

PORTRAIT DE SANTÉ
DU RLS DE BÉCANCOUR-NICOLET-YAMASKA
Planification stratégique régionale
2015-2020



Ce portrait de la santé et du bien-être de la population du RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska est réalisé dans le cadre de la planification stratégique 2015-2020 de la région. À cet égard, cet exercice se veut plus synthétique. Un portrait similaire est aussi produit au niveau de la région. Ce dernier aborde plus de thèmes que les portraits locaux du fait de la disponibilité de certaines données. Les considérations temporelles sont aussi abordées dans le document régional, car les données locales, du fait de leur précision moindre, se prêtent 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 au niveau local est principalement en comparaison des tendances ou des valeurs québécoises quant à ces indicateurs. Accessoirement, des comparaisons sont faites avec les données régionales.

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.

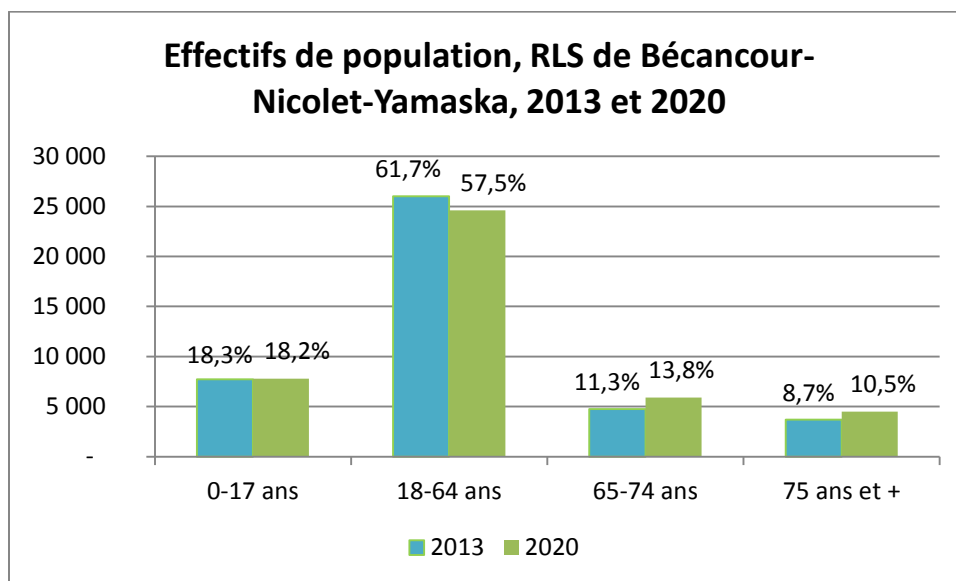
Conditions démographiques

Avec une population de 42 165 habitants en 2013, il s'agit d'un RLS relativement peuplé à l'échelle régionale. Sa population représente 8,4 % des effectifs de la région. Il se distingue par des communautés autochtones peu nombreuses et surtout la présence d'une centrale nucléaire.

Le RLS présente une croissance naturelle quasiment nulle, le nombre de naissances y surpassant à peine celui des décès. De fait, le RLS présente un accroissement négligeable de 0,3 % de ses effectifs de 2009 à 2013. Il est à signaler que les jeunes adultes et la population âgée de ce territoire connaissent des soldes migratoires négatifs.

On compte sur ce territoire 8 446 personnes âgées de 65 ans et plus (20 % de la population contre 16,7 % au Québec). À l'intérieur de ce groupe, les personnes de 75 ans et plus (avec un effectif de 3 684 personnes) représentent 8,7 % de la population. Entre 2013 et 2020, le nombre de 65 ans et plus

augmentera de plus de 1 900 personnes (23 % de plus) pour atteindre 24 % de la population (10 % 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 appelés à augmenter que d'à peine 1 % et la population de 18-64 ans à décroître de 5 %) (voir figure).



Avec environ 410 naissances par année, les femmes en âge de procréer du RLS présentent un indice synthétique de fécondité (1,87 enfant par femmes) supérieur à celui du Québec. La fécondité y est plus précoce qu'au Québec. Les taux de fécondité par âge des femmes de 30 ans et plus y sont inférieurs à ceux des Québécoises du même âge alors que les femmes de 25-29 ans et de 20-24 ans y affichent des taux supérieurs à celui des jeunes Québécoises (tableau p. 10).

Conditions socioculturelles

Un peu moins du quart (22,9 %) des familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans sont en situation de monoparentalité dans le RLS. Ainsi, 19,5 % des jeunes de cet âge vivent en famille monoparentale.

Plus d'une personne de 65 ans et plus sur quatre habite seule (29,1 %) et 85,3 % des aînés vivent en ménage privé dans le RLS (soit moins qu'au Québec).

Conditions socioéconomiques

Parmi les adultes de 25-44 ans, 19 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 14,3 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). Toutefois, le RLS se compare au Québec au chapitre du taux d'emploi (59,2 %) et connaît un taux de chômage parmi les plus faibles de la région (6,3 %).

En 2005, 10,4 % de la population vivait au sein de ménages sous le seuil de faible revenu avant impôt (moins qu'au Québec). Du fait des programmes sociaux, cette proportion diminua à 6,6 % après impôt. Il est à noter que les femmes se retrouvent en plus grande proportion que les hommes dans cette situation (tableau p. 14).

Environnement social

Près de 53 % de la population se déclare très satisfaite de sa vie sociale, ce qui semble plus important qu'au Québec. Il est à noter que le RLS se retrouve dans une région qui se démarque favorablement du Québec quant au soutien social ressenti par sa population ou au sentiment d'appartenance à sa communauté.

On constate, par ailleurs, que 22,3 % 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

Habitudes de vie de la population générale

Mentionnons 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 %) et que l'initiation au tabagisme se fait davantage avant 20 ans dans la région qu'au Québec. On constate aussi que 50 % de la population ne consomme pas au moins les 5 portions recommandées de fruits et légumes et que seulement 35 % des 18 ans et plus sont actifs physiquement.

Sur le plan des autres habitudes de vie, près de *10 % de la population de 15 ans et plus du RLS rapporte avoir consommé de la drogue dans la dernière année, davantage chez les 15-24 ans.

Habitudes de vie des jeunes du secondaire

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

Plus de 90 % 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 %) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (26 %).

De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves du RLS reste importante (46 %) et apparaît même supérieure à celle du Québec. Ce comportement augmente avec le niveau scolaire.

Finalement, 9 % des jeunes du secondaire ont soit une consommation problématique de drogues et d'alcool (*4,7 %) ou un problème de consommation en émergence (*4,5 %).

Comportements préventifs

Sur le plan des comportements préventifs, près des trois quarts (75 %) des femmes de 18-69 ans du RLS ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années. Les femmes de 50-69 ans du RLS 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 (66,4 % c. 57,8 %).

Par ailleurs, environ 92 % 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.

État de santé

Environ 60 % de la population du RLS estime sa santé excellente ou très bonne et 10 % ne la considère pas bonne. Cette dernière proportion s'élève à *24 % chez les 65 ans et plus. La population du RLS éprouve en moins grande proportion une incapacité que dans l'ensemble du Québec (11,2 % c. 12,6 %) (la population institutionnalisée est exclue de ces indicateurs).

Comme ailleurs au Québec, les maux de dos touchent 19 % des 12 ans et plus et l'arthrite est rapportée par 12 % des 15 ans et plus.

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 facteurs de risque

Au sein de la population, des catégories de personnes sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé importants. Ainsi, 59 % de la population de 18 ans et plus présente un surpoids (contre 52 % au Québec). La proportion d'obèses s'élève à 19 %. Chez les 20 ans et plus, près d'une personne sur quatre est hypertendue (24,2 %) et 8,4 % sont diabétiques. Toutefois, en contrôlant pour l'âge tant la prévalence de l'hypertension que celle du diabète y sont moindres qu'au Québec (tableau p. 26). Rappelons que le diabète, l'hypertension et l'obésité sont des facteurs de risque du syndrome métabolique.

Les hospitalisations

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

Les résidents du RLS présentent un taux ajusté d'hospitalisation de courte durée inférieur à celui du Québec. Cet écart favorable se voit pour la majorité des principales causes d'hospitalisation sauf pour les traumatismes et empoisonnements (tableau p. 23).

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance de la population du RLS est de 80,3 ans (78,1 ans chez les hommes et 82,4 ans chez les femmes). Ces valeurs ne s'éloignent pas de celles du Québec. De son côté, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 68,2 ans (67,6 chez les hommes et 69,1 ans chez les femmes). Ces valeurs sont supérieures à celles de leurs pareils du Québec (tableau p. 24).

La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer

On dénombre environ 380 décès par année sur le territoire. Les décès par tumeurs précèdent en nombre ceux par maladies de l'appareil circulatoire. Les maladies de l'appareil respiratoire arrivent par la suite. Vieillesse aidant, les maladies du système nerveux (qui comprennent majoritairement les maladies d'Alzheimer et de Parkinson) s'installent au 4^e rang devant les traumatismes non intentionnels (tableau p. 24).

Comme sa structure par âge est plus vieillissante, ce territoire présente sans surprise un taux brut de mortalité supérieur à celui du Québec. Toutefois, le taux ajusté indique aussi une surmortalité (757 c. 720 pour 100 000). De même, les taux de mortalité par âge ne s'éloignent généralement pas de manière statistiquement significative de ceux du Québec sauf chez les 15-24 ans qui connaissent une surmortalité comparativement à la valeur nationale (tableau p. 24).

Toutefois si l'on s'attarde aux principales causes de décès, le RLS présente des taux ajustés de mortalité supérieurs au Québec pour les traumatismes non intentionnels (qui n'est pas étrangère au taux plus élevé des 15-24 ans notamment) et pour les maladies du système nerveux (tableau p. 24). Par contre, sans surprise, la structure d'âge plus vieillissante de ce territoire entraîne des taux bruts supérieurs à ceux du Québec pour les tumeurs malignes, les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire et vient accentuer la surmortalité par maladies du système nerveux (tableau p. 24).

On observe en moyenne près de 270 nouveaux cas de cancer par année dans le RLS. Les tumeurs malignes du poumon, colorectales, de la prostate et du sein comptent pour plus de la moitié des nouveaux cas de cancers. Le RLS présente un taux ajusté d'incidence pour l'ensemble des sièges comparable à celui du Québec, et ce, pour tous les principaux sièges. Toutefois, du fait du vieillissement plus marqué de sa population, Bécancour-Nicolet-Yamaska affiche un taux brut d'incidence pour l'ensemble des sièges plus grand que celui du Québec (essentiellement du fait du cancer de la prostate et du poumon) (tableau p. 26).

Les taux ajustés de mortalité par cancer pour les principaux sièges de cancers n'affichent pas non plus d'écarts avec les valeurs nationales. Là encore, compte tenu de la proportion plus importante de personnes âgées sur ce territoire, on y observe des taux bruts de mortalité par cancer du pancréas et par lymphomes non hodgkiniens supérieurs à ceux du Québec (tableau p. 26).

Si l'on s'attarde aux taux des principaux sous-regroupements de causes des maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, on observe pour les valeurs ajustées un excès de décès comparativement au Québec par maladies cérébrovasculaires. Le même constat est fait pour les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures. Le vieillissement vient aussi accentuer ces deux surmortalités. De plus, du fait de sa structure par âge, la population du RLS connaît également des taux bruts plus élevés que ceux du Québec pour les cardiopathies ischémiques et les autres formes de cardiopathies (tableaux p. 27).

La santé des nouveau-nés

Près de *5 nouveau-nés sur 1 000 naissances décèdent avant leur première année. Il reste que 7,3 % des naissances sont prématurées et que 8,3 % des nouveau-nés ont un faible poids selon l'âge gestationnel.

Les traumatismes

Environ 13 % de la population de 15 ans 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. De fait, la surmortalité par traumatismes non intentionnels du RLS comparativement au Québec découle de taux ajustés de mortalité par accidents de transport et par chute plus élevés qu'au Québec. Les chutes sont une des causes de la surmortalité des 75 ans et plus du RLS (tableau p. 28).

Les maladies infectieuses

Sur le plan des maladies infectieuses, mentionnons la chlamydie génitale qui va chercher l'incidence la plus élevée (254 pour 100 000 en 2012). Ce taux a connu une augmentation et se maintient à ces niveaux depuis quelques années.

État de santé psychosociale ou mentale

Peu d'indicateurs sont disponibles sur ces dimensions au niveau local.

Environ 36 % des jeunes du secondaire du RLS ont commis des conduites délinquantes au cours de la dernière année ce qui est moins qu'au Québec.

Une proportion relativement marginale de la population ne s'estime pas en bonne santé mentale. La population du RLS 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 le RLS comme ailleurs, les femmes apparaissent plus nombreuses à présenter un score élevé à l'indice que les hommes (tableau p. 29).

Finalement, le RLS ne se démarque pas significativement du Québec quant à la mortalité par suicide bien que l'écart soit dans le sens de la surmortalité régionale (tableau p. 30). On compte environ 7 suicides par année sur le territoire.

Expérience de soins

Lors de la dernière enquête sur l'expérience de soins de 2010-2011, 91 % des 15 ans et plus du RLS ont affirmé avoir un médecin de famille (soit plus qu'au Québec) et 30 % confirment avoir consulté un médecin spécialiste à la suite d'une référence au cours de la dernière année. Toujours en 2010-2011, la proportion de personnes de 15 ans et plus du RLS 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 *7 % de la population déclare avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. De plus, 26 % des résidents du RLS disent avoir consulté au moins une fois un médecin à l'urgence au cours de la dernière année.

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 *7 % n'ont pas passé le dernier test ou examen prescrit (plus favorable qu'au Québec : 11 %).

En conclusion

Le RLS compte 42 165 habitants. À l'instar de la région, ce territoire est plus vieillissant que le Québec. La croissance de sa population y est très faible, de même que son taux d'accroissement naturel. Une proportion moindre de la population âgée de ce territoire habite dans un ménage privé qu'au Québec

Sa population a une sous-scolarisation marquée. Mais, son taux d'emploi est un des plus élevés de la région et le taux de chômage y est parmi les plus faibles. Il s'agit du RLS qui affiche la plus faible proportion régionale de personnes en ménage privé sous le seuil de faible revenu.

Comme pour le reste du Québec, des améliorations sont souhaitables au niveau des habitudes de vie et des comportements préventifs de la population du RLS (même si pour ce dernier point la situation est généralement meilleure qu'au Québec). Des progrès notamment sont à faire auprès des jeunes (consommation de drogues et d'alcool, pas assez de fruits et légumes chaque jour et peu actif en dehors du cours d'activité physique). Chez les adultes le surpoids y est important.

Le vieillissement de sa population est le principal défi du RLS, car il contribue beaucoup à y augmenter le fardeau des maladies chroniques (cancer, MCV, maladies de l'appareil respiratoire, etc.). En les contrôlant pour l'âge, les indicateurs généraux de santé physique n'indiquent généralement pas de problèmes de santé particuliers comparativement au Québec sauf en ce qui a trait aux maladies du système nerveux ou aux traumatismes non intentionnels. Il est à noter que la surmortalité par maladie du système nerveux est plus spécifique à l'ancien territoire de CLSC de Nicolet-Yamaska (ce constat a déjà été fait antérieurement).

La surmortalité par traumatismes découle, d'une part, des traumatismes routiers qui affectent particulièrement les 15-24 ans (cette surmortalité s'observe généralement pour les secteurs plus ruraux) et, d'autre part, des chutes qui touchent les 65 ans et plus. Ce résultat est préoccupant.

L'environnement social constitue une force pour le territoire. Il est à signaler à cet égard la proportion plus importante de la population du RLS offrant de l'aide aux personnes âgées sans rémunération. Dans un contexte d'un territoire vieillissant, ces personnes offrant de l'aide sont plus susceptibles de connaître de l'épuisement. À cet égard, il faut rappeler qu'à court terme seule la population âgée est vraiment appelée à s'accroître sur ce territoire.

Finalement sur le plan de la santé mentale et psychosociale, les indicateurs sont plus rares au niveau local, mais le RLS semble contribuer légèrement à la surmortalité régionale par suicide.

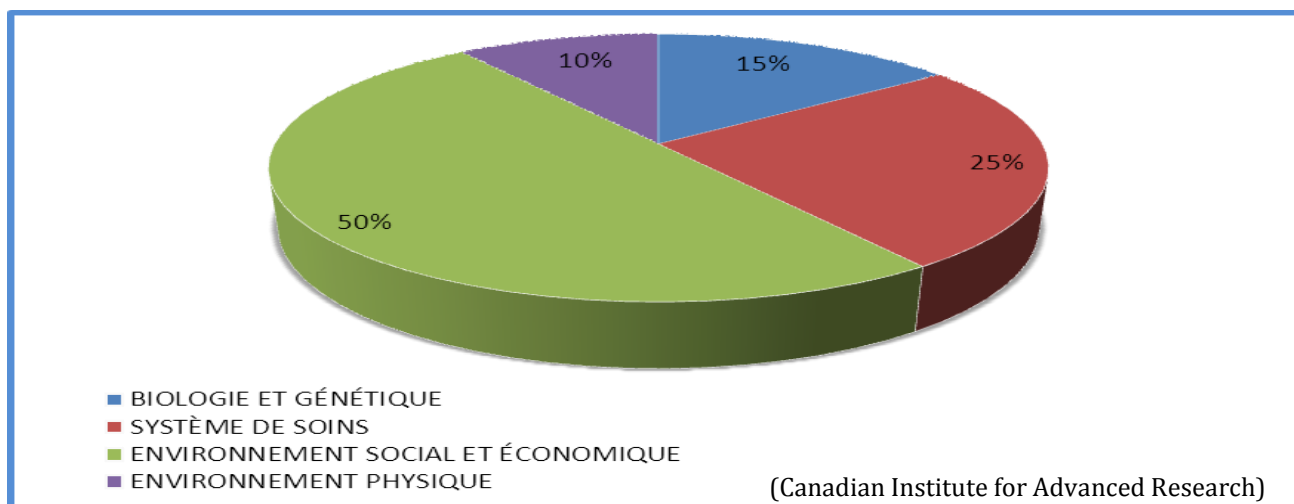
*Sylvie Bernier et Yves Pepin
Équipe Surveillance-Évaluation
Direction de santé publique
Février 2014*

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 :

- 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

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

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*