cas du diabète et de la maladie cardiaque, l'augmentation de la prévalence avec l'âge se fait plus lentement et à peu près au même rythme dans les deux cas. De plus, on note pour les deux maladies une hausse significative de la prévalence entre 45 et 74 ans.

L'asthme est le problème le plus fréquent chez les jeunes : environ 13 % en souffrent entre 18 et 34 ans. Sa prévalence est un peu plus élevée avant 45 ans, après quoi elle se stabilise autour de 10 %. Enfin, comme la MPOC se développe progressivement pendant plusieurs décennies, sa prévalence évolue plus lentement avec l'âge. Elle est peu fréquente avant 65 ans et ne s'accroît vraiment qu'à partir de cet âge.

FIGURE 4
Prévalence des différentes maladies chroniques¹ chez les adultes (%) selon le groupe d'âges, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012



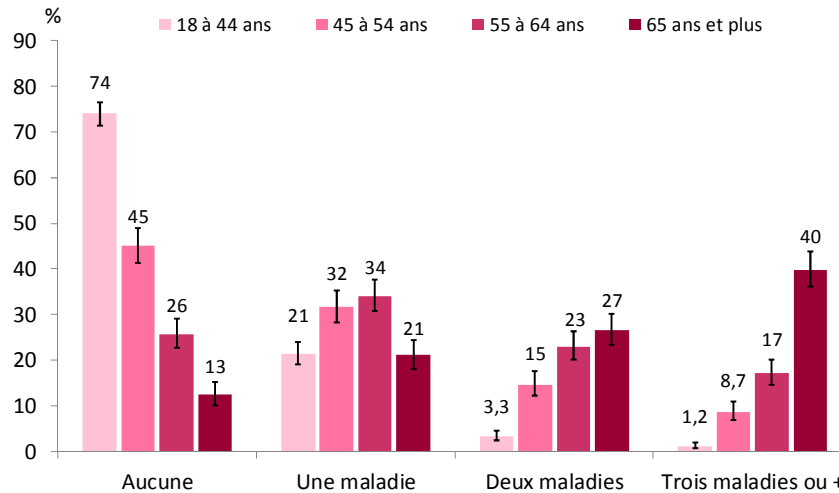
1. Parmi les sept maladies suivantes : hypertension artérielle; maladie cardiaque; hypercholestérolémie; diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Compte tenu de tout ce qui précède, la proportion de personnes souffrant de multimorbidité augmente rapidement en fonction de l'âge (figure 5). Déjà, 8,7 % des individus âgés de 45 à 54 ans déclarent trois maladies chroniques ou plus. Cette proportion double pour atteindre 17 % chez les 55 à 64 ans et quadruple pour atteindre autour de 39 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et 43 % chez les 75 ans et plus. Inversement, la proportion de la population n'ayant aucune des sept maladies mesurées diminue rapidement avec l'âge, passant de 74 % chez les 18 à 44 ans à 13 % chez les 65 ans et plus (figure 5).



FIGURE 5
Proportion (%) de la population adulte
selon le nombre de maladies chroniques déclarées¹ et le groupe d'âges,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012



1. Parmi les sept maladies suivantes: hypertension artérielle (déclarée ou médicamenteuse); maladie cardiaque; hypercholestérolémie (déclarée ou médicamenteuse); diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et MPOC.
 Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Variations selon les territoires de RLS

La prévalence de la multimorbidité varie peu d'un territoire de RLS à l'autre, la proportion d'adultes déclarant deux maladies et trois maladies ou plus variant entre 13 % et 17 % (tableau 4). Le seul territoire de la région qui se démarque statistiquement est celui de Lac-Saint-Jean-Est avec une proportion de la population déclarant trois maladies et plus inférieure à celle du reste de la région (10 %).

TABLEAU 4
Prévalence de la multimorbidité chez les adultes (% et nombre de personnes atteintes) selon le
nombre de maladies déclarées¹ et le territoire de RLS, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012

Territoires	Deux maladies			Trois maladies et plus		
	Nombre de personnes	%	I.C. ²	Nombre de personnes	%	I.C. ²
La Baie	3 100	17	(14,1-20,1)	2 900	16	(13,3-18,9)
Chicoutimi	9 000	14	(12,0-17,1)	8 900	14	(11,4-16,2)
Jonquière	6 900	13	(10,4-15,5)	9 200	17	(14,5-19,7)
Domaine-du-Roy	3 600	14	(11,9-17,1)	3 400	14	(11,2-16,2)
Maria-Chapdelaine	2 900	14	(13,0-18,5)	2 900	13	(14,2-20,1)
Lac-Saint-Jean-Est	6 500	16	(13,0-18,5)	4 400	10	(8,1-12,6)
Saguenay–Lac-Saint-Jean	31 900	14	(13,2-15,6)	31 600	14	(12,8-15,0)

1. Parmi les sept maladies suivantes : hypertension artérielle; maladie cardiaque; hypercholestérolémie; diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

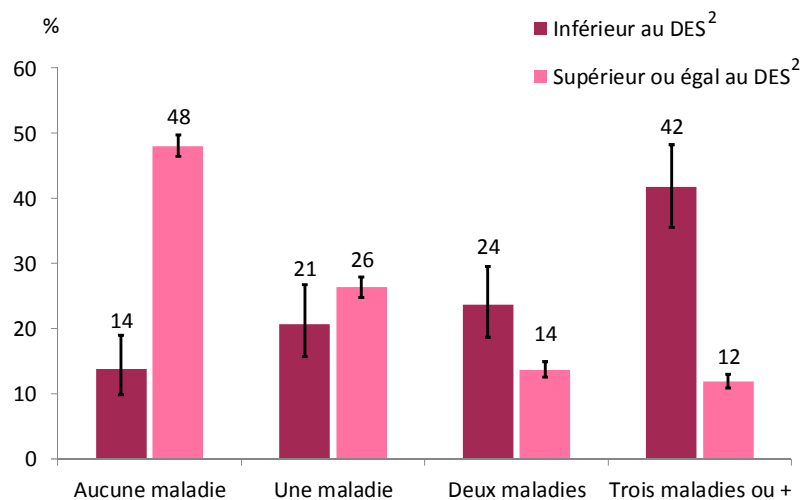
2. Intervalles de confiance à 95 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Variations selon la scolarité et le revenu

Le niveau de scolarité est également associé à la multimorbidité. D'une part, la proportion d'adultes ne déclarant aucune maladie chronique est significativement moins élevée (14 %) chez les personnes sous-scolarisées (sans diplôme d'études secondaires) que parmi le reste des adultes (48 %) (figure 6). Inversement, la proportion d'individus déclarant trois maladies chroniques ou plus est nettement plus élevée chez les personnes sous-scolarisées (42 %) que chez celles qui ne le sont pas (12 %). Cette relation est due en partie à l'âge, la sous-scolarisation augmentant avec l'âge. Toutefois, des analyses par groupe d'âge indiquent que cette relation persiste tout en diminuant en intensité chez tous les groupes d'âge, à l'exception des 65 ans et plus.

FIGURE 6
Proportion (%) de la population adulte
selon le nombre de maladies chroniques déclarées¹ et le niveau de scolarité,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012



1. Parmi les sept maladies suivantes : hypertension artérielle; maladie cardiaque; hypercholestérolémie; diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

2. DES : Diplôme d'études secondaires.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

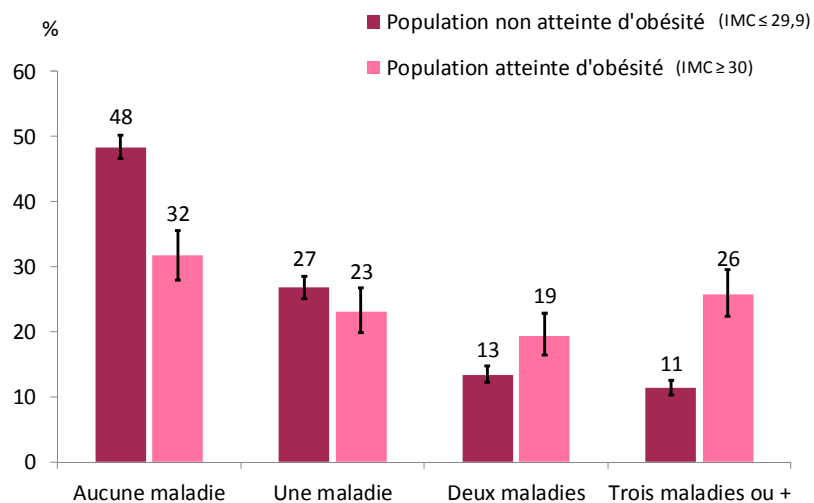
Le même type de relation est observé avec le revenu : 25 % des individus disposant des plus faibles revenus (quintile inférieur) déclarent trois maladies chroniques ou plus, alors que cette proportion n'est que de 8 % chez les individus disposant des revenus les plus élevés (les deux quintiles supérieurs) (données non présentées).

Ces liens entre multimorbidité et ces deux indicateurs du statut socioéconomique sont cohérents avec le fait, d'une part, que la scolarité influe sur les comportements liés à la santé (tabagisme, alimentation, activité physique) et d'autre part, que le revenu joue sur les conditions de travail, les conditions de vie et l'accès aux ressources.

Variations selon le poids corporel

Après l'âge, le surpoids est certainement l'un des principaux facteurs de risque des maladies chroniques, et, conséquemment, de multimorbidité (Booth et coll., 2013). On peut voir, à la lecture de la figure 6, que la proportion d'adultes déclarant souffrir de deux maladies chroniques et de trois maladies chroniques et plus est significativement plus élevée chez les personnes atteintes d'obésité (respectivement 19 % et 26 %) que chez celles non atteintes (13 % et 11 %). En contrepartie, le nombre de personnes ayant déclaré ne souffrir d'aucune des sept maladies mesurées est beaucoup moins élevé, toutes proportions gardées, chez les personnes souffrant d'obésité (32 %) que chez celles n'en souffrant pas (48 %).

FIGURE 7
Proportion (%) de la population adulte
selon le nombre de maladies chroniques déclarées¹ et le statut pondéral,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012

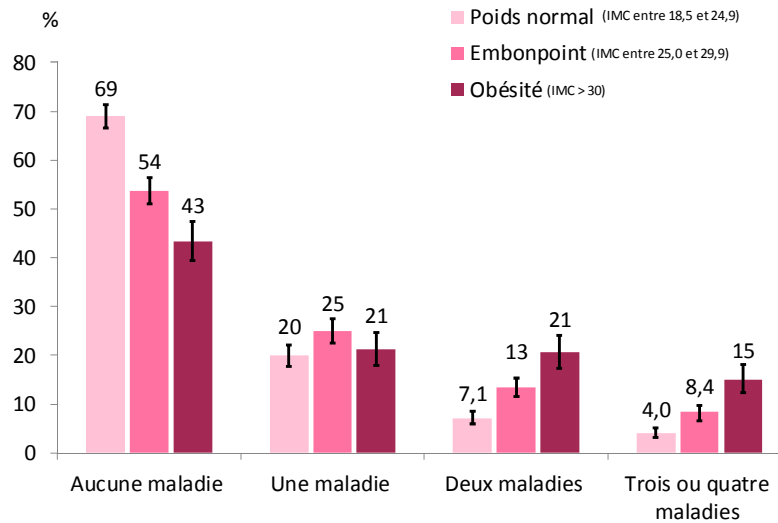


1. Parmi les sept maladies suivantes : hypertension artérielle; maladie cardiaque; hypercholestérolémie; diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Cette association entre le poids corporel et la multimorbidité s'explique en grande partie par le lien existant entre la surcharge pondérale et les problèmes cardiométaboliques (figure 8). En effet, la proportion d'adultes qui n'ont aucun problème cardiométabolique passe de 69 % chez ceux qui ont un poids normal, à 54 % chez ceux qui font de l'embonpoint pour atteindre 43 % chez les adultes atteints d'obésité. De plus, la proportion d'adultes qui ont deux problèmes cardiométaboliques double à chaque fois que l'on passe d'une catégorie de poids à l'autre. Le même constat s'applique aux adultes qui ont trois ou quatre problèmes cardiométaboliques.

FIGURE 8
Proportion (%) de la population adulte
selon le nombre de problèmes cardiométaboliques déclarés¹ et le statut pondéral,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012



1. Parmi les quatre maladies suivantes : hypertension artérielle; maladie cardiaque; hypercholestérolémie et diabète.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

Les personnes qui font de l'embonpoint et, en particulier, celles atteintes d'obésité sont aussi plus susceptibles d'être confrontées à des problèmes ostéo-articulaires (Lau, 2007). De fait, le tiers des personnes obèses (32 %) souffrent de problèmes ostéo-articulaires, comparativement à 22 % et 20 % respectivement, pour les individus faisant de l'embonpoint ou qui ont un poids normal (données non présentées).

Les problèmes de sommeil et la consommation de médicaments prescrits pour dormir

Les personnes qui souffrent de maladies chroniques sont sujettes à développer d'autres problèmes de santé. Les problèmes de sommeil et les effets indésirables des médicaments en sont de bons exemples.

Globalement, la prévalence de l'insomnie s'accroît à mesure qu'augmente le nombre de maladies chroniques auxquelles l'individu est confronté. Ainsi, la proportion d'adultes souffrant d'insomnie, qui est de 8 % en l'absence de maladie chronique, double chez ceux déclarant une ou deux maladies chroniques (16 %) et atteint 22 % chez les individus qui en déclarent trois ou plus.

Plusieurs conditions médicales peuvent en effet amener des problèmes d'insomnie, notamment parce qu'elles peuvent être source d'inconfort, ce qui risque d'affecter la qualité du sommeil. C'est le cas notamment de l'arthrite et de l'arthrose ainsi que de l'asthme (Sivertsen et coll., 2009). Certains médicaments, tels ceux utilisés pour traiter l'hypertension, la maladie cardiaque et l'asthme, peuvent aussi causer de l'insomnie (National Sleep Foundation, 2013).

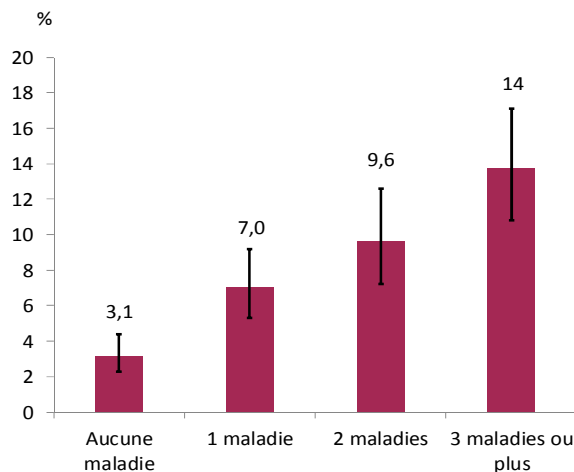
Les données de l'enquête indiquent que 20 % des adultes souffrant d'asthme et 28 % de ceux ayant une MPOC souffrent d'insomnie, des proportions significativement plus élevées que celles observées parmi la population n'ayant pas de problème respiratoire (13 %). Le même constat vaut pour les maladies ostéo-articulaires (arthrite, arthrose et rhumatisme) : chez les gens atteints, un sur quatre (24 %) souffre d'insomnie.

Si ces problèmes d'insomnie persistent, comme c'est souvent le cas, ces adultes courent un risque accru d'être confronté à d'autres problèmes de santé. Plusieurs études récentes démontrent en effet que l'insomnie accroît les risques de développer de l'hypertension artérielle ou du diabète (Cappucio et coll., 2010; Palagini et coll., 2013) et pourrait être impliquée dans les problèmes d'obésité (Horne, 2011; Chaput, 2011).

En lien avec les problèmes de sommeil, on constate que la proportion d'adultes déclarant avoir consommé quotidiennement des médicaments prescrits pour dormir au cours du mois précédant l'enquête augmente considérablement en fonction du nombre de maladies déclarées, passant de 7,0 % chez ceux qui ont une maladie chronique à 14 % chez ceux en ayant trois ou plus (figure 9). La consommation de médicaments prescrits pour dormir est d'un intérêt certain en santé publique, notamment parce qu'elle représente un risque de dépendance et d'effets indésirables, en plus d'être associée aux chutes chez les personnes âgées. Autant de problèmes auxquels les personnes cumulant différentes maladies chroniques sont déjà vulnérables (Sirois, 2014).



FIGURE 9
Proportion (%) de la population adulte déclarant avoir consommé quotidiennement des médicaments prescrits pour dormir au cours du dernier mois, selon le nombre de maladies chroniques déclarées¹, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012



1. Parmi les sept maladies suivantes : hypertension artérielle; maladie cardiaque; hypercholestérolémie; diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

La détresse psychologique

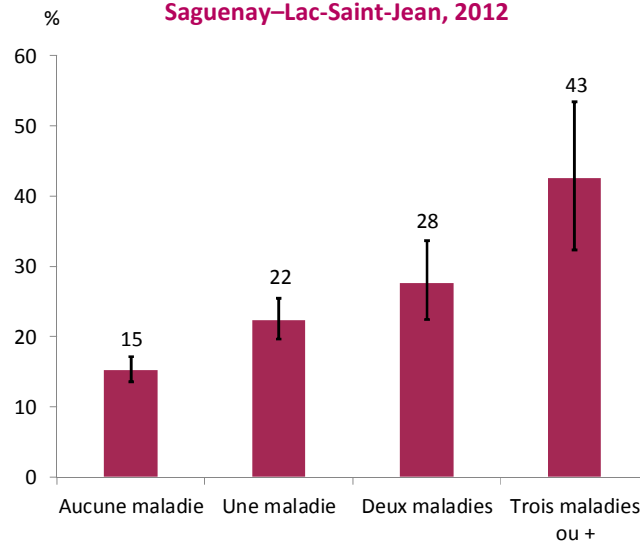
Il est largement démontré qu'une personne atteinte de problèmes de santé chroniques physiques a davantage de risque de développer des problèmes de santé mentale, et inversement. « À titre d'exemple, mentionnons que la proportion de personnes atteintes de dépression qui présentent aussi d'autres maladies chroniques, dont le diabète et l'hypertension, est estimée à 60 % » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015 : 5).

L'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* ne permet pas de mesurer la prévalence de problèmes spécifiques de santé mentale au sein de la population. Par contre, elle s'intéresse à certains paramètres non spécifiques de l'état de santé mentale, telle que la détresse psychologique. À la lecture de la figure 10, on peut voir que la proportion d'adultes se situant dans le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologiqueⁱⁱⁱ augmente en fonction du

iii. L'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* mesure la détresse psychologique au sein de la population à partir de l'échelle de Kessler à six énoncés, un indice fiable et éprouvé en épidémiologie psychiatrique (Kessler et coll., 2002). La littérature démontre que le seuil permettant de cibler la détresse psychologique varie d'une population à l'autre et nécessite une étude de validation coûteuse pour qu'il soit déterminé précisément. C'est pourquoi, à des fins d'analyse, la plupart des enquêtes ayant recours à cet indice l'utilisent à l'aide de quintiles. En accord avec l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*, « il a été convenu de retenir le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique afin de décrire les sous-groupes les plus vulnérables » (Camirand et coll., 2010 : 69). Dans ces conditions, il est important de souligner que le seuil utilisé n'est pas un seuil clinique et ne permet donc pas de mesurer la prévalence de la détresse psychologique au sein de la population. Les proportions se situant dans le quintile supérieur peuvent varier en fonction de différentes caractéristiques de la population et, lorsqu'elles sont comparées, permettent d'identifier des groupes à risque de détresse psychologique.

nombre de maladies déclarées, passant de 15 % chez ceux n'ayant déclarés aucune des cinq maladies chroniques à 43 % chez ceux en ayant déclaré trois et plus.

FIGURE 10
Proportion (%) de la population adulte se situant dans le quintile supérieur
de l'échelle de détresse psychologique, selon le nombre de maladies chroniques déclarées¹,
Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012



1. Parmi les cinq maladies suivantes : maladies cardiaques; diabète; arthrite, arthrose et rhumatisme; asthme; et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

DISCUSSION

Limites des données

La multimorbidité est un champ de recherche en ébullition, mais peu de travaux permettent de mesurer avec précision la prévalence de ce phénomène au sein de la population. En outre, il existe de grandes différences dans les estimations que l'on retrouve dans cette littérature, notamment parce que ces études ont recours à différentes sources de données et qu'elles ont des méthodologies fort différentes (Moreau-Gruet, 2013).

À titre comparatif, à partir des dossiers médicaux de 21 médecins de famille du Saguenay, Fortin et collègues ont estimé, en 2003, que neuf patients sur dix étaient aux prises avec plus d'une condition chronique, alors qu'approximativement 50 % d'entre eux en avaient cinq ou plus (Fortin et coll., 2005). À partir d'un appariement de différents fichiers administratifs, l'Institut national de santé publique du Québec estimait, pour sa part, qu'environ 45 % des Québécois de 20 ans et plus souffraient de deux maladies chroniques et plus en 2009 (Ruel, 2012 : 9). Finalement, selon l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*, 27 % des 15 ans et plus de la région déclarent au moins deux problèmes de santé de « longue durée » mesurés : l'hypertension artérielle, l'arthrite, l'arthrose et les rhumatismes, l'asthme, le diabète, les maladies cardiaques et la MPOC.

À la lecture de cette littérature, en ce qui a trait aux données présentées dans ce document, on peut penser qu'elles sous-estiment le phénomène étudié, dû, notamment, au nombre limité de maladies prises en compte. Des problèmes de santé assez fréquents tels que, par exemple, le cancer, l'insuffisance rénale, l'autisme, la dépression, la démence ou l'ostéoporose n'ont pas été considérés dans les résultats présentés dans ce document. Rappelons de plus que la population à l'étude exclut les personnes vivant en institution, une tranche de la population particulièrement touchée par ces problèmes de santé.

Il se peut en outre que l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* sous-estime l'ampleur de certains problèmes de santé. Dans le cas de l'hypertension et du diabète, les prévalences estimées peuvent être comparées à celles produites par le Système intégré de surveillance de maladies chroniques du Québec (SISMACQ) de l'Institut national de santé publique du Québec. Ce système utilise une définition de cas qui implique que la maladie a été diagnostiquée par un médecin, soit en cabinet privé ou en milieu hospitalier. Cela permet une estimation précise de la prévalence de la maladie.

Vérification faite, les deux estimations concordent très bien pour l'hypertension (28,5 % pour l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, 29,2 % pour le SISMACQ), mais un peu moins bien pour le diabète (7,9 % comparativement à 9,0 %), dont l'ampleur serait donc légèrement sous-estimée par l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*. Cependant, la prévalence de la MPOC s'avère nettement sous-estimée (5 % pour l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* contre 14 % pour le SISMACQ). Le même type d'écart entre données auto-déclarées et données mesurées a été observé lors de l'*Enquête canadienne sur les mesures de santé* (ECMS); la prévalence de la MPOC auto-déclarée était de 4 % comparativement à 13 %, lorsque mesurée à partir de tests de spirométrie (Evans et coll., 2014).

Pour les autres maladies prises en compte dans ce document, il n'y a pas de données disponibles au SISMACQ. Cependant, les estimations tirées de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* correspondent en gros à celles obtenues à partir des données régionales de l'*Enquête de santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2011-2012.

En résumé, les données présentées dans ce document sous-estiment l'ampleur de la multimorbidité dans la région parce que certaines maladies chroniques n'ont pas été considérées, que la population à l'étude exclut les personnes vivant en institution et qu'enfin, la prévalence de la MPOC obtenue à partir de données auto-déclarées est largement sous-estimée.

Évolution et perspectives

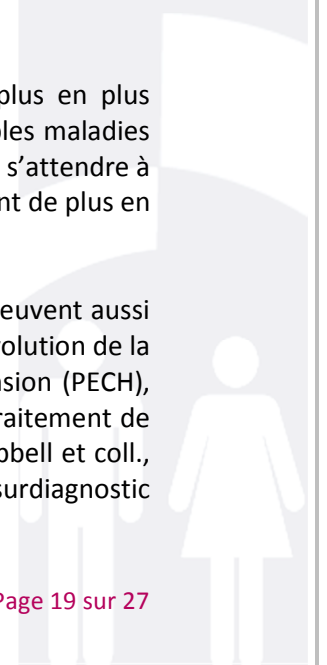
La plupart des travaux sur le sujet démontrent une augmentation de la multimorbidité un peu partout dans le monde (Agborsangaya et coll., 2012; Moreau-Gruet, 2013; Muggah et coll., 2012). Plus près de nous, « des travaux préliminaires [menés par l'Institut national de santé publique du Québec] indiquent une augmentation constante de la multimorbidité depuis 2005-2006 au Québec. Le vieillissement de la population amplifie ce phénomène, mais l'augmentation demeure significative même lorsque les données sont ajustées en fonction de l'âge » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012 : 5). Tout porte à croire que l'accumulation de facteurs de risque de maladies chroniques (alimentation, tabagisme, activité physique, consommation d'alcool, obésité, etc.) expliquerait ce phénomène (Kon Pefoyo et coll., 2015; Muggah et coll., 2012; Wilkstrom et coll., 2015); une tendance qui n'épargne malheureusement pas la région.

En effet, en 2012, à peine un peu plus d'un adulte sur dix (12 %) adhèrent aux recommandations du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION dans la région, c'est-à-dire que ces adultes ne fument pas, mangent au moins cinq portions de fruits et de légumes et font au moins 30 minutes d'activité physique quotidiennement. Qui plus est, la proportion de personnes adhérant aux recommandations en ce qui concerne la consommation de fruits et de légumes a diminué dans la région entre 2007 et 2012. On sait également que la proportion d'adultes sédentaires est demeurée relativement stable depuis une douzaine d'années, et que, cependant, le nombre de fumeurs dans la région, lui, a beaucoup diminué au cours de cette même période (Tremblay et Violette, 2015). On sait aussi que la proportion de la population déclarant des épisodes de consommation excessive d'alcool est particulièrement importante au Saguenay–Lac-Saint-Jean (Tremblay, 2015). Le plus inquiétant, cependant, est que la proportion de personnes atteintes d'obésité a presque doublé au cours des dernières années. Selon les enquêtes régionales de santé, elle est passée de 10 % à 18 % entre 2000 et 2012. Les conséquences de cette aggravation de la situation se font d'ailleurs déjà ressentir, l'augmentation de la prévalence du diabète dans la région en témoigne (Lapierre, 2015). Et l'on prévoit que « si aucune nouvelle mesure efficace n'est mise en place relativement à la tendance chez les adultes, l'obésité augmentera au cours des deux prochaines décennies, affectant plus d'un Canadien sur trois d'ici 2031 » (Bancej et coll., 2015 : 118).

Il faut ajouter à ces nombreux défis sur le plan de la santé publique le fait que le vieillissement de la population, malgré qu'il ne suffise à lui seul à expliquer la progression de la multimorbidité, participe à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Et les perspectives à court terme sont, en ce sens, on ne peut plus claires. Selon les plus récentes données produites par l'Institut de la statistique du Québec, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au Saguenay–Lac-Saint-Jean devrait augmenter de 42 % entre 2015 et 2025, ce qui représente 23 600 aînés de plus dans la région. En contrepartie, une diminution importante du nombre de personnes âgées de 45 à 64 ans est prévue au cours de la même période (-16 000 personnes). La combinaison de ces deux tendances démographiques devrait modifier le visage de la multimorbidité. D'un point de vue quantitatif, le nombre de cas de multimorbidité diminuera chez les 45-64 ans et augmentera chez les 65 ans et plus. D'un point de vue qualitatif, cela devrait amener une intensification de la multimorbidité puisque celle-ci sera davantage concentrée chez des groupes de personnes plus âgées, susceptibles d'être atteintes simultanément de plusieurs maladies.

Soulignons finalement que ces personnes âgées ont une espérance de vie de plus en plus longue, ce qui contribue à accroître les probabilités qu'elles développent de multiples maladies liées à l'âge et augmente les risques d'interactions entre ces maladies. Bref, on peut s'attendre à ce que le nombre de patients multimorbides augmente et à ce que leurs profils soient de plus en plus complexes.

Des efforts plus soutenus en ce qui a trait à la détection et au traitement des cas peuvent aussi avoir des effets sur la prévalence de certaines maladies et, conséquemment, sur l'évolution de la multimorbidité. À titre d'exemple, le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), implanté en 1999, a provoqué des hausses substantielles dans le diagnostic et le traitement de l'hypertension au cours des quatre années suivant l'initiation du programme (Campbell et coll., 2009). Par contre, il peut y avoir des effets négatifs associés à une telle approche (surdiagnostic



et surtraitement). Le traitement pharmacologique des individus ayant une hypertension légère en l'absence de comorbidité en est un exemple (Martin, 2014).

Les inégalités sociales de santé

Il existe, au-delà des habitudes de vie, plusieurs autres déterminants de la santé face auxquels les personnes se retrouvent bien souvent impuissantes. Ces déterminants, au nombre duquel on compte notamment la scolarité et le revenu, expliquent en grande partie ce que l'on reconnaît aujourd'hui comme étant les inégalités sociales de santé. « Les inégalités sociales [...] influencent la durée de vie tout autant que la qualité de vie, l'adoption de comportements favorables à la santé, le développement et le bien-être des jeunes ainsi que le recours aux professionnels et aux services de santé » (Pampalon et coll., 2008 : 1). « Ainsi, les groupes les plus défavorisés physiquement, socialement et économiquement courent un risque nettement plus élevé de développer diverses maladies [...]. Par exemple, le taux de mortalité par maladie cardiovasculaire est 66 % plus élevé chez les personnes les moins favorisées comparativement aux mieux nanties » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012a : 3). L'association entre le revenu et la multimorbidité a été bien documentée ailleurs au Canada (Agborsangaya et coll., 2012); le lien entre statut socioéconomique, poids et multimorbidité également (Booth et coll., 2013; Nagel et coll., 2008).

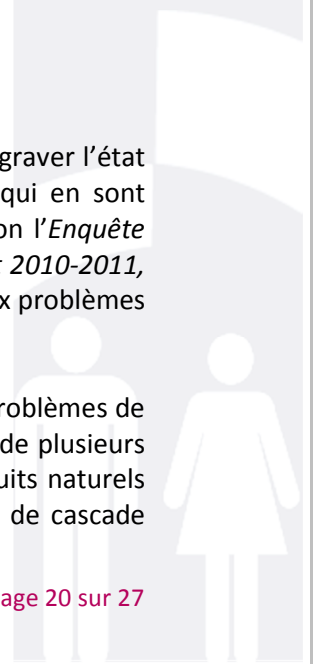
Santé physique et santé mentale

L'association entre multimorbidité et détresse psychologique est relativement bien documentée, mais on connaît encore mal les mécanismes expliquant cette association (Byles et coll., 2014; Swartz et Jantz, 2014). Comme le souligne Duguay, « au coeur de la structure de l'expérience de la multimorbidité, se trouve [parfois] une impression de vieillir prématurément en raison des nombreuses pertes aux plans physique et social. Cette sensation de vieillesse prématurée » constitue un « fardeau psychologique important » (Duguay, 2012 : iv). Soulignons également que la présence de plusieurs maladies chroniques chez une même personne a des impacts sur sa qualité de vie à plusieurs égards (Fortin et coll., 2007; Sareen et coll., 2006), et, éventuellement sur sa santé psychologique. Finalement, rappelons que les troubles mentaux sont en soit, pour la plupart, des maladies chroniques qui méritent une surveillance soutenue (Goodman et coll., 2013) et que leur pronostic est souvent associé à d'autres problèmes de santé chroniques.

Polypharmacie et risque iatrogénique

La multimorbidité est associée à plusieurs autres phénomènes de santé pouvant aggraver l'état de santé. Un exemple probant est sans aucun doute le fait que les personnes qui en sont atteintes sont de grands consommateurs de plusieurs types de médicaments. Selon *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*, 57 % des personnes âgées de 15 ans et plus de la région qui cumulent au moins deux problèmes de santé chroniques déclarent consommer au moins quatre médicaments différents.

Comme le rappelle le Commissaire à la santé et au bien-être, « la multiplication des problèmes de santé, incluant le développement de maladies chroniques, entraîne parfois l'usage de plusieurs médicaments prescrits, en plus de l'usage fréquent des médicaments ou des produits naturels en vente libre. Une telle polymédication peut être associée à une problématique de cascade



médicamenteuse, où un médicament est prescrit pour répondre aux effets indésirables d'un autre médicament. Cette situation accroît les risques d'interactions médicamenteuses, d'effets indésirables et de diminution de l'adhésion des patients aux traitements » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014 : 59-60). C'est en partie pourquoi la consommation de médicaments est aujourd'hui devenue un enjeu important de santé publique, à tel point que cette problématique est depuis quelques années identifiée comme prioritaire par les autorités sociosanitaires.

En ce sens, l'association entre le cumul de problèmes de santé chroniques et la consommation fréquente et soutenue de médicaments prescrits pour dormir interpelle à plusieurs égards. On sait, notamment, que l'utilisation à long terme de somnifères augmente les risques de mortalité précoce de façon très importante, à cause des effets indésirables de ces médicaments qui peuvent provoquer des chutes ou encore une aggravation des maladies cardiaques et respiratoires (Kripke et coll., 2012). Ce type de médicaments représente également un risque d'interaction important avec d'autres produits pharmaceutiques chez des patients qui ont des profils pharmacologiques déjà relativement lourds (Sirois, 2014).

CONCLUSION

Bien que plus fréquente chez les personnes âgées, la multimorbidité est un phénomène qui concerne l'ensemble de la population. Environ une personne sur quatre entre 45 et 54 ans déclare au moins deux des sept maladies mesurées par *l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, près d'une sur dix en déclare trois ou plus.

Malgré plusieurs avancées en ce qui concerne la prévention et la gestion des maladies chroniques, plusieurs enjeux et défis apparaissent incontournables. Le vieillissement de la population est un de ceux-là. À cet effet du vieillissement s'ajoutent celui de l'excès de poids et l'obésité, en hausse depuis une quinzaine d'années. L'augmentation est observable chez les deux sexes et tous les groupes d'âges. Ceci a un impact notamment sur la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle, en hausse constante depuis le début des années 2000. Cela risque aussi d'accroître la prévalence d'autres problèmes de santé associés au poids corporel : maladies cardiovasculaires, problèmes ostéo-articulaires, certains cancers.

Il faut néanmoins rappeler que cette tendance peut être inversée par l'adoption de saines habitudes de vie, de modes de vie sains, ce qui nécessite de nombreux efforts collectifs, car ces comportements sont fortement influencés par les environnements, tant physiques, économiques, législatifs, culturels que sociaux. D'où l'importance des interventions visant à rendre ces environnements davantage favorables à des saines habitudes de vie et à la santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012b).



RÉFÉRENCES

AGBORSANGAYA, C.B., et collègues (2012). “Multimorbidity Prevalence and Patterns across Socioeconomic Determinants: a Cross-sectional Survey”, *BMC Public Health*, 8 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010). *Vivre avec l’arthrite au Canada : un défi de santé personnel et de santé publique*, 128 p.

ALMIRALL, J. et M. FORTIN (2013). “The Coexistence of Terms to Describe the Presence of Multiple Concurrent Diseases”, *Journal of comorbidity*, 3 : 4-9.

BANJEC, C., et collègues (2015). « Synthèse portant sur les données probantes : Tendances et projections relatives à l’obésité chez les Canadiens », *Promotion de la santé et maladies chroniques au Canada*, 35 (7) : 116-119.

BOOTH, H.P., et collègues (2013). “Impact of Body Mass Index on Prevalence of Multimorbidity in Primary Care”, *Family Practice*, 31 (1) : 38-43.

BRUNN, M. et K. CHEVREUL (2013). « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé publique*, 25 : 87-94.

BYLES, J.E., et collègues (2014). “Psychological Distress and Comorbid Physical Conditions: Disease or Disability?”, *Depression and Anxiety*, 31 (6) : 524–532.

CAMPBELL, N.R.C., et collègues (2009). “Increases in Antihypertensive Prescriptions and Reductions in Cardiovascular Events in Canada”, *Hypertension*, 2009, 53 : 128-134.

CAMIRAND, H., et collègues (2010). *L’Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 205 p.

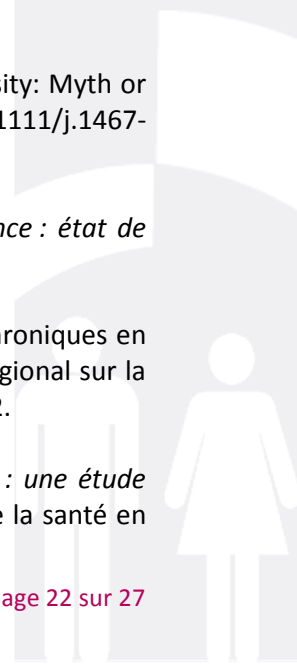
CAPPUCCIO, F.P., et collègues (2010). “Quantity and Quality of Sleep and Incidence of Type 2 Diabetes : a Systematic review and Meta-analysis”, *Diabetes Care*, 33 : 414-420.

CHAPUT, J.-P. (2011). Editorial Comment: “Short Sleep Duration as a Cause of Obesity: Myth or Reality?”, *Obesity reviews*, édition en ligne, 2011, n° 12, p. e-2-e3 (doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00848.x).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2014). *Les médicaments d’ordonnance : état de situation au Québec*, Québec, 344 p.

DUBÉ, F. et G. LANDRY (2012). « Défis de prévention et de gestion des maladies chroniques en première ligne : rencontre de différents univers », Présentation lors du Colloque régional sur la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques, Trois-Rivières, 4 mai 2012.

DUGUAY, C. (2012). *Expérience des personnes adultes atteintes de multimorbidité : une étude phénoménologique*, Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en



vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques (sciences infirmières), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, 100 p.

EVANS, J., et collègues (2014). « Évaluation de la prévalence de la MPOC au Canada fondée sur les déclarations d'un diagnostic et sur l'obstruction des voies aériennes mesurée », *Rapports sur la santé*, 25 (3) : 3-11.

FORTIN, M., et collègues (2007). "Multimorbidity and Quality of Life: a Closer Look", *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 : 52.

FORTIN, M., et collègues (2006). "Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care", *Annals of Family Practice*, 4 (5) : 417-422.

FORTIN, M., et collègues (2005). "Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice", *Annals of Family Medicine*, 3 : 223-228.

FUHRMAN, C. (2014). *Surveillance épidémiologique de la multimorbidité : Revue bibliographique*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 22 p. [Disponible à partir en ligne : <http://www.invs.sante.fr>].

GOODMAN, R.A., et collègues (2013). "Defining and Measuring Chronic Conditions: Imperatives for Research, Policy, Program, and Practice", *Preventing Chronic Disease*, 10:120239. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120239>.

HORNE, J. (2011). "Obesity and Short Sleep: Unlikely Bedfellows?", *Obesity Reviews*, édition en ligne, 12 : e-84-e94 (doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00847.x).

HUDON, C., et collègues (2012). « Jongler avec la complexité : le patient atteint de maladies chroniques multiples », *Le Médecin du Québec*, 43 (1) : 55-60.

KESSLER, R. C., et collègues (2002). "Short Screening Scales to Monitor Population Prevalence and Trends in Nonspecific Psychological Distress", *Psychological Medicine*, 32 : 959-976.

KRIPKE, D.F., et collègues (2012). "Hypnotics' Association with Mortality or Cancer: a matched cohort study", *British Medical Journal Open*, 2 : 1-8.

LAPIERRE, R. (2015). *Le diabète au Saguenay–Lac-Saint-Jean : état de situation à partir des données du système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec*, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 31 p.

LAU, D.C.W., et collègues (2007). « Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants (sommaire) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 176 (8) : SF1-SF14.

MARTIN, S.A. (2014). "Mild Hypertension in People at Low Risk", *British Medical Journal*, 2014;349:g5432 doi: 10.1136/bmj.g5432.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012a). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012b). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec, 24 p. [En ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, 281 p.

MOREAU-GRUET, F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus*, Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, *Obsan Bulletin*, 4 : 8.

MUGGAH, E., et collègues (2012). "The Impact of Multiple Chronic Diseases on Ambulatory Care use; a Population based Study in Ontario, Canada", *BMC Health Services Research*, 12 : 452.

NAGEL, G., et collègues (2008). The Impact of Education on Risk Factors and the Occurrence of Multimorbidity in the EPIC_Heidelberg Cohort", *BMC Public Health*, 8 : 384-394.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION (2013). "How much Sleep do Adults Need", <http://www.sleepfoundation.org/article/white-papers/howmuch-sleep-do-adults-need>, consulté le 6 mai 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, 284 p.

PALAGINI, L., et collègues (2013). "Sleep loss and Hypertension: a Systematic Review", *Current Pharmaceutical Design*, 19 (13) : 2409-2419.

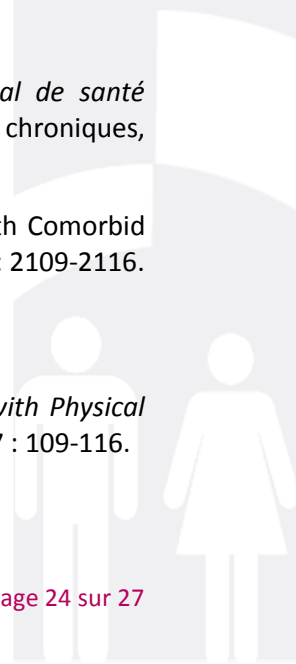
PAMPALON, R., et collègues (2008). *Les Inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 20 p.

RUEL, G. (2012). « Multimorbidité : Ampleur, impacts et défis », *Institut national de santé publique du Québec*, Présentation lors du 4^e Rendez-vous des maladies chroniques, 28 septembre 2012.

SAREEN, J., et collègues (2006). "Disability and Poor Quality of Life Associated with Comorbid Anxiety Disorders and Physical Conditions", *Archives of Internal Medicine*, 166 (19) : 2109-2116.

SIROIS, C. (2014). « La polypharmacy », *Québec pharmacie*, juin, p. 29-37.

SIVERTSEN, B., et collègues (2009). "The Epidemiology of Insomnia: Associations with Physical and Mental Health. The HUNT-2 Study", *Journal of Psychosomatic Research*, 2009, 67 : 109-116.



SWARTZ, J. A. et I. JANTZ (2014). “Association Between Nonspecific Severe Psychological Distress as an Indicator of Serious Mental Illness and Increasing Levels of Medical Multimorbidity”, *American Journal of Public Health*, 104 (12) : 2350-2358.

TREMBLAY, F. (2015). *La consommation excessive d'alcool chez les jeunes et les adultes du Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Saguenay, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 19 p.

TREMBLAY, F. et R. VIOLETTE (2015). *La surveillance du tabagisme au Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Saguenay, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 10 p.

WIKSTROM, K.J., et collègues (2015). “Clinical and Lifestyle Related Risk Factors for Incident Multimorbidity: 10 year follow up of Finnish Population based Cohorts 1982-2012”, *European Journal of Intern Medecine*, 26 (3) : 211-216.



ANNEXE

Questions de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012 servant à estimer la prévalence des maladies chroniques

Chron1 Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée que vous pouvez avoir. Par « problèmes de santé de longue durée », on entend un état qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un médecin.

CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : NE PAS LIRE les choix de réponses.

Faites-vous de l'asthme?

1=*Oui

2=*Non

8=*Ne sait pas

9=*Refus

Chron2 Souffrez-vous d'arthrite, d'arthrose ou de rhumatisme (mal aux jointures ou aux os)?

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : 1) NE PAS LIRE les choix de réponses.

2) Aussi arthrite rhumatoïde, polyarthrite rhumatoïde.

1=*Oui

2=*Non

8=*Ne sait pas

9=*Refus

/*Question Chron4 seulement pour les personnes de 30 ans ou plus SI AGE >= 30 ; sinon Chron5*/

Chron4 Souffrez-vous de bronchite chronique, d'emphysème ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)?

CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : NE PAS LIRE les choix de réponses.

1=*Oui

2=*Non

8=*Ne sait pas

9=*Refus

Chron5 Êtes-vous atteint(e) du diabète?

CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : NE PAS LIRE les choix de réponses.

1=*Oui

2=*Non

8=*Ne sait pas

9=*Refus

Chron6 Faites-vous de l'hypertension (haute pression)?

CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : NE PAS LIRE les choix de réponses.

1=*Oui

2=*Non

8=*Ne sait pas

9=*Refus



Chron6a Prenez-vous un médicament pour baisser votre tension artérielle ou votre pression?

CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : NE PAS LIRE les choix de réponses.

1=*Oui
2=*Non
8=*Ne sait pas
9=*Refus

Chron7 Souffrez-vous d'une maladie cardiaque (maladie du cœur, maladie coronarienne)?

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR: 1) NE PAS LIRE les choix de réponses. 2) Aussi de l'arythmie, infarctus, angine (de poitrine), cardiopathie, coronaropathie, maladie des artères coronaires ou des artères du cœur, insuffisance cardiaque (congestive), troubles du rythme cardiaque, tachycardie. Cela exclut le souffle au cœur.

1=*Oui
2=*Non
8=*Ne sait pas
9=*Refus

Chron9 Avez-vous un problème de cholestérol?

CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : NE PAS LIRE les choix de réponses.

1=*Oui
2=*Non
8=*Ne sait pas
9=*Refus

Chron9b Prenez-vous un médicament pour baisser votre taux de cholestérol?

CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : NE PAS LIRE les choix de réponses.

1=*Oui
2=*Non
8=*Ne sait pas
9=*Refus

