

PORTRAIT DE SANTÉ
DE LA RÉGION DE LA MAURICIE ET DU
CENTRE-DU-QUÉBEC
Planification stratégique régionale
2015-2020



Ce portrait de la santé et du bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est réalisé dans le cadre de la planification stratégique 2015-2020 de la région. À cet égard, ce portrait se veut plus synthétique. Des portraits similaires sont aussi produits au niveau des Réseaux locaux de services (RLS). Toutefois, le portrait régional aborde plus de thèmes que les portraits locaux du fait de la disponibilité de certaines données. Les considérations temporelles seront aussi abordées dans le document régional, les données locales, du fait de leur précision moindre, se prêtant moins à cette analyse. Le lecteur retrouvera aussi en annexe un court texte illustrant comment utiliser le portrait de santé sous l'angle de la responsabilité populationnelle.

Les indicateurs retenus dans ce portrait sont tirés du *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants* et ils se retrouvent pour l'essentiel à l'Infocentre national de santé publique. Soulignons qu'un recueil statistique plus complet tiré de l'Infocentre vient accompagner l'analyse du présent document.

L'analyse de la situation régionale sera réalisée en comparaison des tendances ou des valeurs québécoises quant à ces indicateurs. Les comparaisons au niveau local seront faites principalement avec les résultats du Québec et accessoirement avec ceux de la région.

Dans le cadre de ce portrait stratégique, certaines mesures (taux ou proportions) présentent des valeurs brutes et ajustées (standardisées selon l'âge). Les mesures brutes, qui rapportent les cas observés à la population concernée, sont utiles à la planification en indiquant notamment si le fardeau du problème est important dans le territoire. Par contre, les mesures ajustées, qui contrôlent pour l'effet d'âge, permettent de comparer un phénomène donné dans le temps et dans l'espace indépendamment de la structure d'âge de la population du territoire. Ce sont les mesures ajustées qui permettent de voir si un territoire présente des problèmes particuliers ou si l'évolution d'un phénomène est favorable ou non.

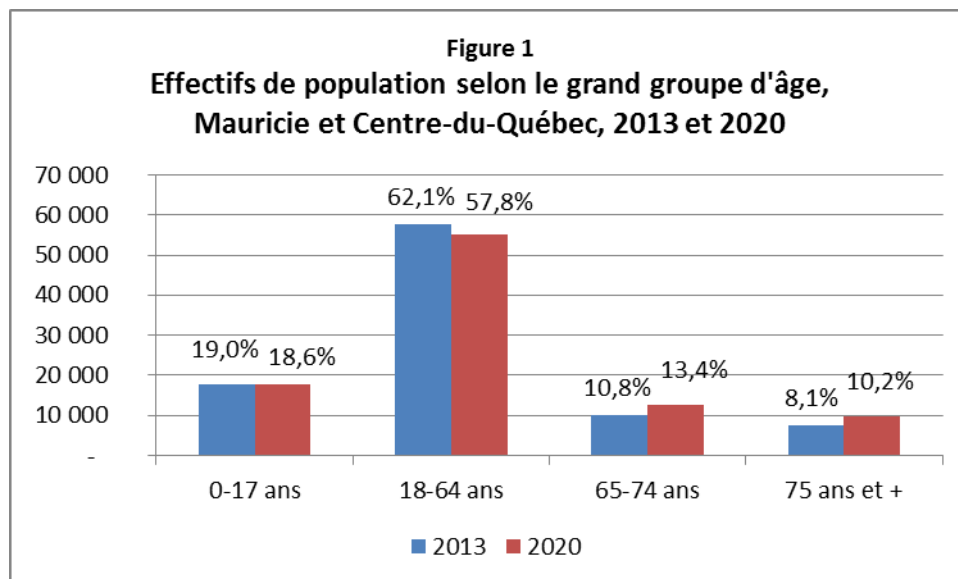
Conditions sociodémographiques

Avec 501 352 habitants en 2013, il s'agit de la 4^e région la plus peuplée du Québec, mais sa population ne représente que 6 % de la population québécoise. Son territoire est vaste, ce qui en fait une région avec une faible densité. Plus de 8 600 habitants de la région déclarent avoir une identité autochtone (soit 1,8 % de la population) principalement concentrés dans le nord du territoire.

La région présente un accroissement naturel positif de 1 pour 1 000 personnes (on y compte encore plus de naissances que de décès), mais cette valeur est inférieure à celle du Québec (3,6). La population de ce territoire a crû de 2009 à 2013, mais moins rapidement qu'au Québec (1,8 % c. 3,2 %). De fait, si la région a connu un léger solde migratoire positif, elle présente des pertes importantes chez les jeunes adultes.

Près de 18 % de la population a moins de 18 ans. On compte 99 905 personnes de 65 ans et plus sur ce territoire, soit 19,9 % de la population. Ce pourcentage est supérieur à la valeur nationale (16,7 %) et en fait la troisième région du Québec avec le plus fort pourcentage de personnes âgées. À l'intérieur de ce groupe d'âge, les personnes de 75 ans et plus (43 815 individus) représentent 8,7 % de la population.

Entre 2013 et 2020, la population de 65 ans et plus augmentera de plus de 26 200 personnes (26 % de plus) pour atteindre 24 % de la population (11 % de 75 ans et plus). Les personnes âgées constitueront l'essentiel de l'accroissement de la population pour cette période (les effectifs des moins de 18 ans n'étant appelé à augmenter que de 2 % et la population de 18-64 ans à diminuer de près de 5 %) (figure 1).



On observe en moyenne près de 4 900 naissances par année sur ce territoire avec un taux global de 45,7 naissances pour 1 000 femmes de 15-49 ans (46,7 au Québec) et un indice de fécondité de 1,75 enfant par femme (1,71 au Québec). La fécondité des femmes de la région diffère donc peu des valeurs nationales. Toutefois, les comportements féconds y sont plus précoces qu'au Québec. Ainsi, les femmes de 30 ans et plus présentent des taux de fécondité inférieurs à ceux du Québec, alors que celles de moins de 30 affichent des taux supérieurs (tableau p. 10). Ce taux de fécondité plus élevé chez les jeunes femmes de la région s'observe même chez celles de 15-19 ans. Par contre, le taux de grossesse des jeunes filles de 14-17 ans est stable (12 pour 1 000) et se compare à celui du Québec. Le taux d'interruption volontaire de grossesse est moindre chez les femmes de 14-49 ans de la région que pour leurs pareilles du Québec (10 c. 14 pour 1 000).

Conditions socioculturelles

Sur les familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans, 26,6 % sont en situation de monoparentalité. Ainsi, 23,1 % des jeunes de moins de 18 ans vivent en famille monoparentale. Ces valeurs sont légèrement supérieures à celles du Québec.

Près d'une personne de 65 ans et plus sur trois habite seule (31,1 %) et 87,1 % des aînés vivent en ménage privé dans la région (soit moins qu'au Québec : 89,8 %).

Conditions socioéconomiques

Parmi les adultes de 25-64 ans, 17,7 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 13,8 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). Le niveau de scolarité s'est, toutefois, grandement amélioré dans la région, à l'instar du Québec. Une plus forte proportion des garçons de la région présentent un risque élevé de décrochage scolaire qu'au Québec (28 % c. 24 %).

Rappelons au chapitre de la situation socio-économique que la population de la région se démarque défavorablement du Québec au chapitre du taux d'emploi (56,1 % c. 59,9 %), et ce, depuis plusieurs années. Par contre, le taux de chômage s'y compare (7,5 %).

En 2005, 15,5 % de la population vivait au sein de ménages sous le seuil de faible revenu avant impôt (moins qu'au Québec : 17,1 %). Il est à noter que les femmes se retrouvent en plus grande proportion que les hommes dans cette situation (tableau p. 14). Du fait des programmes sociaux, la proportion de ceux vivant au sein de ménages sous le seuil de faible revenu diminue à 10,2 % après impôt. En lien avec ce point, la région continue d'avoir proportionnellement davantage de prestataires de l'aide sociale qu'au Québec (8,9 % c. 6,9 %). Malgré une diminution depuis 10 ans, les 65 ans et plus y sont plus nombreux à bénéficier du supplément de revenu garanti comparativement au Québec (53 % c. 44,5 %).

Sur le plan de l'inégalité sociale et matérielle, signalons que 92 % des communautés très défavorisées de la Mauricie et du Centre-du-Québec se retrouvent en milieu urbain. En outre, plus des trois quarts des communautés les plus favorisées de la région se retrouvent également en milieu urbain en se déployant un peu à la manière de cercles concentriques autour de la catégorie des communautés les plus favorisées (Boisvert, Pepin et Lemay, 2010).

L'espérance de vie est comme ailleurs liée à la défavorisation matérielle et sociale. Une différence de 5 ans d'espérance de vie a été observée pour les hommes habitant les communautés les plus défavorisées de la région comparativement aux hommes des communautés favorisées (Boisvert et Pepin, 2004). Au Québec, la différence est encore plus marquée et se note aussi chez les femmes (Pampalon et Raymond, 2003).

Environnement social

Environ 51 % de la population de 15 ans et plus se déclare très satisfaite de sa vie sociale, ce qui est plus important qu'au Québec (47 %). Il est à noter que la région se démarque aussi favorablement de la valeur québécoise par sa proportion de 12 ans et plus n'ayant pas un niveau élevé de soutien social (9 %) ou pour la proportion de la population présentant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté (8 %).

On constate, par ailleurs, que 20,7 % de la population de 15 ans et plus prodigue des soins aux personnes âgées sans rémunération (davantage qu'au Québec : 18,6 %).

Habitudes de vie et comportements

Certaines habitudes de vie et comportements sont à la source de maladies et de complications, particulièrement de maladies chroniques et de maladies infectieuses.

Habitudes de vie pour la population générale

Rappelons en premier chef que l'ensemble de la Mauricie et du Centre-du-Québec ne se démarque pas du Québec quant au nombre de fumeurs actuels chez les 12 ans et plus (23 %). Toutefois, la tendance à la baisse du nombre de fumeurs paraît freinée. On compte encore trop de fumeurs chez les 20-24 ans (31 %) et l'initiation au tabagisme se fait davantage avant 20 ans dans la région qu'au Québec (88 % c. 79 %).

On constate aussi que 50 % de la population ne consomme toujours pas au moins 5 fois par jour des fruits et légumes (61 % des hommes et 39 % des femmes) et que seulement 35 % des 18 ans et plus sont actifs physiquement. Chez les 12-17 ans, 48 % des garçons et 28 % des filles atteignent l'intensité recommandée d'activité pour les jeunes de cet âge. Les filles restent toujours moins enclines à atteindre ces recommandations. Sur le plan des autres habitudes de vie, près de 12 % de la population de 15 ans et plus de la région rapporte avoir consommé de la drogue dans la dernière année, davantage chez les 15-24 ans.

Habitudes de vie pour les jeunes du secondaire

Les bonnes comme les mauvaises habitudes se prennent tôt et rappelons qu'elles sont aussi influencées par le milieu familial.

Ainsi, près de 89 % des jeunes du secondaire sont non-fumeurs. Toutefois, un nombre insuffisant de ces jeunes consomment au moins leurs cinq portions quotidiennes de fruits et légumes (48 % c. 52 % au Québec) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (31 %).

De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves de la région reste importante (48 %) supérieure même à celle du Québec (41 %). Ce comportement augmente avec le niveau scolaire (Pepin et Bernier, 2013). Finalement, 10 % des jeunes du secondaire ont soit une consommation problématique de drogues et d'alcool (6 %) ou un problème de consommation en émergence (4 %).

Comportements préventifs

Sur le plan des comportements préventifs, seulement 67 % des femmes de 18-69 ans de la région ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années (73 % au Québec). Par contre, les femmes de 50-69 ans de la Mauricie et du Centre-du-Québec se démarquent favorablement de leurs pareilles du Québec en étant plus nombreuses à avoir recouru à la mammographie de dépistage bilatérale au cours des deux dernières années (63,9 % c. 57,8 %).

De plus, près de 89 % de la population de 18 ans et plus rapporte une prise de leur tension artérielle lors d'une dernière visite chez un professionnel de la santé ce qui est supérieur à la valeur québécoise (83 %).

À un autre niveau, près de 10 % des conducteurs ne portent pas leur ceinture de sécurité la nuit. On observe encore trop peu de cyclistes portant le casque et son recours est moins répandu dans la région qu'au Québec (35 % c. 43 %). La région se démarque aussi négativement du Québec quant au nombre de titulaires de permis de conduire condamnés pour conduites avec facultés affaiblies (329 c. 255 pour 100 000 titulaires).

État de santé

Environ 54 % de la population de 15 ans et plus de la région estime sa santé excellente ou très bonne, mais 12 % ne la considère pas bonne. Cette dernière proportion s'élève à 25 % chez les 65 ans et plus. La population de la région éprouve une incapacité en proportion comparable au Québec (12,6 %). Les maux de dos touchent 19 % des 12 ans et plus et l'arthrite est rapportée par 12 % des 15 ans et plus (la population institutionnalisée est exclue de ces indicateurs).

Les facteurs de risque

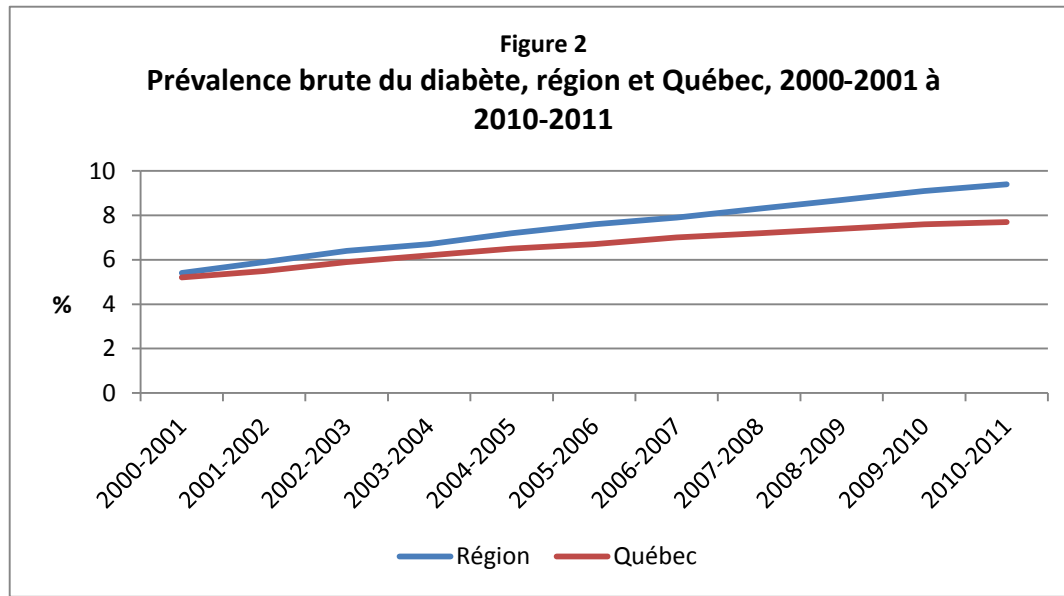
Au sein de la population, des catégories de personnes sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé importants. Ainsi, 54 % de la population de 18 ans et plus présente un surpoids. La proportion d'obèses s'élève à 18 % (16 % au Québec). Rappelons qu'on ne comptait que 8 % d'obèses en 1987.

Chez les 20 ans et plus, près d'une personne sur quatre (25,1 %) est hypertendue et 9 % sont diabétiques. Cette dernière prévalence est en augmentation constante depuis l'an 2000 (figure 2). Ces proportions sont un peu supérieures à celles du Québec, mais cet écart est attribuable à la structure par âge plus vieille de la région. Les valeurs ajustées selon l'âge pour ces deux indicateurs se comparant avantageusement à celles du Québec (tableaux p. 25). Rappelons que l'obésité, le diabète et l'hypertension (qui seront plus importants avec le vieillissement projeté) sont des facteurs de risque du syndrome métabolique.

Le taux brut est le rapport du nombre de cas sur la population à risque de développer l'événement au cours de la période. Il traduit la vitesse d'apparition des cas dans la population. Le taux brut est un bon indicateur du fardeau d'un problème de santé dans une population et il sert à prévoir les budgets sanitaires et à planifier les besoins en santé publique. Le taux brut sera fortement influencé par la structure d'âge de la population concernée si le phénomène mesuré est intimement associé à l'âge. Ce qui est souvent le cas pour de nombreux indicateurs de santé.

Les taux ajustés, en contrôlant l'effet d'âge, permettent de comparer la valeur du phénomène dans le temps ou dans l'espace ou encore selon le sexe. Le taux n'a pas de signification en soi puisqu'il réfère à une structure de population fictive, mais il permet de voir si d'autres facteurs que l'âge (habitudes de vie, caractéristiques socio-économiques, facteurs environnementaux, etc.) sont susceptibles d'affecter la problématique.

*Certaines valeurs sont accompagnées d'un * qui indique un coefficient de variation nécessitant une prudence dans l'interprétation des résultats. La présence de ** indique un coefficient de variation élevé. L'estimation est imprécise et n'est fournie qu'à titre indicatif seulement.*



Les hospitalisations

Les maladies de l'appareil circulatoire, celles de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, les lésions traumatiques et les tumeurs constituent les principales causes d'hospitalisation (si on exclut celles pour grossesses et accouchements) (tableau p. 22).

Les résidents de la région présentent un taux ajusté d'hospitalisation de courte durée supérieur à celui du Québec (822 c. 763 pour 10 000). Ainsi, sans égard à sa structure par âge, la population régionale est davantage hospitalisée que celle du Québec. Le vieillissement plus marqué de la région vient accroître cette tendance. L'écart avec le Québec se voit pour toutes les principales causes d'hospitalisation sauf les tumeurs (tableau p. 22).

L'espérance de vie

De façon générale, l'état de santé global de la population s'est amélioré. L'espérance de vie dans la région s'est accrue de 6 ans chez les hommes depuis une vingtaine d'années pour atteindre 77,6 ans en 2005-2009. La hausse pour la même période n'a été que de 3,1 ans chez les femmes (83,1 ans en 2005-2009).

L'espérance de vie à la naissance des hommes de la région demeure moindre qu'au Québec (77,6 ans contre 78,4 ans) alors que celle des femmes est similaire. De son côté, l'espérance de vie sans incapacité s'élève en 2006 à 67,3 ans (66,3 chez les hommes et 68,4 ans chez les femmes).

La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer

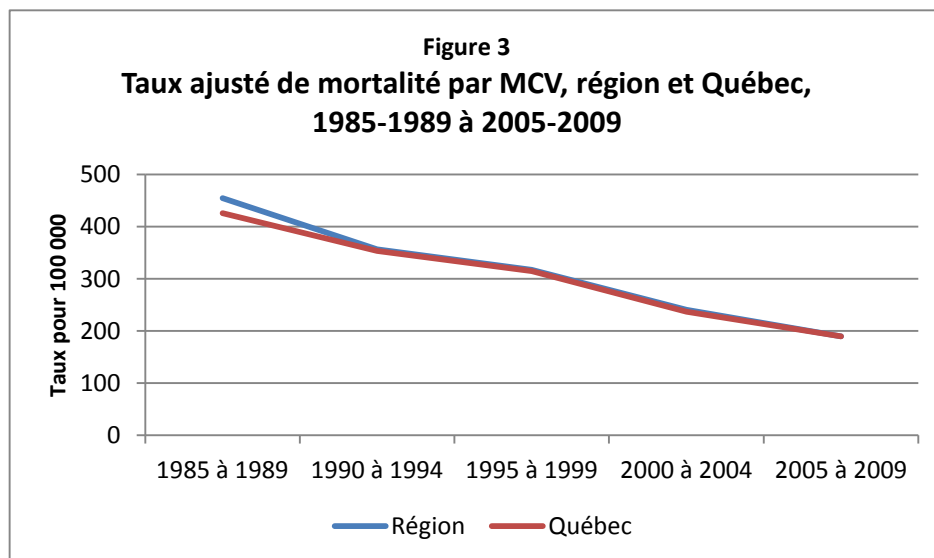
On compte en moyenne près de 4 300 décès par année dans la région. Les décès par tumeurs précèdent en nombre ceux par maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire. Vieillesse aidant, les maladies du système nerveux (qui comprennent majoritairement la maladie d'Alzheimer et de Parkinson) s'installent au quatrième rang devant les traumatismes non intentionnels au 5^e rang (tableau p. 24).

Le taux brut et le taux ajusté de mortalité y sont supérieurs à ceux du Québec. Ce dernier taux (740 c. 720 pour 100 000) indique une surmortalité de la Mauricie et du Centre-du-Québec comparativement à la province qui n'est pas attribuable à sa structure par âge plus vieillissante. De fait, cette mortalité plus importante se note de manière statistiquement significative chez les 5-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans et 45-64 ans, ce qui fait diminuer l'espérance de vie des hommes de la région (tableau p. 23).

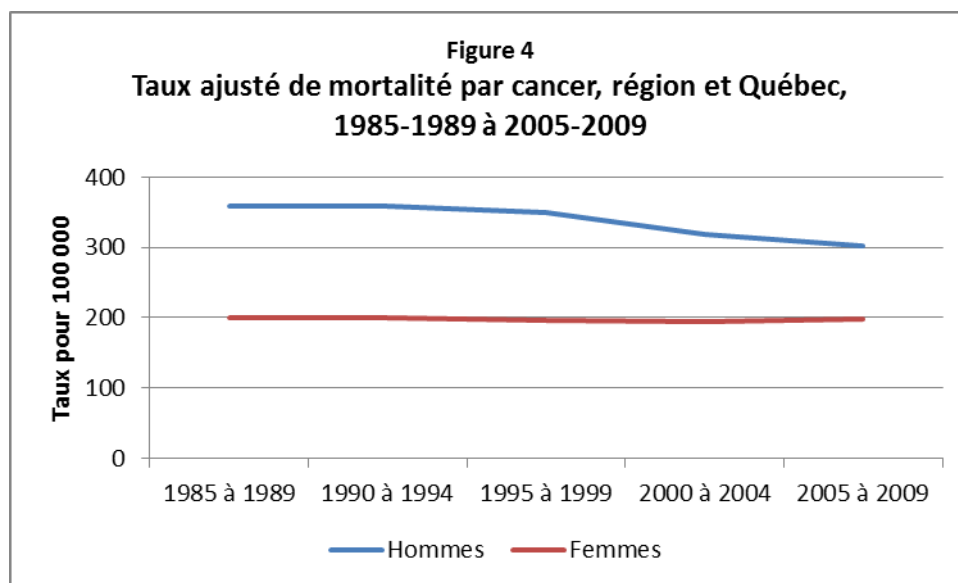
En outre, cet écart préoccupant concerne les maladies de l'appareil respiratoire, celles du système nerveux et les traumatismes non intentionnels. Par contre le taux ajusté de mortalité par maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques de la région est inférieur à celui du Québec. Les taux ajustés de mortalité par cancer et par maladies de l'appareil circulatoire de la région sont similaires à ceux du Québec (tableau p. 24).

Du fait du vieillissement plus important de la population régionale, ses taux bruts de mortalité sont supérieurs à ceux du Québec pour toutes les principales causes de décès sauf les maladies endocriniennes (tableau p. 24). Le vieillissement de la population vient ainsi augmenter le défi posé par les maladies chroniques en augmentant leur fardeau. Mais il faut rappeler que ces maladies sont généralement évitables ou que leur survenue peut être retardée. Les effets des maladies chroniques sont lourds sur la qualité de vie de la personne atteinte et sur les ressources sociosanitaires.

Il faut signaler les gains importants qui ont été faits dans la lutte contre la mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire qui a diminué de moitié depuis une vingtaine d'années (figure 3). Ce progrès pourrait être compromis par l'augmentation de l'obésité et du diabète que l'on observe présentement dans la population.



La mortalité par cancer est préoccupante, les tumeurs malignes constituent maintenant près du tiers (32 %) des décès. Toutefois, la mortalité pour l'ensemble des tumeurs s'est améliorée depuis les 20 dernières années essentiellement chez les hommes (figure 4). Le dépistage, les traitements et l'amélioration de certaines habitudes de vie (comme la diminution du tabagisme) ont notamment contribué à cette amélioration.



On observe en moyenne environ 3 000 nouveaux cas de cancer par année dans la région. Les tumeurs malignes du poumon, du sein, colorectales et de la prostate comptent pour plus de la moitié de ces nouveaux cas de cancers. Au chapitre du taux ajusté d'incidence pour l'ensemble des cancers (526 pour 100 000), la situation régionale se compare à celle du Québec. Toutefois, selon le siège de la tumeur, on y compte davantage de cancers du poumon et de cancers de la prostate qu'au Québec, alors que la région se démarque favorablement du national pour le cancer du sein ou de l'estomac (tableau p. 26). En cohérence avec l'incidence, la région présente un taux ajusté de mortalité supérieur au Québec pour le cancer du poumon et un taux de mortalité plus favorable pour le cancer du sein (tableau p. 26).

Cela dit, le vieillissement plus marqué de la région entraîne des taux bruts d'incidence supérieurs au Québec pour l'ensemble des cancers (notamment au chapitre des cancers colorectaux, du rein et de la vessie) et aggrave l'incidence déjà plus élevée du cancer du poumon (tableau p. 26). Le vieillissement de la population vient aussi alourdir le fardeau de la mortalité par cancer comparativement au Québec pour la plupart des principaux sièges (tableau p. 26).

Pour les principaux sous-regroupements des maladies de l'appareil respiratoire, la surmortalité régionale par rapport à la province s'observe tant pour les gripes et pneumopathies que les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (le vieillissement de la population vient en plus accentuer ces problèmes) (tableau p. 27).

Les taux ajustés de la région pour la plupart des sous-regroupements des maladies de l'appareil circulatoire se comparent à ceux du Québec (sauf pour un excès pour les autres formes de cardiopathies). Mais, là encore, le vieillissement de la population entraîne des taux bruts supérieurs à ceux du Québec pour ces regroupements (tableau p. 26).

La santé des nouveau-nés

Près de 5 nouveau-nés sur 1 000 naissances décèdent avant leur première année, les progrès ont été marqués à ce chapitre depuis une vingtaine d'années. Il reste que 7,3 % des naissances sont prématurées et que 8,4 % des nouveau-nés ont un faible poids selon l'âge gestationnel.

Les traumatismes

Environ 11 % de la population de 15 ans et plus a été victime au cours de la dernière année d'une blessure non intentionnelle assez grave pour limiter les activités de la vie quotidienne.

On constate, par ailleurs, que les chutes et les accidents de transport vont chercher la majorité des décès pour traumatismes non intentionnels. Les 65 ans et plus comptent pour l'essentiel des décès par chute (tableau p. 28).

La surmortalité par traumatismes non intentionnels de la région comparativement au Québec est attribuable tant aux chutes qu'aux accidents de la route (tableau p. 28). Ces derniers sont généralement plus fréquents pour les territoires moins densément urbanisés qui présentent de plus grandes distances à parcourir. Les traumatismes routiers contribuent nettement à la surmortalité régionale des jeunes adultes.

Les maladies infectieuses

Plusieurs maladies évitables par la vaccination reviennent en force. L'écllosion de rougeole dans la région a été la plus importante en Amérique du Nord. On note également une écllosion de coqueluche.

Parmi les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), mentionnons la chlamydie génitale qui va chercher l'incidence la plus élevée (279 pour 100 000 en 2012). Ce taux est supérieur à celui du Québec (251 pour 100 000). Cette incidence plus importante s'est même amplifiée ces dernières années (214 pour 100 000 en 2008).

On note aussi dans la région une recrudescence de certaines ITSS quasi disparues telles la gonorrhée ou la syphilis.

État de santé psychosociale ou mentale

Nous disposons de peu d'indicateurs sur ces aspects.

Santé psychosociale

Environ 37 % des jeunes du secondaire de la région ont commis des conduites délinquantes au cours de la dernière année (ce qui est moins qu'au Québec : 41 %). Les élèves de la région sont aussi moins nombreux à avoir connu la victimisation à l'école qu'au Québec, mais ce phénomène rejoint tout de même un élève sur trois (34 %).

Malgré tout, le taux de jeunes de 12-17 ans de la région ayant contrevenu au Code criminel et aux lois est supérieur à celui du Québec (76 pour 1 000 jeunes contre 61 pour 1 000 jeunes). Le taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse de la région (9,2 pour 1 000 jeunes) y est aussi supérieur à celui du Québec (5,9 pour 1 000).

Par ailleurs, on rapporte à peine moins de crimes pour violence conjugale chez les femmes dans la région qu'au Québec (environ 386 pour 100 000 femmes contre 417 pour 100 000 au Québec).

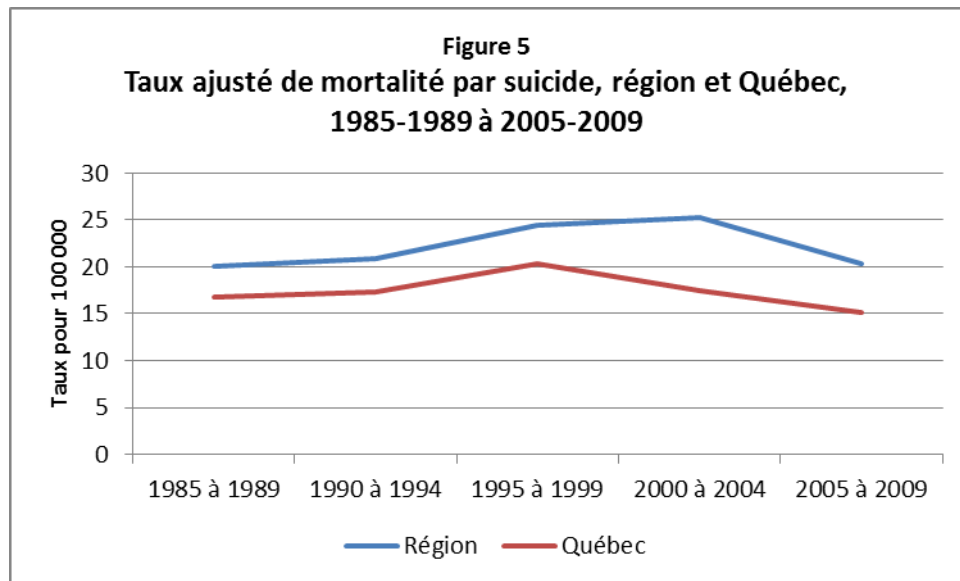
En milieu de travail, plus du tiers (36 %) des travailleurs de 15-74 ans déclarent un stress quotidien élevé au travail. Les travailleurs de la région sont un peu plus nombreux à rapporter une latitude décisionnelle faible au travail que leurs pairs du Québec (47 % c. 44 %).

Santé mentale

Près de 11 % de la population régionale présente un trouble mental (54 700 personnes). Environ les deux tiers de ces problèmes (65 %) sont des troubles anxio-dépressifs. Ces derniers troubles touchent 33 300 individus (soit 7 % de la population). La prévalence des troubles schizophréniques est nettement moindre (1 900 personnes pour 0,4 % de la population).

Une proportion relativement marginale de la population ne s'estime pas en bonne santé mentale (*5 %) alors que 74 % de la population déclare avoir une santé mentale excellente ou très bonne. Une personne sur 4 (24 %) présente un stress quotidien élevé. La population de la région n'est pas plus nombreuse à présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que celle de l'ensemble du Québec (20 %). Dans la région, comme dans le reste du Québec, les femmes sont plus nombreuses à présenter un score élevé à l'indice (25 % c. 16 %). Par contre, les jeunes du secondaire de la région sont légèrement moins nombreux à présenter un niveau élevé à l'indice de détresse que ceux du Québec (19 % c. 21 %).

De même, l'idéation suicidaire sérieuse apparaît moins importante qu'au Québec, mais touche tout de même près de 1 200 personnes dans la région. Pourtant, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se démarque toujours du Québec par une surmortalité par suicide (20 c. 15 pour 100 000). Le taux a, plus tardivement qu'au Québec, connu une diminution, et on compte encore près d'une centaine de suicides par année (figure 5).



Expérience de soins

Lors de la dernière enquête sur l'expérience de soins de 2010-2011, 85 % des 15 ans et plus de la région ont affirmé avoir un médecin de famille (soit plus qu'au Québec : 79 %) et 28 % confirment avoir consulté un médecin spécialiste à la suite d'une référence au cours de la dernière année (30 % au Québec). Toujours en 2010-2011, la proportion de personnes de 15 ans et plus de la région ayant consulté au cours d'une période de 12 mois pour elle-même ou pour un proche au moins un professionnel des services sociaux est de 12 %.

Environ 10 % de la population déclare avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. De plus, 32 % des résidents de la région disent avoir consulté au moins une fois un médecin à l'urgence au cours de la dernière année (contre 26 % au Québec)

Toujours selon la même enquête, 76 % de la population affirme avoir pris des médicaments prescrits par un médecin au cours de la dernière année. Notons que parmi les personnes ayant reçu une ordonnance pour un test de laboratoire ou un examen radiologique, seulement 10 % n'ont pas passé ce dernier test ou examen prescrit.

En conclusion

Avec 501 352 habitants, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec est la 4^e la plus peuplée du Québec, mais sa population ne représente que 6 % de la population québécoise. La région est une des plus vieillissantes de la province. De fait, sa croissance naturelle y est peu marquée et la région présente une faible croissance migratoire. La fécondité y est plus précoce qu'au Québec, le choix de la maternité s'exerce plus tôt dans la région.

Comparativement au Québec, la Mauricie et le Centre-du-Québec présente une certaine sous-scolarité. Le taux d'emploi y est plus faible qu'au Québec et la région dépend davantage de paiements de transfert (aide sociale, supplément de revenu garanti).

Toutefois, une des forces de la région réside dans son environnement social, les résidents y sont plus satisfaits de leur vie sociale qu'au Québec et ils prodiguent plus volontiers des soins aux personnes âgées.

Comme pour le reste du Québec, des améliorations sont souhaitables au niveau des habitudes de vie (tabagisme, activité physique, consommation de fruits et légumes) et des comportements préventifs de la population de la région. De fait, les femmes de la région recourent moins au test de PAP comparativement aux Québécoises.

En outre, les jeunes du secondaire présentent des problématiques plus marquées encore qu'au Québec quant à la consommation excessive d'alcool ou sur le plan d'une consommation insuffisante de fruits et légumes.

L'obésité est légèrement plus prévalente dans la région qu'au Québec.

Les hommes de la région affichent une espérance de vie inférieure à celle du Québec. De fait, on note une surmortalité comparativement au Québec chez les jeunes et les adultes de moins de 65 ans. Ces écarts sont à lier à la surmortalité par traumatismes non intentionnels (par accident de la route notamment) et par suicide de la région.

Indépendamment de sa structure par âge, la région présente sur le plan des maladies chroniques, une surmortalité comparativement au Québec pour les maladies de l'appareil respiratoire qui perdurent depuis une dizaine d'années et une incidence plus élevée du cancer du poumon et de la prostate.

En fait, le vieillissement de sa population constitue un des grands défis de la région. Déjà, il contribue beaucoup à y augmenter l'importance du diabète ou de l'hypertension et le fardeau des maladies chroniques (cancer, MCV, maladies de l'appareil respiratoire ou digestif, etc.) comparativement au Québec, alors que les mesures contrôlant pour l'âge n'indiquent souvent pas de problématiques particulières pour la région. Il faut souligner la surmortalité pour les maladies du système nerveux

comparativement au Québec qui peut être le reflet du pourcentage plus élevé de personnes âgées en institution dans la région.

Enfin, sur le plan de la santé mentale et psychosociale, les quelques indicateurs disponibles ne permettent pas de déceler des problématiques plus marquées qu'ailleurs, toutefois le taux de mortalité par suicide y demeure supérieur à celui du Québec.

*Sylvie Bernier et Yves Pepin
Équipe Surveillance-Évaluation
Direction de santé publique
Février 2014*

Bibliographie

Réal BOISVERT et Yves PEPIN (2004), *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique (phase II)*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 89 pages.

Réal BOISVERT, Yves PEPIN et Frédéric LEMAY (2010), *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique (phase III)*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 92 pages.

Robert PAMPALON et Guy RAYMOND (2003), « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, p. 191-208.

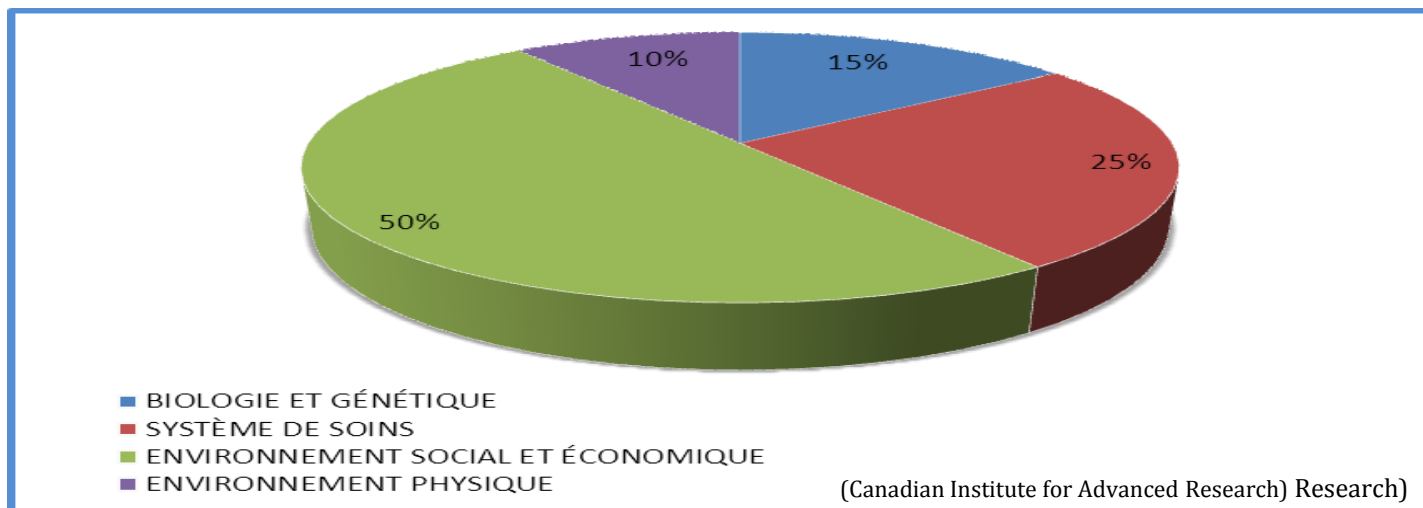
Yves PEPIN et Sylvie BERNIER (2013), *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011, synthèse des résultats pour la Mauricie et le Centre-du-Québec*, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 60 pages.

ANNEXE

PORTRAIT DE SANTÉ ET RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Comme dans la démarche de planification stratégique régionale 2015-2020, l'angle responsabilité populationnelle devrait animer la lecture du portrait de santé et contribuer à une vision commune de la réalité territoriale avec les partenaires du RLS.

Toute démarche de planification dans le domaine de la santé et des services sociaux doit prendre appui sur un ensemble d'informations qui aideront les décideurs à faire les choix les plus judicieux pour la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population qui habite le territoire concerné. Les connaissances nous ont appris que cette santé de la population est tributaire de quelques grands déterminants : l'environnement physique, l'environnement social et économique, la biologie et la génétique et le système de soins.



Source : Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences

Bien qu'il soit primordial de placer l'organisation des services dans un processus d'amélioration continue, force est de constater que des efforts doivent être consentis sur d'autres dimensions pour améliorer la santé et le bien-être de la population et tenter de réduire la pression sur le système de soins et services. C'est ce à quoi nous sommes conviés dans l'exercice de la responsabilité populationnelle.¹

Aussi, au moment de faire le portrait sociosanitaire de la population d'un territoire, on s'attarde au premier volet de l'exercice de la responsabilité populationnelle qui est de s'approprier les données sociosanitaires afin d'en arriver à une vision commune des besoins et de la réalité territoriale. Ainsi, si la santé dépend davantage des conditions sociales et économiques et de l'environnement physique (au total 60 %), la façon de regarder le portrait devrait en tenir compte et amener les décideurs à se questionner autant sur les déterminants environnement physique, social et économique que sur les données sur l'organisation des services de santé et services sociaux. Ainsi, les décideurs pourront explorer ce portrait sur deux angles :

¹ Stratégie nationale de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle...

- a) En tant que membre du réseau local de soins et de services de santé, quels besoins de santé et bien-être sont prédominants, en émergence ou nous interpellent davantage et exigent des améliorations dans nos façons de faire (qualité, continuité, accessibilité, etc. des soins et services) ? (déterminant système de soins)
- b) En tant qu'acteur local et avec nos partenaires des autres secteurs, quelles sont les dimensions sur lesquelles nous devrions agir collectivement pour améliorer l'environnement social et économique et l'environnement physique et qui favoriseront la santé et la qualité de vie pour la population qui habite le territoire ? (ex. : environnement favorable aux saines habitudes de vie, développement de coopératives d'habitation, démarches locales de développement social, etc.)

La question b fera appel à la connaissance que les acteurs du territoire ont de leur milieu, de leurs clientèles ou des communautés, car il n'existe pas de données statistiques sur toutes ces dimensions... C'est dans une démarche collective que cette lecture de la réalité du territoire pourra se construire.

*Lucie Bonin, md et Lucie Lafrance
Équipe de soutien à l'implantation de la responsabilité populationnelle
Direction de santé publique*