

**PORTRAIT DE SANTÉ
DU RLS DE DRUMMOND**
*Planification stratégique régionale
2015-2020*



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

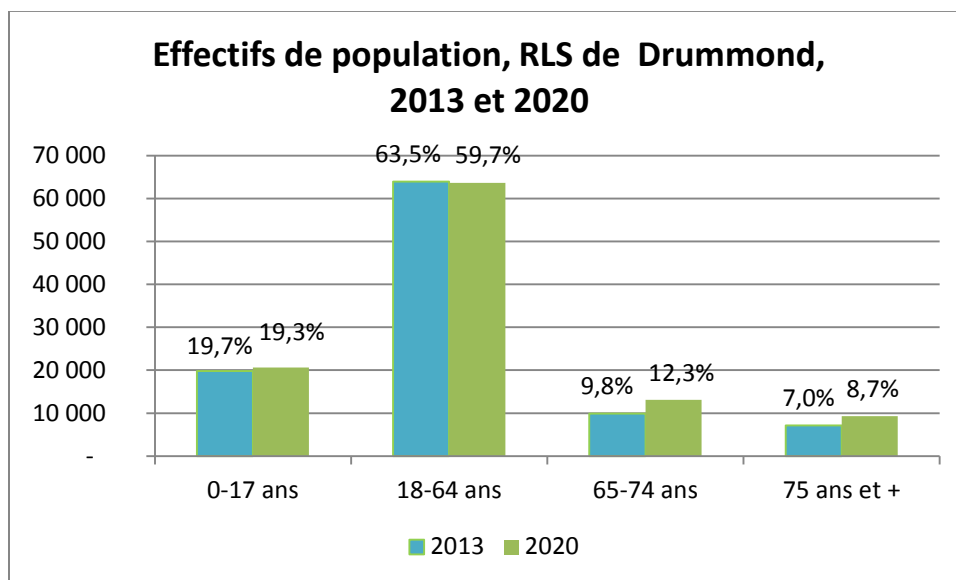
Conditions sociodémographiques

Avec une population de 100 866 personnes en 2013, ce RLS est le deuxième plus peuplé de la région. Sa population représente 20,1 % des effectifs de la région.

Le RLS bénéficie d'une croissance naturelle positive de 3,6 pour 1 000 personnes, les naissances y étant plus nombreuses que les décès. De même, il s'agit d'un des rares RLS de la région à avoir connu une augmentation substantielle de sa population de 2009 à 2013 (4,1 %). De fait, le RLS jouit en plus d'un accroissement migratoire affectant tous les âges à l'exception des jeunes adultes.

Drummond compte 17 013 personnes âgées de 65 ans et plus (16,9 % de la population soit en proportion comparable à celle du Québec : 16,7 %). À l'intérieur de ce groupe, les personnes de 75 ans et plus (avec un effectif de 7 101 personnes) représentent 7 % de la population. Entre 2013 et 2020, le nombre de 65 ans et plus augmentera de plus de 5 300 personnes (32 % de plus) pour atteindre 21 % de la population

(9 % 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 de 4 % et la population de 18-64 à être en quasi-stagnation) (voir figure).



Avec plus de 1 100 naissances par année, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) du RLS présentent un taux global de fécondité supérieur à celui des Québécoises du même âge, le RLS se distingue aussi par un indice de fécondité (1,83 enfant par femme) supérieur à celui du Québec (1,71). La fécondité est plus précoce sur ce territoire qu'au Québec. Les femmes de 25-29 ans, 20-24 ans et même celles de 15-19 ans connaissent des taux de fécondité supérieurs à celui des Québécoises du même âge alors que celles de 30 ans et plus y ont des taux inférieurs à ceux de leurs semblables du Québec (tableau p. 10).

Conditions socioculturelles

Plus du quart (25,6 %) des familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans sont en situation de monoparentalité dans le RLS. Ainsi, 22,1 % des jeunes de cet âge vivent en famille monoparentale.

Près d'une personne de 65 ans et plus sur trois habite seule (31,7 %) et 85,3 % des aînés vivent en ménage privé dans le RLS (soit moins qu'au Québec).

Conditions socioéconomiques

Parmi les adultes de 25-64 ans, 19,1 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 12,1 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). Le RLS se compare, toutefois, au Québec au chapitre du taux d'emploi (59,1 %) ou du taux de chômage (7,4 %).

En 2005, 14,8 % de la population vivant 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 9,8 % 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 18,3 % de la population de 15 ans et plus prodigue des soins aux personnes âgées sans rémunération.

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.

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 (50 %) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (39 %).

De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves du RLS reste importante (50 %) supérieure même à celle du Québec (41 %), ce comportement augmente avec le niveau scolaire.

Finalement, 10 % des jeunes du secondaire ont soit une consommation problématique de drogues et d'alcool (*5 %) ou un problème de consommation en émergence (*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 (68,7 % c. 57,8 %).

Par ailleurs, près de 90 % 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 54 % de la population du RLS estime sa santé excellente ou très bonne et 11 % ne la considère pas bonne. Cette dernière proportion s'élève à *25 % chez les 65 ans et plus. La population du RLS éprouve en moins grande proportion une incapacité que dans l'ensemble du Québec (11,5 % c. 12,6 %).

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 (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, 56 % de la population de 18 ans et plus présente un surpoids (16 % d'obèses). Chez les 20 ans et plus, près d'une personne sur quatre (23,2 %) est hypertendue et 8,8 % sont diabétiques (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, celles de l'appareil respiratoire, les lésions traumatiques, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs 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 supérieur à celui du Québec (931 c. 763 pour 10 000). Ainsi, sans égard à sa structure par âge, la population du RLS est davantage hospitalisée que celle du Québec. L'écart avec le Québec se voit pour la majorité des principales causes d'hospitalisation sauf pour les tumeurs qui affichent à l'inverse un taux inférieur au Québec (tableau p. 23).

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.*

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance de la population du RLS est inférieure à celle du Québec (80,3 ans c. 80,9 ans) du fait de l'écart observé chez les hommes (77,4 ans c. 78,4 ans). De son côté, l'espérance de

vie sans incapacité s'élève à 67,6 ans (65,9 chez les hommes et 69,3 ans chez les femmes, soit davantage que pour les Québécoises) (tableau p. 24).

La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer

On dénombre près de 750 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 suite. Vieillesse aidant, les maladies du système nerveux (qui comprennent majoritairement les maladies d'Alzheimer et de Parkinson) s'installent au 4^e rang (tableau p. 25).

Le RLS présente un taux ajusté de mortalité plus élevé qu'au Québec (760 c. 720 pour 100 000). Cet écart avec le Québec se voit nettement chez les 15-24 ans et les 75 ans et plus. La différence chez ces derniers n'est possiblement pas étrangère à l'apport migratoire que connaît le territoire à ces âges pouvant amener une population plus vulnérable en quête de services (tableau p. 23). De fait, si l'on s'attarde aux principales causes de décès, on constate que les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies du système nerveux présentent une surmortalité comparativement au Québec (tableau p. 25).

On observe en moyenne près de 530 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 du poumon qui présente un taux ajusté d'incidence supérieur à celui du Québec (cet écart s'observe que depuis peu) (tableau p. 27).

Le RLS semble bénéficier, d'un taux de mortalité moindre par cancer du sein qu'au Québec (tableau p. 27).

Au chapitre des sous-regroupements de causes des maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, une surmortalité comparativement au Québec est notée pour les cardiopathies ischémiques (tableaux p. 27-28).

La santé des nouveau-nés

Plus de *4 nouveau-nés sur 1000 naissances décèdent avant leur première année. Il reste que 7,3 % des naissances sont prématurées et que 8,5 % des nouveau-nés ont un faible poids selon l'âge gestationnel.

Les traumatismes

Environ 12 % 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 (tableau p. 29).

Les maladies infectieuses

Sur le plan des maladies infectieuses, mentionnons la chlamydie génitale qui va chercher l'incidence la plus élevée parmi les ITSS (221 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

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

Environ 34 % des jeunes du secondaire du RLS ont commis des conduites délinquantes au cours de la dernière année (ce qui est moindre 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 (23 %). Dans le RLS comme ailleurs, les femmes apparaissent plus nombreuses à présenter un score élevé à l'indice que les hommes (tableau p. 31).

Finalement, il y a eu diminution du taux de mortalité par suicide. On ne peut en conclure que le RLS ne contribue plus à la surmortalité régionale pour cette cause, mais le RLS ne se démarque plus du Québec par une surmortalité statistiquement significative (tableau p. 31). On compte cependant environ dix-sept décès par suicide par année sur le territoire.

Expérience de soins

Lors de la dernière enquête sur l'expérience de soins de 2010-2011, 86 % des 15 ans et plus du RLS ont affirmé avoir un médecin de famille (soit plus qu'au Québec) et 25 % 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 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 11 %.

Environ *10 % de la population déclare avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. De plus, 27 % 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, 73 % 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 *9 % n'ont pas passé le dernier test ou examen prescrit.

En conclusion

Avec 100 866 habitants, Drummond est le deuxième RLS de la région en population. Il s'agit du RLS le plus jeune de la région et qui connaît l'accroissement démographique le plus important. Son accroissement naturel est positif et la fécondité des femmes de Drummond est plus élevée que celle des Québécoises. Le territoire est tout de même en vieillissement et l'apport migratoire entraînera une augmentation importante de la population de 65 ans et plus.

Le RLS présente une sous-scolarisation de sa population comparativement au Québec. Cependant, on y retrouve des taux d'emploi ou de chômage qui se comparent aux valeurs nationales. À cet égard, il s'agit d'un des RLS en meilleure situation dans la région.

Comme pour le reste du Québec, des améliorations sont souhaitables au niveau des habitudes de vie et des comportements préventifs (test de PAP, mammographie, prise de tension artérielle opportuniste) même si ces derniers sont bien implantés dans le RLS. Des progrès notamment sont à faire auprès des jeunes

(consommation de drogues et d'alcool, pas assez de fruits et légumes tous les jours et peu actifs en dehors du cours d'éducation physique). L'excès de poids, l'hypertension et le diabète sont des facteurs de risque bien présents sur le territoire à l'instar du Québec.

Les indicateurs généraux de santé physique ou de santé mentale n'indiquent généralement pas de problèmes de santé particuliers comparativement au Québec, mais les hommes du territoire contribuent à la surmortalité observée dans la région (les maladies du système nerveux et les cardiopathies ischémiques contribuent à cet écart dans le RLS). De plus, l'espérance de vie des hommes y est plus faible qu'au Québec. Les traumatismes et empoisonnements chez les 15-24 ans restent déterminants à ce chapitre alors que le suicide influence moins fortement qu'auparavant la mortalité prématurée sur le territoire. Le paradoxe du RLS Drummond se situe là, le dynamisme migratoire qu'il connaît amène une population à la recherche de services et une augmentation de la population âgée qui a un impact sur l'organisation des services, et ce, même si ce territoire est un des moins vieillissants de la région.

En terminant, l'incidence plus élevée du cancer du poumon est une problématique nouvelle dans le RLS. Il faudra vérifier si cet écart perdure ces prochaines années sur le territoire.

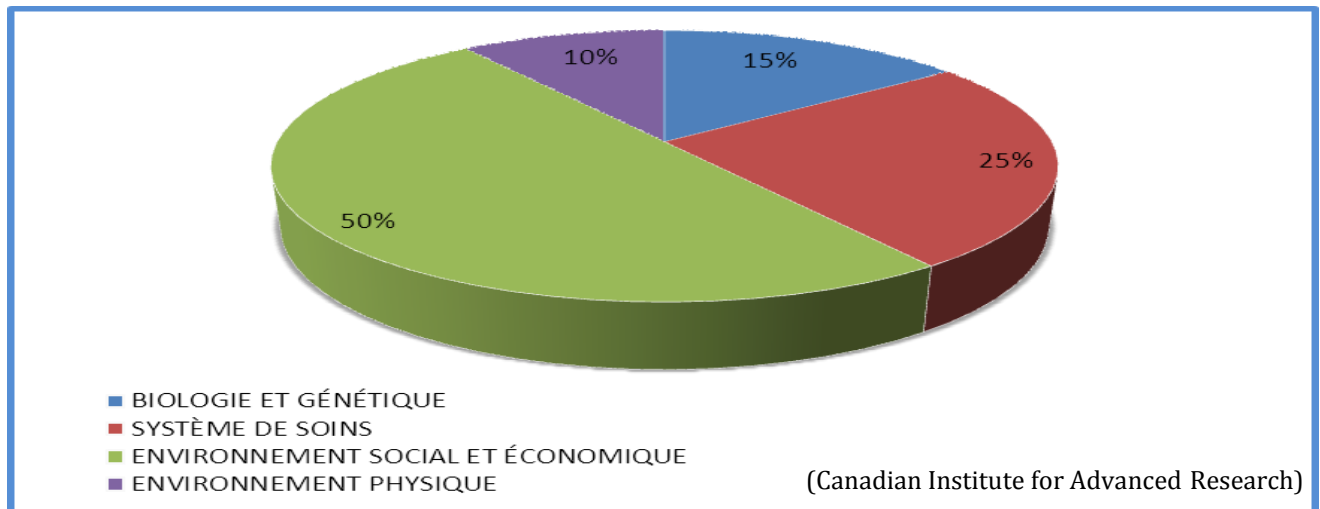
*Sylvie Bernier et Yves Pepin
Équipe Surveillance-Évaluation
Direction de santé publique
Février 2014*

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*