

PORTRAIT DE SANTÉ
DU RLS DU HAUT-SAINT-AURICE
Planification stratégique régionale
2015-2020



Ce portrait de la santé et du bien-être de la population du RLS du Haut-Saint-Maurice 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.

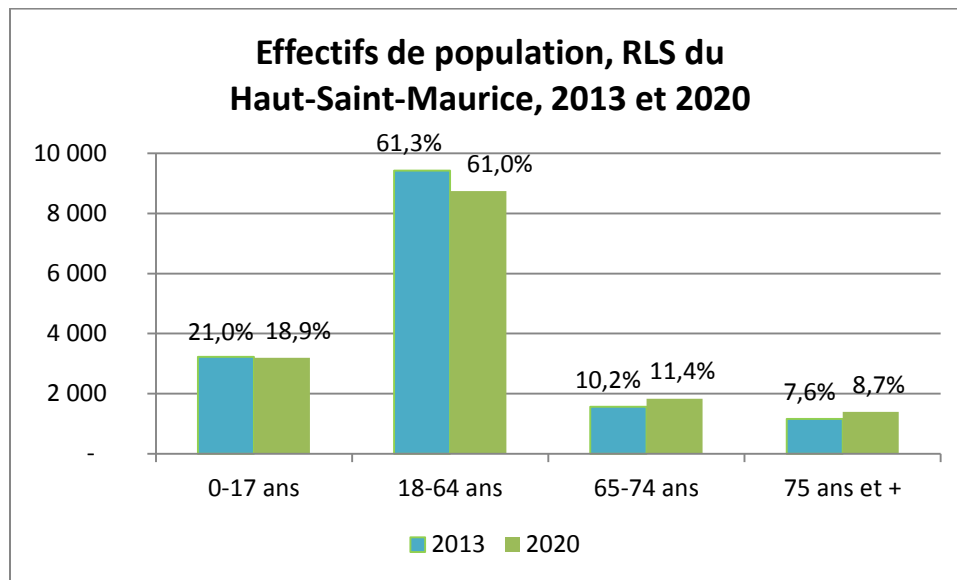
Il est à noter que les données tirées d'enquêtes ne comprennent pas la population habitant dans les réserves autochtones. Cette exclusion a un certain impact sur certaines données locales. Une spécification dans l'analyse sera faite quand l'indicateur présenté ne concerne que la population hors réserve.

Conditions sociodémographiques

Avec 15 376 habitants en 2013, il s'agit du RLS le moins peuplé de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Sa population ne représente que 3,1 % des effectifs de la région. Son territoire est vaste, ce qui en fait un RLS avec la plus faible densité. Près de 4 200 habitants du RLS déclarent avoir une identité autochtone (soit 27,9 % de la population).

Le RLS présente un accroissement naturel positif de 3,6 pour 1 000 personnes (on y compte nettement plus de naissances que de décès). Toutefois, la population de ce territoire a chuté 0,6 % de 2009 à 2013 attribuable à un déficit migratoire qui affecte tous les âges de la vie, y compris les 65 ans et plus.

On compte 2 725 personnes de 65 ans et plus sur ce territoire, soit 17,7 % de la population. Ce pourcentage légèrement supérieur à celui du Québec (16,7 %) en fait le deuxième RLS de la région avec le plus faible pourcentage de personnes âgées. À l'intérieur de ce groupe, les personnes de 75 ans et plus (avec un effectif de 1 162 personnes) représentent 7,6 % de la population. Entre 2013 et 2020, la population de 65 ans et plus augmentera de près de 500 personnes (18 % 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 étant appelés à stagner et la population de 18-64 diminuera de 7 %) (voir figure).



On observe en moyenne plus de 200 naissances par année sur ce territoire avec un taux global de 61,5 naissances pour 1 000 femmes de 15-49 ans (ce taux est de 46,7 au Québec). L'indice de fécondité de 2,38 enfants par femme (au-dessus du seuil de remplacement des générations) est aussi supérieur à celui du Québec (1,71). Cette forte fécondité contribue à l'accroissement naturel positif de ce territoire.

Cette fécondité plus élevée qu'au Québec ne s'observe pas chez les femmes de 30 ans et plus (qui se signalent plutôt par une fécondité moindre à celle des Québécoises), mais elle se retrouve à 25-29 ans, de façon plus marquée encore à 20-24 ans et, singulièrement, à 15-19 ans avec un taux 7 fois plus élevé que celui des jeunes Québécoises de cet âge. Les comportements féconds y sont donc nettement plus précoces qu'au Québec (tableau p. 10). La présence d'une forte communauté autochtone sur le territoire n'est pas étrangère à ces écarts marqués avec la province.

Conditions socioculturelles

Sur les familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans, 29,5 % sont en situation de monoparentalité dans le RLS. Ainsi, 24 % des jeunes de moins de 18 ans vivent en famille monoparentale. Ces valeurs sont supérieures à celles du Québec.

Près d'une personne de 65 ans et plus sur trois habite seule (30,2 %) et 94 % des aînés vivent en ménage privé dans le RLS (soit davantage qu'au Québec).

Conditions socioéconomiques

Parmi les adultes de 25-64 ans, 21,5 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 10 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). Une plus forte proportion de jeunes présentent un risque élevé de décrochage scolaire comparativement au Québec (31 % c. 20 %). De plus, le RLS se démarque défavorablement du Québec au chapitre du taux d'emploi (48,1 %) et du taux de chômage (11,3 %).

En 2005, 13,2 % de la population du RLS hors réserve vivait au sein de ménages sous le seuil de faible revenu avant impôt (moins qu'au Québec). Du fait des programmes sociaux, cette proportion diminue à 7,7 % 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 54 % de la population hors réserve 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.

On constate, par ailleurs, que 22,2 % 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 15 % de la population de 15 ans et plus hors réserve du RLS rapporte avoir consommé de la drogue dans la dernière année, davantage des 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 87 % 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 (41 % c. 52 % au Québec) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (33 %).

De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves du RLS reste importante (61 %) nettement supérieure même à celle du Québec (41 %). Ce comportement augmente avec le niveau scolaire. Finalement, 16 % des jeunes du secondaire ont soit une consommation problématique de drogues et d'alcool (*9 % c. 5 % au Québec) ou un problème de consommation en émergence (*8 %).

Comportements préventifs

Sur le plan des comportements préventifs, seulement 63 % des femmes de 18-69 ans hors réserve du RLS ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années (73 % au Québec). Les femmes de 50-69 ans du RLS se démarquent aussi défavorablement de leurs pareilles du Québec en étant moins nombreuses à avoir recouru à la mammographie de dépistage bilatérale au cours des deux dernières années (42,2 % c. 57,8 %).

Par contre, près de 90 % de la population de 18 ans et plus hors réserve 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 52 % de la population du RLS hors réserve estime sa santé excellente ou très bonne, mais 16 % ne la considère pas bonne (contre 11 % au Québec). Cette dernière proportion s'élève à *29 % chez les 65 ans et plus. La population du RLS éprouve une incapacité en proportion comparable au Québec (12,2 %).

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).

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, 60 % de la population de 18 ans et plus hors réserve présente un surpoids (contre 52 % au Québec). La proportion d'obèses s'élève à 20 %.

Chez les 20 ans et plus, près d'une personne sur quatre (25,1 %) est hypertendue et 11,2 % sont diabétiques. Ces proportions sont supérieures à celles du Québec, cet écart est attribuable à la structure par âge pour l'hypertension, mais la prévalence plus élevée pour le diabète s'observe même après ajustement pour l'âge (tableau p. 26). Rappelons que le diabète, l'hypertension et l'obésité, qui seront plus importants avec le vieillissement projeté, sont des facteurs de risque du syndrome métabolique.

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).

Les résidents du RLS présentent un taux ajusté d'hospitalisation de courte durée nettement supérieur à celui du Québec (1 078 c. 763 pour 10 000). 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 toutes les principales causes d'hospitalisation (tableau p. 23).

L'espérance de vie

De fait, le RLS se signale par une espérance de vie à la naissance moindre qu'au Québec, et ce, tant chez les hommes (74,6 ans contre 78,4 ans) que chez les femmes (79,0 ans c. 83,1 ans), ce qui en fait le RLS de la région où les espérances de vie sont les plus faibles. De son côté, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 65,6 ans (64,3 chez les hommes et 67,1 ans chez les femmes). La valeur des hommes est inférieure à celle de l'ensemble des Québécois pour ce dernier indicateur (tableau p. 24).

La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer

On compte en moyenne environ 145 décès par année sur ce 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 devant les traumatismes non intentionnels au 4^e rang (tableau p. 24).

Le taux brut et le taux ajusté de mortalité y sont supérieurs à ceux du Québec. Ce dernier taux (896 c. 720 pour 100 000) indique bien que la surmortalité de ce RLS n'est pas attribuable à une structure par âge plus vieillissante. Cette mortalité plus importante se note de manière statistiquement significative chez les 15-24 ans, les 25-44 ans, d'une part, et chez les 75 ans et plus. Elle s'observe aussi chez les enfants de moins de 5 ans (tableau p. 24).

En outre, cette situation plus préoccupante concerne la plupart des principales causes de décès, à l'exception de l'ensemble des tumeurs et des maladies du système nerveux. On constate donc une surmortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, par traumatismes non intentionnels et pour les maladies de l'appareil digestif (tableau p. 24).

On observe en moyenne près de 85 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, celui du poumon présente un taux ajusté d'incidence supérieur à celui du Québec. Par contre, le RLS se démarque favorablement du Québec pour le cancer du sein et de la prostate (tableau p. 26). Pour ce dernier cancer, ce résultat pourrait simplement découler d'un dépistage moindre. Le RLS affiche aussi un taux de mortalité supérieur à celui du Québec pour le cancer du poumon (tableau p. 26).

Pour les principaux sous-regroupements des maladies de l'appareil circulatoire, cette surmortalité s'observe plus spécifiquement pour les maladies cérébro-vasculaires et les maladies des artères, des artéριοles et des capillaires (tableau p. 27). Pour le sous-regroupement des maladies de l'appareil

respiratoire, elle se note davantage du côté des maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (tableau p. 27).

La santé des nouveau-nés

Près de *12 nouveau-nés sur 1 000 naissances décèdent avant leur première année, le RLS présente ainsi une surmortalité sur ce plan comparativement au Québec (4,6 pour 1 000). De fait, 11,6 % des naissances sont prématurées (plus qu'au Québec) bien que seulement 5,8 % des nouveau-nés ont un faible poids selon l'âge gestationnel (8,3 % au Québec).

Les traumatismes

Environ *11 % de la population de 15 ans et plus hors réserve 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. La surmortalité par traumatismes non intentionnels du RLS est attribuable tant aux chutes qu'aux accidents de transport (tableau p. 28). Ces derniers, généralement plus fréquents en territoire rural, contribuent nettement à la surmortalité des jeunes adultes.

Les maladies infectieuses

Sur le plan des maladies infectieuses, mentionnons la chlamydie génitale qui va chercher l'incidence la plus élevée parmi les RLS de la région (675 pour 100 000 en 2012). Ce taux est nettement supérieur à celui du Québec (251 pour 100 000) et de la région. Cette incidence nettement plus importante s'est même amplifiée ces dernières années.

État de santé psychosociale ou mentale

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

Environ 43 % des jeunes du secondaire du RLS ont commis des conduites délinquantes au cours de la dernière année.

Une proportion relativement marginale de la population ne s'estime pas en bonne santé mentale. La population hors réserve 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).

Cela dit, le RLS se démarque nettement du Québec par sa surmortalité par suicide (*42 c. 15 pour 100 000). On en compte environ six par année sur le territoire (tableau p. 30).

Expérience de soins

Lors de la dernière enquête sur l'expérience de soins de 2010-2011, 67 % des 15 ans et plus du RLS hors réserve ont affirmé avoir un médecin de famille (soit nettement moins qu'au Québec : 79 %) et 29 % 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 *9 % (12 % au Québec).

Environ 10 % de la population déclare avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. De plus, 57 % des résidents du RLS 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, 77 % 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 15 376 habitants, il s'agit du moins peuplé des RLS de la région, mais du plus vaste en superficie. Plus d'une personne sur quatre de ce territoire a une identité autochtone. Il connaît une des plus faibles proportions de personnes âgées de la région. Les femmes du RLS présentent un indice de fécondité élevé assurant le seuil de remplacement des générations et les naissances y surpassent les décès. Toutefois, du fait de l'émigration, la population de ce RLS décroît. Notons que le taux de fécondité des jeunes filles de moins de 20 ans est sept fois plus élevé que celui des Québécoises du même âge. De fait, la monoparentalité y est importante.

Il est un des RLS dont la population est la plus sous-scolarisée dans la région et les jeunes du secondaire présentent un risque élevé de décrochage scolaire. Il connaît, de plus, le taux d'emploi le plus faible de la région et le taux de chômage le plus élevé. Toutefois, une des forces du RLS 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. Le soutien social dans la famille chez les jeunes apparaît malgré tout inférieur à celui des jeunes Québécois (Bernier et Pepin, 2013).

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. De fait, les femmes du RLS déclarent moins le recours aux comportements préventifs (test de PAP et mammographie de dépistage) comparativement aux Québécoises.

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

Le surpoids et le diabète présentent des prévalences supérieures à celles du Québec et la population du RLS se perçoit en moins bonne santé que la population québécoise. De fait, l'espérance de vie tant des hommes que des femmes y est inférieure à celle du Québec. L'espérance de vie sans incapacité y est aussi moindre que dans la province.

Indépendamment de sa structure par âge, le RLS présente des surmortalités pour les maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif et pour traumatismes non intentionnels (tant par chutes que par accidents de transport). Le cancer du poumon est particulièrement important.

À âge égal, les taux de mortalité y sont généralement supérieurs à ceux du Québec particulièrement chez les jeunes. La mortalité infantile y est également supérieure et les nouveau-nés comptent davantage de prématurés qu'au Québec.

Concernant les maladies infectieuses, il s'agit du territoire où la chlamyidiose est la plus élevée dans la région.

Sur le plan de la santé mentale et psychosociale, les quelques indicateurs disponibles ne permettent pas de déceler des problématiques plus marquées qu'ailleurs, mais le taux de mortalité par suicide y est supérieur à celui du Québec (la présence de communautés autochtones contribue à cette situation). L'EQSJS indique les mêmes problèmes chez les jeunes du secondaire qu'au Québec quant aux conduites violentes ou aux troubles de comportements, mais ces résultats sont moins favorables que ceux de la région sur ces aspects.

Finalement, le recours aux professionnels des services sociaux y est moindre qu'au Québec. Sur le plan de l'expérience de soins, il est à rappeler que seulement les deux tiers des personnes de 15 ans et plus ont un médecin de famille et que le recours à l'urgence pour rencontrer un médecin dans la dernière année a touché plus d'une personne sur deux.

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

Bibliographie

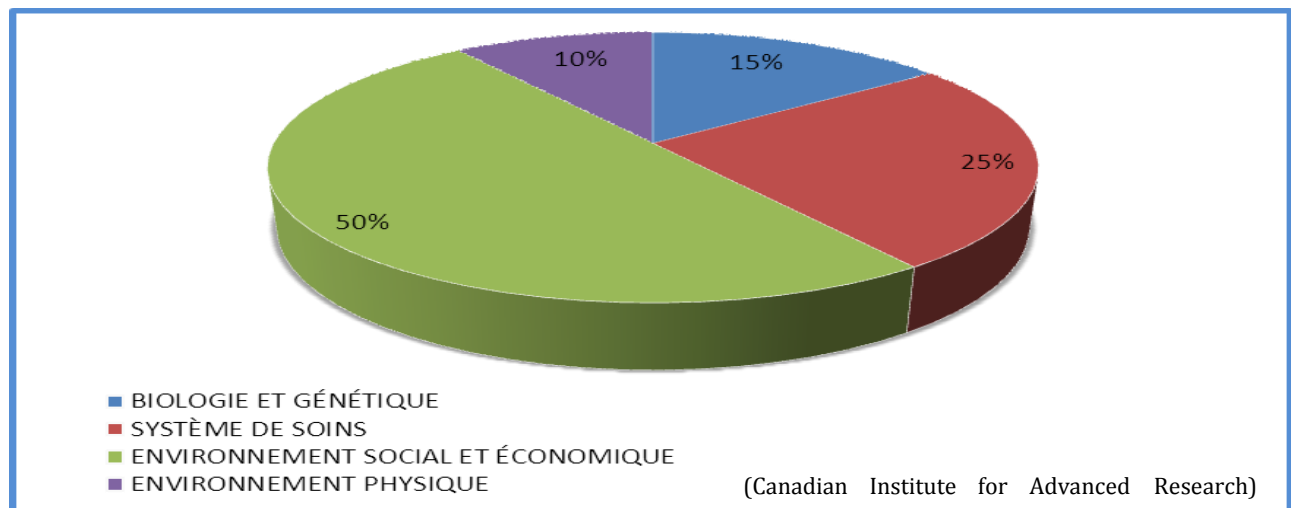
Sylvie BERNIER et Yves PEPIN (2013), *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011, synthèse des résultats du volet 2 pour le RLS du Haut-Saint-Maurice*, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 40 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.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*