



Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes

Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report

Chapitre 3: Fardeau de la Maladie Sommaire

**Pour alléger le texte, le genre masculin désigne les hommes et les femmes.*

Question traitée

L'un des objectifs premiers de l'étude POWER est de développer un outil permettant d'améliorer la santé et le bien-être des femmes et des hommes de l'Ontario, et de réduire les iniquités qui existent entre les sexes. Dans ce chapitre, nous allons examiner le fardeau de la maladie chez les Ontariennes et les Ontariennes et voir comment ce fardeau diffère selon le sexe, le statut socio-économique, l'ethnicité et le lieu de résidence. Nous allons également relever les points améliorables, fournir des données probantes à l'appui de l'établissement des priorités et fournir une base à partir de laquelle mesurer le progrès. La morbidité et la mortalité prématurée dont nous traitons dans ce chapitre pourraient, en grande partie, être évitables si l'on adoptait certaines interventions cliniques et de santé publique; si l'on concevait à nouveau le système de santé de manière à cibler la prévention et la gestion des maladies chroniques; si l'on misait sur l'engagement et l'habilitation communautaires; et si l'on adoptait des politiques sociales qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé.

Avec le vieillissement de la population, on s'attend à ce que le fardeau de la maladie en Ontario s'alourdisse, puisqu'un plus grand nombre de personnes seront atteintes de maladies chroniques et d'invalidité. Un effort concerté visant à réduire le fardeau de la maladie aurait pour effet non seulement d'améliorer la qualité de vie de ces personnes, mais aussi de rendre le système de santé plus viable en réduisant la demande. Pour y arriver, il faudrait prévenir les maladies chroniques et leurs complications, ce qui réduirait le nombre de visites dans les salles d'urgence, le nombre d'hospitalisations et le besoin de soins de longue durée. Pour réussir, il faudra s'attaquer aux iniquités en améliorant la santé de l'ensemble des Ontariennes et des Ontariens, quels que soient leur sexe, leur revenu, leur niveau de scolarité, leur ethnicité et leur lieu de résidence.

Le chapitre que voici est divisé en cinq sections :

1. L'état de santé et l'état fonctionnel
2. Les facteurs de risque de maladies chroniques
3. La prévalence d'affections chroniques
4. Les infections transmissibles sexuellement
5. La mortalité

La première section de ce chapitre dresse un portrait de **l'état de santé et de l'état fonctionnel** des femmes et des hommes de l'Ontario (la capacité qu'a une personne de mener ses activités de tous les jours et les activités nécessaires pour atteindre ses objectifs). L'évaluation du fardeau de la maladie et de l'invalidité tient également compte de l'évaluation que les femmes et les hommes font de leur propre santé et de son impact sur leurs activités quotidiennes. Des données sur la prévalence des hospitalisations dues aux chutes chez les Ontariennes et les Ontariens âgés de 65 ans et plus, le groupe le plus vulnérable aux blessures causées par des chutes, sont également fournies parce que les chutes représentent une cause importante et évitable d'invalidité. La deuxième section porte sur la prévalence des principaux **facteurs de risque de maladies chroniques** qui sont modifiables, y compris les comportements liés à la santé (le surpoids/l'obésité, l'inactivité physique, le tabagisme et le régime alimentaire) et les déterminants sociaux de la santé (le revenu et le niveau de scolarité). La troisième section est consacrée à certaines **affections chroniques** telles que l'arthrite, les maladies cardiaques et le diabète, qui ont d'énormes répercussions sur la santé des femmes et qui contribuent de façon majeure à augmenter le fardeau de la maladie en Ontario. La quatrième section porte sur les **infections transmissibles sexuellement** (chlamydia, gonorrhée, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)) qui ont un impact considérable sur la santé et la qualité de vie des femmes. La dernière section présente les **taux de mortalité** globaux en Ontario ainsi que des statistiques sur la durée de vie et sur certaines des principales causes de mortalité et de mortalité prématurée.

L'étude

Les indicateurs que nous avons utilisés pour cette étude ont été choisis par un comité d'experts techniques à la suite d'une étude systématique de la littérature scientifique et d'un processus de sélection rigoureux (voir le chapitre 1). À l'échelle provinciale, les indicateurs ont été stratifiés tout d'abord par sexe et, lorsque la taille de l'échantillon et les sources de données le permettaient, ils ont ensuite été stratifiés selon des variables socioéconomiques (âge, revenu, niveau de scolarité, ethnicité et langues parlées). Au niveau des réseaux d'intégration des services de santé (RLISS), les indicateurs ont été stratifiés selon le sexe, puis selon l'âge, le revenu et le niveau de scolarité lorsque c'était possible. Le rajustement selon l'âge a été effectué au moyen de la normalisation indirecte. Les données utilisées pour produire cette section provenaient de plusieurs sources, y compris l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, cycles 1.1, 2.1 et 3.1; la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); le système intégré d'information sur la santé publique (SIISP); la Base canadienne de données sur la mortalité de Statistique Canada; et le Recensement du Canada de 2001.

Principales constatations

- ❖ Il existe dans le domaine de la santé en Ontario des iniquités considérables et modifiables liées au sexe, au revenu, au niveau de scolarité et à l'éthnicité. Les Ontariennes et les Ontariens de milieux socio-économiques plus défavorisés présentent des taux de maladies chroniques et d'invalidité beaucoup plus élevés que ceux de milieux plus favorisés. Ce groupe présente également de plus fortes chances de décéder prématurément.
- ❖ Si l'ensemble de la population ontarienne avait la même santé que les Ontariennes et Ontariens dont le revenu est plus élevé, quelque 318 000 personnes de moins (166 000 femmes et 152 000 hommes) auraient une santé médiocre ou mauvaise, quelque 231 000 personnes de moins (110 000 femmes et 121 000 hommes) seraient invalides, et il y aurait quelque 3 373 décès de moins chaque année (947 hommes et 2 425 femmes) dans la population ontarienne vivant dans les régions urbaines.
- ❖ Les femmes ont plus tendance que les hommes à déclarer une comorbidité (de multiples affections chroniques) et une invalidité, tandis que les hommes présentent des taux plus élevés de mortalité et de mortalité prématurée potentiellement évitables.
- ❖ Dans tous les groupes d'âge, les femmes sont plus susceptibles de vivre dans des foyers à faible revenu que les hommes, la différence de revenu selon le sexe étant la plus marquée chez les femmes âgées de 65 ans et plus. Quant à l'état de santé, les différences parmi les femmes et les hommes qui sont attribuables au statut socio-économique sont plus grandes que les différences entre les femmes et les hommes en général, et on retrouve également des différences entre les sexes au niveau de l'impact des facteurs socio-économiques sur la santé. Le fardeau des maladies chroniques et de l'invalidité s'est avéré le plus lourd chez les femmes à faible revenu et les femmes autochtones, tandis que les hommes ayant un faible revenu affichaient les taux les plus élevés de mortalité et de mortalité prématurée potentiellement évitables.
- ❖ Dans l'ensemble, une personne sur deux en Ontario déclare être physiquement inactive, manger une quantité insuffisante de fruits et de légumes ou avoir un excès de poids ou être obèse, et une personne sur cinq affirme fumer. Chez les personnes dont le niveau de scolarité et le revenu sont plus bas, on retrouve une prévalence plus élevée de ces facteurs de risque, dont on sait qu'ils accroissent le risque de maladies chroniques.
- ❖ Pour ce qui est de l'état santé et de l'état fonctionnel, on relève des différences importantes entre les populations desservies par les différents réseaux d'intégration des services de santé (RLISS), ainsi que dans la répartition des facteurs de risque de maladies chroniques, y compris le tabagisme, l'obésité et la sédentarité.

Messages clés

La situation actuelle en Ontario présente d'énormes possibilités d'améliorer la santé de l'ensemble de la population tout en réduisant les iniquités en matière de santé. Il n'est pas étonnant de trouver des iniquités en matière de santé puisque ces iniquités existent dans toutes les sociétés, et celles que nous retrouvons au Canada sont bien documentées. L'ampleur des iniquités relevées est toutefois étonnante et préoccupante. Ces indicateurs et ces constatations pourraient informer et conduire le changement et jouer un rôle important dans l'amélioration de la santé de la population et la réduction des iniquités en matière de santé.

Nous avons de plus en plus la preuve que certaines interventions réussissent à réduire le risque de maladie et d'invalidité dans l'ensemble de la population et à réduire les écarts qui existent entre les membres plus défavorisés et les membres plus favorisés de la société. De plus, les collectivités, les fournisseurs de services de santé, les systèmes de santé et les systèmes et organismes de santé publique peuvent s'inspirer de nombreux modèles novateurs établis en Ontario, au Canada et à l'étranger pour effectuer des améliorations (encadré de la discussion).

L'Ontario, par sa stratégie Ontario sans fumée, a réussi à réduire le risque de maladie pour l'ensemble de la population, mais malgré cette stratégie, nous constatons que 40 pour cent des hommes et 28 pour cent des femmes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires, ainsi que 39 pour cent des femmes autochtones et 43 pour cent des hommes autochtones, fument aujourd'hui. Par conséquent, les efforts de prévention et d'amélioration doivent également cibler les sous-groupes les plus vulnérables de la population.

Les quatre mesures clés que voici peuvent accélérer l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population ontarienne et réduire les iniquités en matière de santé :

Établir les priorités dans la prévention et la gestion des maladies chroniques

- ❖ Parce que les maladies chroniques et les facteurs de risque qui s'y rattachent contribuent largement à créer des iniquités en matière de santé, la mise en œuvre d'une stratégie complète et coordonnée de prévention et de gestion des maladies chroniques – d'une stratégie qui tient compte des besoins des populations à risque – est essentielle à l'amélioration de la santé de la population et à la réalisation de l'équité en matière de santé.
- ❖ Il est particulièrement important de relever des possibilités précises que les interventions communautaires et les interventions du système de santé nous offrent pour améliorer la qualité de vie et l'état fonctionnel. Par exemple, en améliorant la gestion de la douleur et les interventions de prévention des chutes, on peut réduire le fardeau de la maladie et aider les Ontariennes et les Ontariens plus âgés à rester actifs et autonomes.

Coordonner la santé de la population, les services communautaires et les services cliniques

- ❖ De nombreuses activités importantes d'amélioration de la santé sont actuellement en cours en Ontario. Certaines visent à cibler les efforts de promotion de la santé sur certaines populations, d'autres à améliorer la qualité et la capacité des services communautaires, et d'autres encore ont pour but d'améliorer la qualité des services fournis en milieu clinique. En intégrant et en coordonnant ces activités, nous pourrions produire des synergies capables d'accélérer l'amélioration de la santé et la réduction des iniquités en matière de santé dans la population ontarienne.

Agir sur les déterminants sociaux de la santé plus vastes

- ❖ Il nous faut agir sur les déterminants sociaux de la santé plus vastes (le revenu, le niveau de scolarité, la sécurité alimentaire, le logement et l'environnement) et intégrer ces efforts dans les politiques en matière de santé. Nous devons, pour cela, établir des partenariats intersectoriels.
- ❖ Pour guider ces efforts, nous disposons d'outils tels que l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS), qui nous permet d'évaluer l'impact qu'ont nos politiques sur la santé de la population et sur les iniquités en matière de santé, y compris l'impact de nos politiques dans les secteurs autres que celui de la santé, notamment l'éducation, le logement et l'environnement. Mener des ÉIS dans les domaines prioritaires en Ontario appuierait les efforts déployés pour réaliser l'équité en matière de santé.

Toujours inclure l'analyse selon le sexe et l'équité dans la surveillance des indicateurs de la santé

- ❖ Pour améliorer la santé de la population, il est essentiel de tenir compte du facteur sexe parce que les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes besoins de santé et que différents contextes sociaux influent sur leur santé. Tout rapport et toute surveillance portant sur les indicateurs de la santé devrait inclure les critères du sexe et de l'équité. Cette mesure fournirait l'information dont nous avons besoin pour cibler efficacement les iniquités en matière de santé liées au sexe, au statut socio-économique et à l'ethnicité. Avec le temps, ces indicateurs nous permettront d'évaluer les progrès réalisés dans l'amélioration de la santé et la réduction des iniquités.
- ❖ Pour appuyer les stratégies de surveillance et de production de rapports, nous devons également améliorer la qualité, la disponibilité et l'actualité des données. Pour améliorer notre capacité de mesurer, de surveiller et d'améliorer la santé des communautés diversifiées de l'Ontario, on note tout particulièrement un besoin de données sur l'ethnicité, les connaissances des langues officielles et la durée de la résidence au Canada.

Constations clés par section – ENCADRÉ

État de santé et état fonctionnel

- Les femmes et les hommes à faible revenu sont trois fois plus susceptibles de déclarer avoir une santé médiocre ou mauvaise, comparé au groupe ayant le revenu le plus élevé. (Figure 1). De plus, les femmes et les hommes à faible revenu sont plus portés à déclarer avoir deux ou plus de deux affections chroniques et être limités dans leurs activités par une affection chronique (Figure 2).
- Les femmes et les hommes autochtones sont plus portés que les femmes et les hommes d'autres groupes ethniques à affirmer avoir une santé médiocre ou mauvaise, de multiples affections chroniques et des activités limitées. 45 pour cent des femmes qui s'identifient comme étant autochtones disent que leurs activités sont limitées par une affection chronique.
- Les Ontariennes et les Ontariens parlant seulement le français ou ne parlant ni français ni anglais ont plus tendance à déclarer que leur santé est médiocre ou mauvaise que les personnes qui ne parlent que l'anglais ou qui parlent l'anglais et le français.
- Les Ontariennes et les Ontariens à faible revenu ont beaucoup plus tendance que les personnes ayant un revenu élevé à dire que la douleur ou l'inconfort les empêche de mener au moins une partie de leurs activités. Le quart des femmes et des hommes de l'Ontario affirment que la douleur limite leurs activités. Les femmes plus âgées sont les plus enclines à dire que leurs activités sont limitées par la douleur ou l'inconfort, et 35 pour cent des femmes à faible revenu âgées de 65 ans et plus disent que leurs activités sont limitées par la douleur (Figure 3).
- Le nombre d'hospitalisations dues à des chutes augmente avec l'âge, tant chez les femmes que chez les hommes, les taux les plus élevés étant observés chez les personnes de 80 ans et plus. Dans l'ensemble, en Ontario, 1 483 adultes âgés de 65 ans et plus sur 100 000 ont été hospitalisés en raison de blessures causées par des chutes en 2005-2006. Au cours de cette même année, un total de 1 837 femmes sur 100 000 et de 1 026 hommes sur 100 000 ont été hospitalisés en raison de blessures causées par des chutes.

Facteurs de risque d'affections chroniques

- Dans tous les groupes d'âge, les femmes ont plus tendance que les hommes à vivre dans des foyers à faible revenu. Les différences de revenu selon le sexe sont les plus marquées chez les personnes de 65 ans et plus. 47 pour cent des femmes âgées de 65 à 79 ans et 52 pour cent de celles qui sont âgées de 80 ans et plus déclarent avoir un faible revenu, comparé à 33 et 35 pour cent des hommes de ces deux groupes d'âge respectivement.
- Les immigrants récents, les membres des minorités raciales et ethniques et les francophones parlant uniquement le français ont plus tendance que l'ensemble de la population ontarienne à vivre dans des foyers à faible revenu.

- La proportion d’Ontariennes et d’Ontariens déclarant avoir quatre grands facteurs de risque qui augmentent le risque de maladies chroniques et le risque de morbidité et de mortalité prématurée qui s’y rattache (inactivité physique, consommation insuffisante de fruits et de légumes, surpoids et obésité et tabagisme) était élevé pour tous les niveaux de scolarité et de revenu (Figure 4).
- Plus les niveaux de scolarité et de revenu sont bas, plus la prévalence de ces facteurs de risque est élevée. Par exemple, les femmes et les hommes ayant un niveau de scolarité plus bas ont plus tendance à être des fumeurs – 28 pour cent de femmes et 40 pour cent d’hommes qui n’ont pas terminé leurs études secondaires, contre 8 pour cent de femmes et 13 pour cent d’hommes qui ont un baccalauréat ou un grade supérieur.
- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de dire qu’elles sont physiquement inactives, mais elles sont moins portées que les hommes à signaler une consommation insuffisante de fruits et de légumes, un surpoids ou l’obésité, et le tabagisme.
- Bien que 5 pour cent de l’ensemble de la population ontarienne aient déclaré ressentir une insécurité alimentaire, une personne à faible revenu sur quatre, femmes et hommes, dit ne pas avoir assez à manger, s’inquiéter de ne pas avoir assez à manger et ne pas manger d’aliments de qualité suffisante ou en quantité suffisante en raison d’un manque d’argent.

Maladies chroniques

- La majorité des femmes et des hommes de l’Ontario vivent avec au moins une affection chronique. Près d’une femme sur trois et d’un homme sur quatre ont deux maladies chroniques ou plus (Figure 5).
- On observe un gradient du revenu dans la prévalence de maladies chroniques courantes chez les femmes et chez les hommes, ainsi qu’un lien semblable avec le niveau de scolarité. Les femmes et les hommes ayant un revenu plus faible et un niveau de scolarité plus bas sont plus portés à affirmer avoir des affections chroniques courantes (hypertension, arthrite, maladie respiratoire obstructive, diabète, maladie cardiaque/accident cérébrovasculaire et dépression) ainsi que de multiples affections chroniques (comorbidité).
- La prévalence de comorbidité varie également selon l’ethnicité. Près de la moitié (48 pour cent) des femmes autochtones disent avoir deux affections chroniques ou plus, comparé à 16 pour cent des femmes l’Est et du Sud-Est de l’Asie (Figure 6).
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer souffrir d’arthrite, de dépression et de multiples affections chroniques.
- Parmi les femmes à faible revenu âgées de 65 ans et plus, deux sur trois disent être atteintes d’hypertension ou d’arthrite, une sur cinq déclare avoir le diabète et une sur quatre dit souffrir d’une maladie cardiaque ou d’un accident cérébrovasculaire.

Infections transmissibles sexuellement

- L'infection à chlamydia et ses conséquences affectent surtout les adolescentes et les jeunes femmes adultes (âgées de 15 à 24 ans).
- L'incidence déclarée d'infection par la gonorrhée est plus de deux fois plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 19 ans que chez les hommes adolescents. Dans le groupe d'âge des 20 ans et plus, les taux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, mais la différence est faible chez les 20 à 24 ans.
- Bien que les hommes soient plus susceptibles que les femmes d'être infectés par le VIH, le quart des nouveaux cas d'infections par le VIH se retrouve chez les femmes. Les facteurs de risque d'infection par le VIH sont très différents chez les femmes et chez les hommes. Chez les femmes de l'Ontario, la plupart des infections sont transmises par le biais de relations hétérosexuelles, tandis que chez les hommes, elles sont plutôt transmises par des relations homosexuelles.

Mortalité

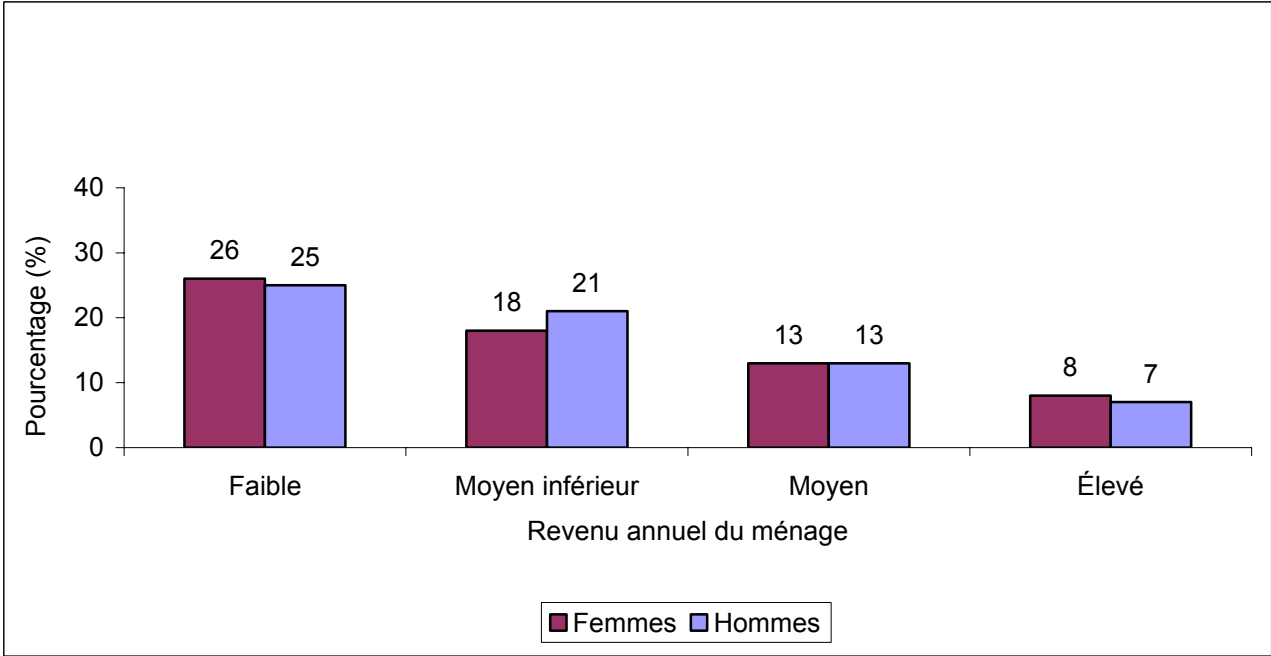
- Les femmes et les hommes ayant un faible revenu présentent des taux de mortalité plus élevés, tant pour l'ensemble des causes de décès que pour des causes précises – y compris les maladies chroniques, les infections et les blessures (sauf les accidents de la route). Ce groupe présente également une plus forte probabilité de décès prématuré, une durée de vie plus courte et une durée de vie plus courte sans invalidité, comparé aux personnes ayant un revenu plus élevé.
- Dans la plupart des mesures de la mortalité, on note un gradient du revenu dans tous les quintiles du revenu du quartier. De plus, les différences selon le sexe observées dans les taux de mortalité ont tendance à être les plus grandes chez les femmes, et les taux de survie sont nettement plus bas chez les hommes à faible revenu.
- Dans le quintile de revenu le plus bas, 41 pour cent des hommes et 26 pour cent des femmes décèdent avant l'âge de 75 ans (mortalité prématurée), comparé à 28 pour cent des hommes et à 19 pour cent des femmes dans le quintile du revenu le plus élevé (Figure 7).

L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le contenu de ce Rapport ne reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.

© 2009 St. Michael's Hospital and the Institute for Clinical Evaluative Sciences

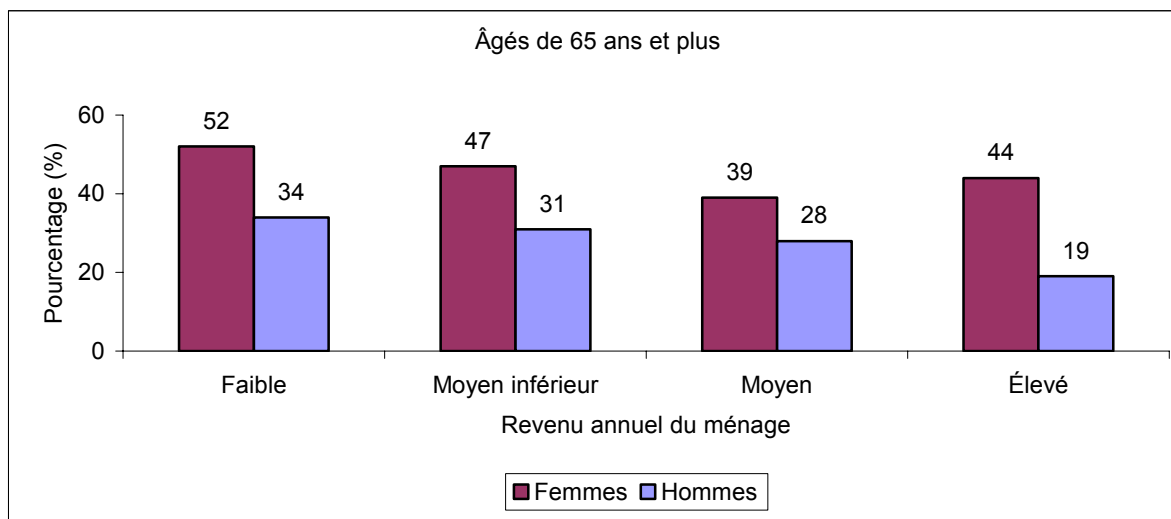
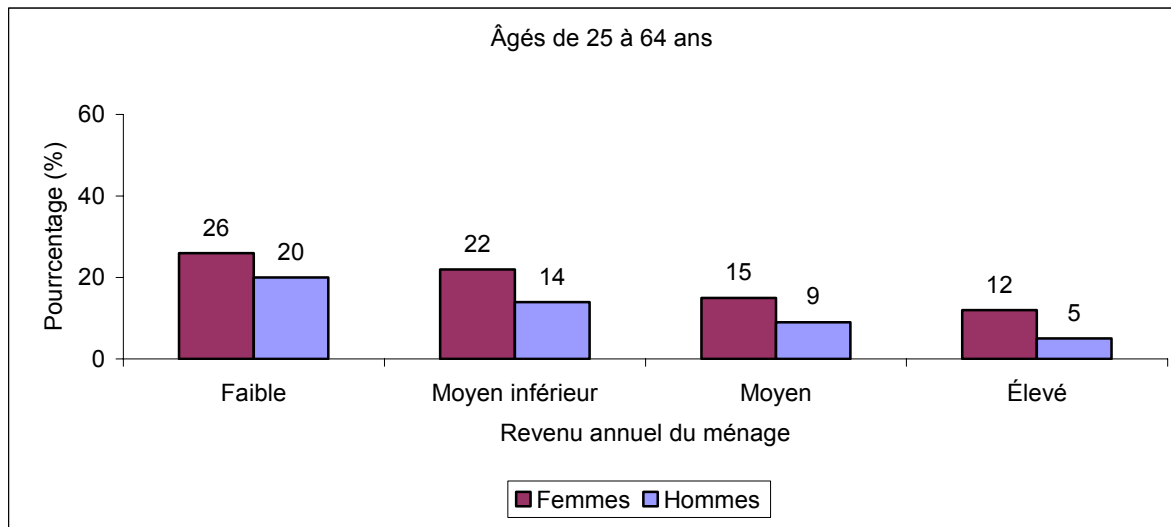
Pour ce chapitre: Bierman AS, Ahmad F, Angus J, Glazier RH, Vahabi M, Dusek J, Shiller SK, Li Y, Ross S, Shapiro G, Manuel D. Burden of Illness. In Bierman AS, editor. Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Volume 1: Toronto; 2009

Figure 1. Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus ayant déclaré avoir une santé médiocre ou mauvaise, par sexe et par revenu annuel du ménage, en Ontario, 2005



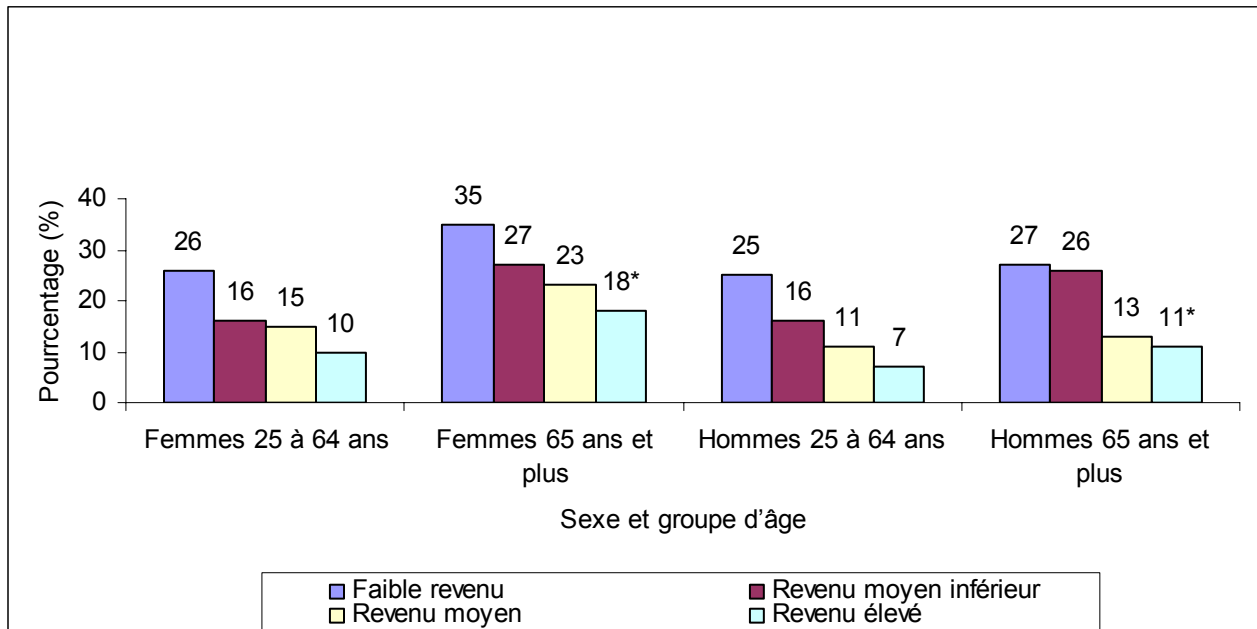
Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1

Figure 2. Pourcentage selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus (65 ans et plus) ayant déclaré être limités dans leurs activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ou leurs activités de la vie quotidienne (AVQ), par sexe et par revenu annuel du ménage, en Ontario, 2005



Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1

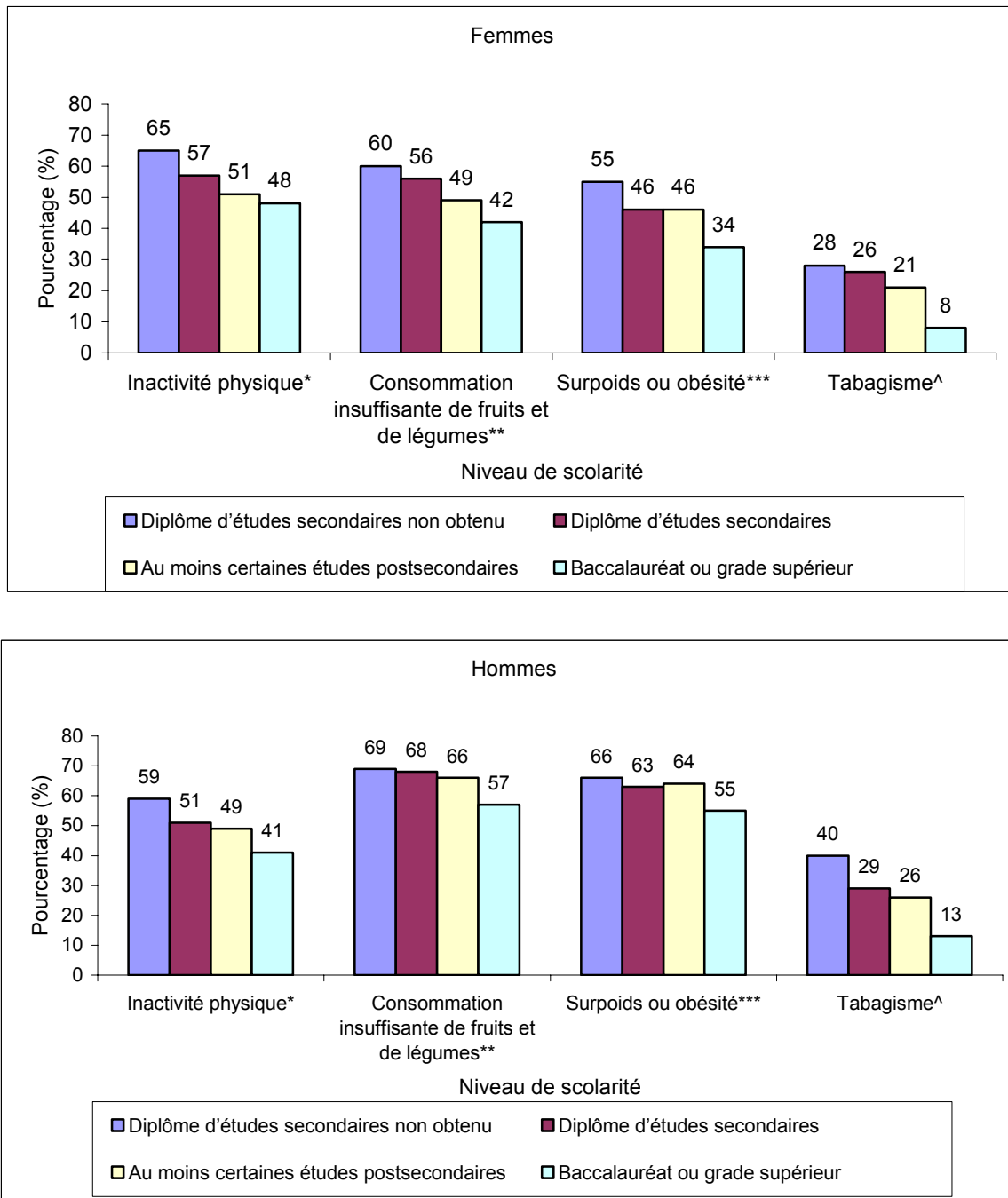
Figure 3. Pourcentage selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus ayant déclaré être limités dans leurs activités à cause de la douleur ou de l'inconfort, par sexe et par revenu annuel du ménage, Ontario, 2005



Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1

*Interpréter avec prudence étant donné la grande variabilité d'échantillonnage

Figure 4. Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus ayant déclaré avoir des comportements liés à la santé qui augmentent le risque de maladies chroniques, par sexe et par niveau de scolarité, en Ontario, 2005



Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1

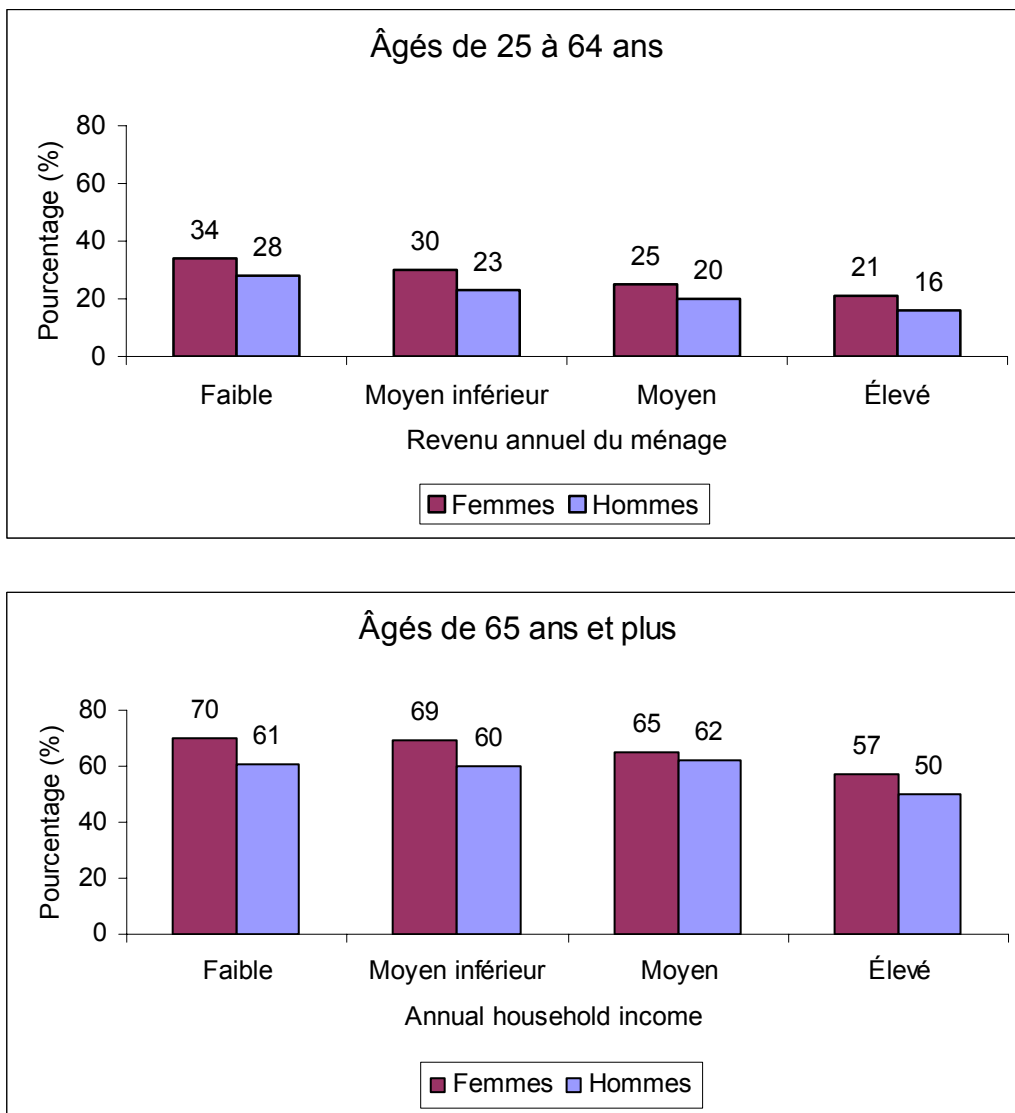
*Indice d'activité physique de <1,5 kca/kg/jour

**Consommation quotidienne de moins de cinq portions de fruits et de légumes

***Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 , calculé à partir de la grandeur et du poids signalés par les participants

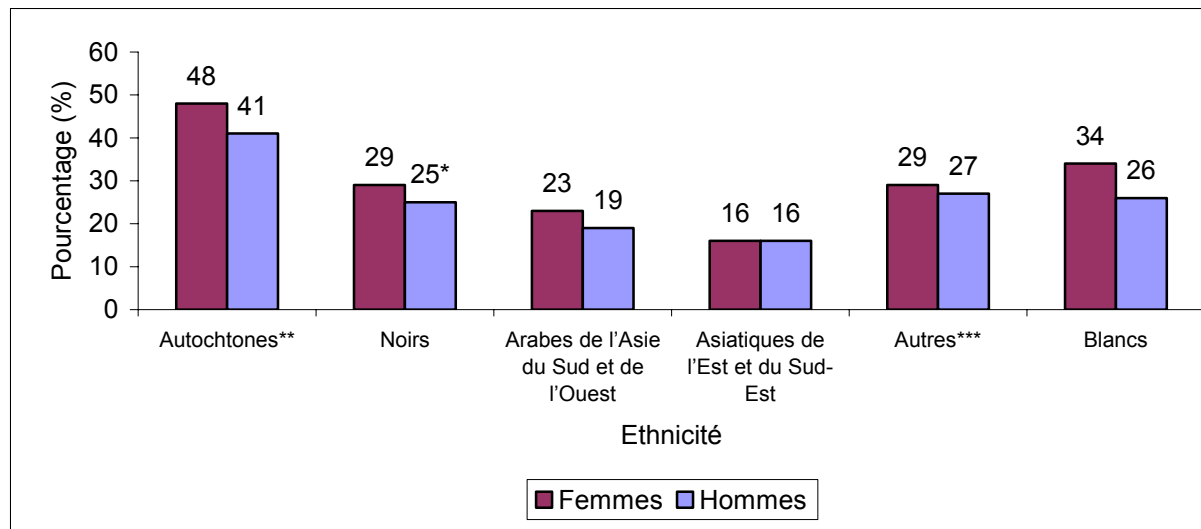
^Fumeurs actuels (réguliers ou occasionnels)

Figure 5. Pourcentage selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus (65 ans et plus) ayant déclaré avoir deux affections chroniques ou plus, par sexe et par revenu annuel du ménage, en Ontario, 2005



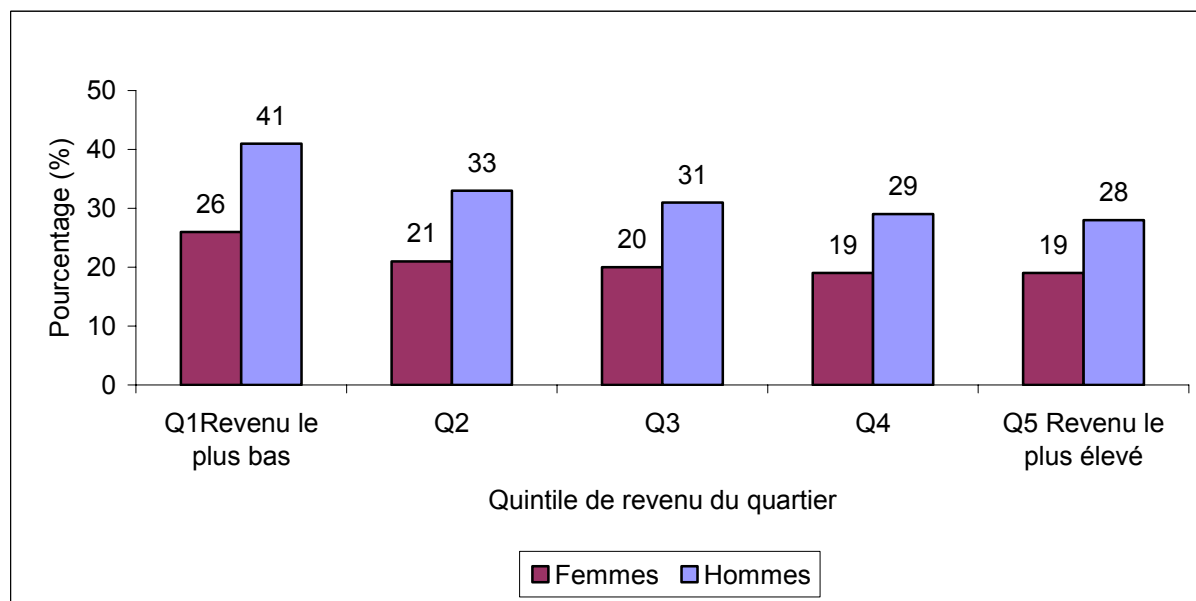
Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1

Figure 6. Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus ayant déclaré avoir deux affections chroniques ou plus, par sexe et par ethnicité, en Ontario, 2005



Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1
 **Cette catégorie inclut les adultes qui se déclarent Autochtones hors réserve (Indiens de l'Amérique du Nord, Métis et Inuits)
 ***Cette catégorie inclut les personnes d'origine latino-américaine, d'autres origines raciales et d'origines multiraciales
 Remarque : Les noms des groupes ethniques sont ceux qu'emploie Statistique Canada dans l'ESCC

Figure 7. Taux de mortalité prématurée (pourcentage de personnes décédées avant l'âge de 75 ans) par sexe et par quintile de revenu du quartier, en Ontario, 2001



Source de données : Statistique Canada, Base canadienne de données sur la mortalité et Recensement de 2001
 *Seules les régions métropolitaines de recensement (RMR) de l'Ontario sont incluses