

Ce portrait de la santé et du bien-être de la population du RLS du Centre-de-la-Mauricie 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.

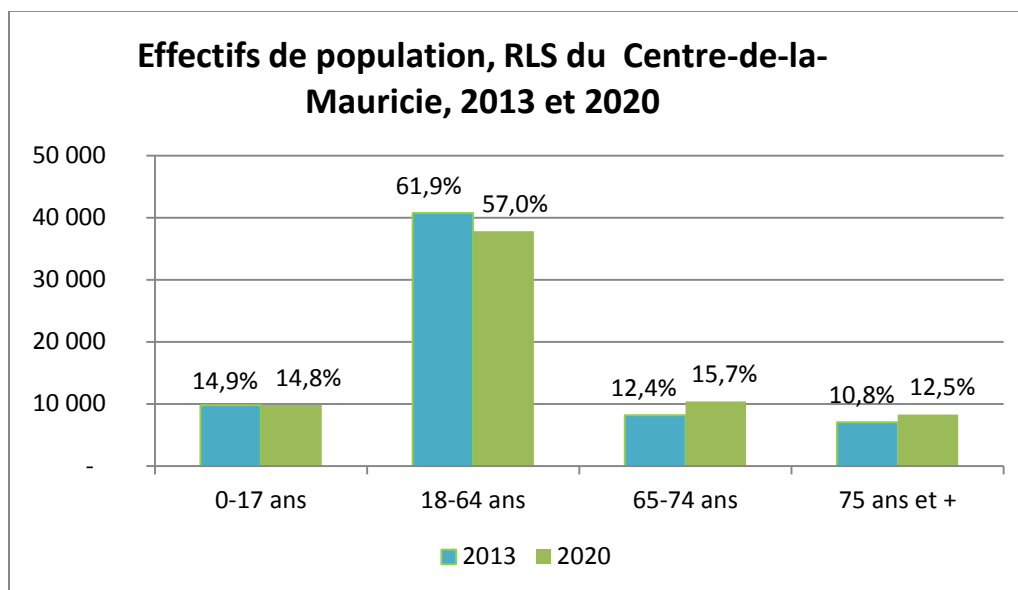
Conditions démographiques

La population du RLS du Centre-de-la-Mauricie s'élève en 2013 à 65 814 habitants. Elle représente 13,1 % des effectifs de la région.

Entre 2009 et 2013, la population a connu un très faible accroissement de 0,5 %. De plus, les décès ont été plus nombreux que les naissances sur le territoire du RLS ce qui a pour conséquence un accroissement naturel négatif de -2,4 pour 1000 personnes alors qu'il est positif et se situe à 1 pour 1000 pour la région et à 3,6 pour 1000 pour le Québec.

Elle est la deuxième plus âgée de la région. En effet, les 65 ans et plus représentent près du quart (23,2 %) de la population ce qui est nettement supérieur à ce qui est observé pour la région (19,9 %) ou du Québec (16,7 %). Les personnes de 75 ans et plus, avec un effectif de 7 077 individus, représentent 10,8 % de la population totale du RLS. D'ici 7 ans, entre 2013 et 2020, la population de 65 ans et plus augmentera de près de 3 500 personnes soit 23 % de plus que présentement et représentera à elle seule

28 % de l'ensemble de la population (12 % 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 étant appelés à stagner et la population de 18-64 ans diminuera) (voir figure).



La fécondité sur le territoire du RLS du Centre-de-la-Mauricie est inférieure à celle du Québec. Le nombre annuel moyen de naissances est d'environ 520 par année et représente un taux global de fécondité des femmes en âge de procréer de 38,9 pour 1 000, ce qui est inférieur à la région (45,7) et au Québec (46,7). L'indice synthétique de fécondité du RLS est de 1,58 enfant par femmes alors qu'il s'élève à 1,71 pour l'ensemble du Québec. Les taux de fécondité par âge indiquent une fécondité plus précoce sur le territoire qu'au Québec. En effet, les femmes de 30 ans et plus y ont des taux inférieurs aux femmes du même âge du Québec alors que celles de 20-24 ans et de 25-29 ans connaissent des taux supérieurs à ceux des Québécoises du même âge (tableau p. 10).

Conditions socioculturelles

Parmi les familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, près du tiers (30,7 %) sont monoparentales. Ainsi, 27,2 % des jeunes de moins de 18 ans vivent en famille monoparentale. Ces proportions sont plus élevées que celles du Québec.

Rappelons que 87,6 % des personnes âgées demeurent en ménage privé. Le tiers de celles-ci demeurent seules (33,5 %) soit une proportion plus élevée que pour le Québec.

Conditions socioéconomiques

Parmi les adultes de 25-64 ans, 17,1 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 10,9 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). La proportion de jeunes du secondaire se situant à un niveau élevé à l'indice de risque de décrochage scolaire est d'environ 38 % comparativement à 20 % au Québec. Cette proportion atteint 50 % chez les garçons du RLS comparativement à 24 % chez ceux du Québec.

En 2011, le taux d'emploi se chiffre à 48,9 % alors qu'il est de 59,9 % pour la province. Le taux de chômage se situe à 8,2 % contre 7,2 % au Québec.

En 2005, 19,4 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu avant (impôt) ce qui est plus qu'au Québec (17,1 %). Du fait des programmes sociaux, cette proportion diminue à 13 % après impôt.

Environnement social

Près de 55 % de la population se déclare très satisfaite de sa vie sociale ce qui est plus important qu'au Québec (47 %). 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.

Aussi, 22,9 % de la population de 15 ans et plus prodigue sans rémunération des soins aux personnes âgées, proportion supérieure à celle du Québec (18,6 %).

Du côté des jeunes du secondaire, 34 % affirment avoir été victime de violence à l'école ou de cyberintimidation ce qui ne diffère pas de ce qui est observé au Québec.

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 11 % de la population de 15 ans et plus du RLS rapporte avoir consommé de la drogue dans la dernière année.

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.

Près de 80 % des jeunes du secondaire sont non-fumeurs. Cette proportion est moindre au Québec (90 %). Aussi, un nombre insuffisant de jeunes consomment au moins leurs cinq portions quotidiennes de fruits et légumes (42 % c. 52 % au Québec) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (29 %). De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves reste importante (48 %). Ce comportement augmente avec le niveau scolaire. Finalement, 17 % des jeunes du secondaire du territoire (10 % au Québec) ont une consommation soit problématique (** 10 %) soit en émergence (**7 %) d'alcool et de drogue.

Comportements préventifs

Sur le plan des comportements préventifs, 72 % des femmes de 18 à 69 ans ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années. Aussi, 57,1 % des femmes de 50-69 ans du RLS ont passé une mammographie de dépistage bilatérale au cours des deux dernières années (cette proportion se compare au Québec, mais est moindre que pour la région).

Par ailleurs, 92 % de la population de 18 ans et plus rapporte une prise de leur tension artérielle lors de leur visite d'un médecin généraliste, ce qui est supérieur au reste du Québec.

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.*

État de santé

Environ 52 % de la population de 15 ans et plus du RLS estime sa santé excellente ou très bonne et 16 % ne se perçoivent pas en bonne santé (contre 11 % au Québec). Chez les 65 ans et plus du RLS, cette dernière proportion atteint *27 %. La population du RLS présente en plus grande proportion une incapacité que dans l'ensemble du Québec (14,6 % 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 affecte 12 % des individus de 15 ans et plus.

Les facteurs de risque

Au sein de la population, certaines personnes présentent des caractéristiques susceptibles d'entraîner des problèmes de santé importants. Ainsi, 58 % des 18 ans et plus présentent un surpoids dont 20 % sont obèses. Ces proportions sont plus élevées que celles du Québec (52 % et 16 % respectivement). Chez les 20 ans et plus, près du tiers (30,0 %) de la population est hypertendue et 11,4 % est diabétique. Ces deux problèmes sont également plus fréquents dans le RLS que pour les Québécois du même âge et le vieillissement de la population vient amplifier encore plus ces problématiques déjà présentes dans le territoire (tableau p. 26). Rappelons que l'obésité, l'hypertension et le diabète sont des facteurs de risque du syndrome métabolique.

Les hospitalisations

Les maladies de l'appareil circulatoire, celles de l'appareil respiratoire, les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif, les lésions traumatiques et empoisonnements constituent les principales causes d'hospitalisations (si on exclut celles pour grossesse et accouchement).

Les résidents du RLS présentent un taux ajusté d'hospitalisation de courte durée supérieur à celui du Québec. Ainsi, sans égard à sa structure par âge, la population du RLS est davantage hospitalisée que

celle du Québec. Le vieillissement plus marqué du territoire vient accroître cette tendance. L'écart avec le Québec se voit pour l'ensemble des principales causes d'hospitalisations (tableau p. 23).

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance de la population du RLS se situe à 80,5 ans ce qui ne se distingue pas du Québec. Par contre, l'espérance de vie des hommes est inférieure à celle des Québécois (77,4 ans c. 78,4 ans). Ce qui n'est pas étranger à la mortalité plus élevée des 25-44 ans du territoire. L'espérance de vie sans incapacité est aussi inférieure à celle du Québec (66,8 ans c. 67,4 ans) surtout du fait des hommes (65,7 ans c. 66,5 ans) (tableau p. 24).

La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer

On dénombre environ 660 décès par année sur le territoire. Les tumeurs sont la première cause de mortalité suivies par les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire. Vieillesse aidant, les maladies du système nerveux s'installent au quatrième rang (tableau p. 24).

La mortalité dans le RLS est semblable à celle du Québec avec un taux ajusté de 725 pour 100 000. Le taux brut de mortalité plus élevé au Centre-de-la-Mauricie traduit simplement la conséquence d'une population plus âgée par rapport à celle de la province. Les taux ajustés de mortalité selon la cause montrent un taux de mortalité moindre qu'au Québec par maladies de l'appareil circulatoire alors qu'il est supérieur pour les maladies du système nerveux et par traumatismes non intentionnels. Cette dernière cause contribue à la surmortalité chez les 25-44 ans du territoire. Cela dit, du fait du vieillissement de la population, les taux bruts du RLS sont supérieurs à ceux du Québec pour toutes les causes retenues (tableaux p. 24).

On observe en moyenne 481 nouveaux cas de cancer par année dans le RLS. Les tumeurs malignes du poumon, du sein, colorectales et de la prostate comptent pour plus de la moitié des nouveaux cas de cancers. Au chapitre du taux d'incidence des cancers, aucun écart n'est observé avec le Québec pour l'ensemble des tumeurs ou pour la plupart des principaux sièges à l'exception notable du cancer de la vessie qui présente un taux ajusté d'incidence supérieur à celui du Québec (33,8 c. 28,2 pour 100 000) (tableau p. 26). Cependant, le RLS bénéficie d'un taux de mortalité par cancer du sein moindre que pour la province. Là encore, le vieillissement marqué de la population du RLS fait en sorte que le taux brut d'incidence du cancer est supérieur à celui du Québec (notamment les cancers du poumon, de la prostate et colorectaux) (tableau p. 26).

Au chapitre des sous-regroupements de causes des maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, une sous-mortalité comparativement au Québec est observée pour les maladies cérébrovasculaires tandis qu'on observe une surmortalité pour les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (42,7 c. 35,6 pour 100 000). L'effet du vieillissement entraîne, toutefois, des taux bruts plus élevés qu'au Québec notamment pour les cardiopathies ischémiques et les gripes et pneumopathies (tableaux p. 27).

La santé des nouveau-nés

Le taux de mortalité infantile s'élève à *5,6 pour 1000 naissances vivantes. Aussi, 7,5 % des naissances sont prématurées et 8,6 % des nouveau-nés ont un faible poids selon l'âge gestationnel.

Les traumatismes

Environ *7 % de la population de 15 ans et plus a été victime au cours de la dernière année d'une blessure non intentionnelle assez gravement pour limiter les activités de la vie quotidienne. Cette proportion est inférieure à celle du Québec (11 %). 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 chutes et présentent une surmortalité pour cette cause comparativement à leurs pareils du Québec (tableau p. 28).

Les maladies infectieuses

Sur le plan des maladies infectieuses, mentionnons la chlamydie génitale qui va chercher l'incidence la plus élevée soit un taux qui est passé de 186,4 en 2008 à 304,3 pour 100 000 en 2012.

État de santé psychosociale ou mentale

Nous disposons de peu d'indicateurs sur ces aspects au niveau local.

Environ 45 % des jeunes du secondaire déclarent avoir commis des conduites délinquantes au cours de la dernière année. Aussi, *12 % des jeunes déclarent avoir eu au moins une relation sexuelle forcée au cours de leur vie alors que cette proportion est de 6 % au Québec (Bernier et Pepin, 2013).

Une proportion relativement marginale de la population ne s'estime pas en bonne santé mentale. La population du RLS est moins nombreuse qu'au Québec à présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique soit 17 % comparativement à 22 % au Québec. Ceci s'observe particulièrement chez les hommes (*11 % c. 18 %). Dans le RLS comme ailleurs, les femmes sont plus nombreuses à présenter un score élevé (23 %).

Concernant le suicide, le RLS se démarque par un taux de mortalité supérieur au Québec (21,3 c. 15,2 pour 100 000) ce qui représente environ 14 décès annuellement sur le territoire (tableau p. 30).

Expérience de soins

Lors de la dernière enquête sur l'expérience de soins de 2010-2011 touchant les 15 ans et plus, 86 % ont affirmé avoir un médecin de famille et 33 % confirment avoir consulté un médecin spécialiste à la suite d'une référence. 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 *8 % alors que cette proportion s'élève à 12 % pour le Québec.

Aussi, 14 % déclarent avoir été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête contre 9 % au Québec. De plus, 40 % des résidents du RLS disent avoir consulté un médecin à l'urgence pour cette même période ce qui est nettement supérieur à ce qui est observé pour l'ensemble du Québec (26 %).

Toujours selon la même enquête, 79 % 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, la majorité a passé le dernier test ou examen prescrit (88 %).

En conclusion

Le RLS du Centre-de-la-Mauricie présente un vieillissement de sa population en même temps qu'un essoufflement de sa croissance. Les familles monoparentales et les personnes âgées demeurant seules y sont plus nombreuses qu'au Québec.

La population des 25-64 ans est plus faiblement scolarisée et le risque de décrochage chez les jeunes du secondaire est plus élevé en comparaison avec la province. Le taux d'emploi y est également inférieur.

Comme pour le reste du Québec, au niveau des habitudes de vie et des comportements préventifs des améliorations sont souhaitables. Il en est de même également pour de grands facteurs de risque comme l'excès de poids, l'hypertension et le diabète qui présentent des valeurs ajustées supérieures à celles du Québec. L'espérance de vie à la naissance des hommes du RLS ainsi que l'espérance de vie sans incapacité y sont d'ailleurs inférieures à celles des Québécois. Les traumatismes non intentionnels contribuent à la surmortalité des 25-44 ans du territoire et affectent également les 65 ans et plus dans le cas particulier des chutes. En fait, le vieillissement de sa population constitue un des grands défis du RLS. Déjà, il contribue beaucoup à y augmenter le fardeau des maladies chroniques (cancer, MCV, maladies de l'appareil respiratoire ou digestif, etc.) comparativement au Québec, alors que les taux contrôlant pour l'âge n'indiquent pas de problématiques particulières à ce chapitre. Notons la mortalité plus élevée qu'au Québec pour les maladies du système nerveux qui peut refléter une présence plus marquée de personnes âgées en institution dans le RLS par rapport au Québec.

Les indicateurs de santé mentale sont encore trop peu nombreux. D'un côté, l'indicateur de détresse psychologique semble plutôt favorable, mais les taux de mortalité par suicide sont encore supérieurs au Québec malgré un déclin ces dernières années. Des indicateurs de santé psychosociale et mentale chez les jeunes du secondaire du RLS appuient l'importance en prévention de tenir compte de cette clientèle (Bernier et Pepin, 2013)¹. Notons au passage la consultation de professionnels de services sociaux inférieure sur le territoire.

Malgré que plusieurs défis demeurent, il est important de rappeler le potentiel que semble présenter le RLS du Centre-de-la-Mauricie au niveau de l'important déterminant de la santé que représente l'environnement social.

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

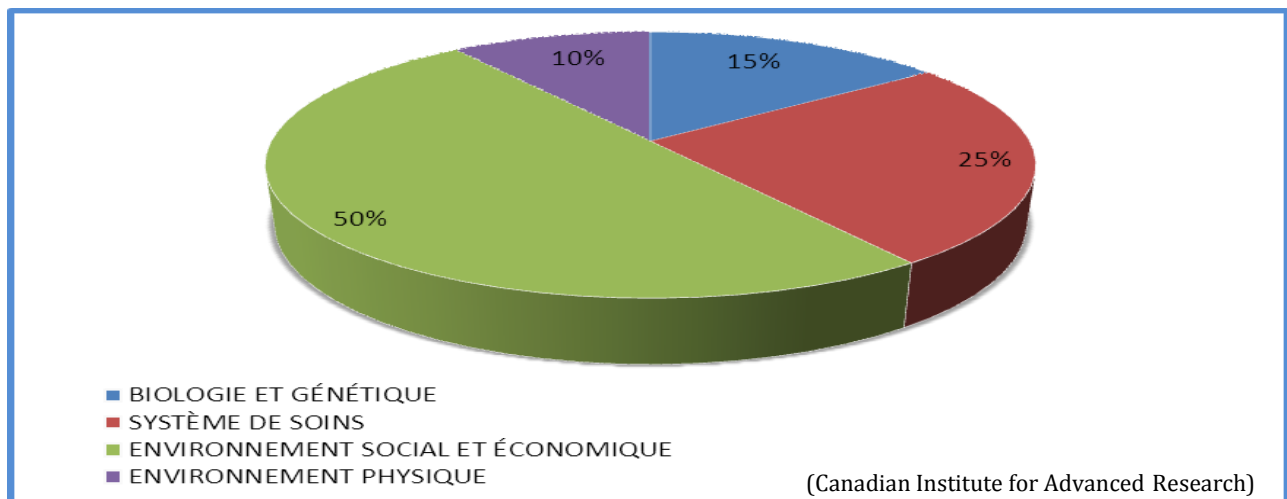
¹ Sylvie BERNIER et Yves PEPIN (2013), *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, synthèse des résultats du volet 2 pour le RLS du Centre-de-la-Mauricie*, janvier 2013, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du- Québec, 41 p.

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.²

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

² 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*