

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



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

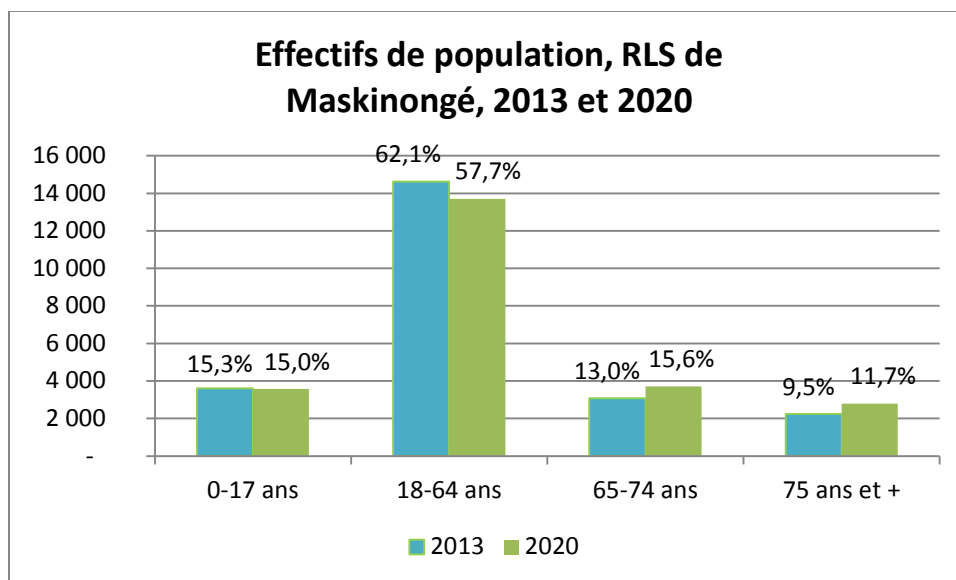
Conditions démographiques

La population du RLS de Maskinongé s'élève en 2013 à 23 542 habitants. Sa population représente 4,7 % des effectifs de la région et il est ainsi le deuxième RLS le moins peuplé de la région.

Entre 2009 et 2013, 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. Pendant cette période, la population a connu un accroissement nul au final attribuable à un certain apport migratoire.

Les personnes de 65 ans et plus représentent près 22,6 % de la population ce qui est nettement supérieur à ce qui est observé pour le Québec (16,7 %). Les personnes de 75 ans et plus, avec un effectif de 2 241 individus, représentent 9,5 % de la population totale du RLS. Entre 2013 et 2020, la population des 65 ans et plus augmentera de près de 1 200 personnes soit 22 % de plus que présentement et représentera à elle seule 27 % 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 de Maskinongé est inférieure à celle du Québec. Le nombre annuel moyen de naissances est d'environ 189 par année et représente un taux global de fécondité des femmes en âge de procréer de 40,0 pour 1000, ce qui est inférieur à la région (45,7) et au Québec (46,7). L'indice synthétique de fécondité du RLS est de 1,71 enfant par femmes. Les taux de fécondité par âge indiquent une fécondité plus précoce sur le territoire qu'au Québec. En effet, les femmes de 35 ans et plus y ont des taux inférieurs aux femmes du même âge du Québec alors que celles de moins de 30 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, 27,4 % sont monoparentales. Ainsi, 24,7 % des jeunes de moins de 18 ans vivent en famille monoparentale. Ces proportions sont plus élevées que celles du Québec.

Rappelons que 90 % des personnes âgées demeurent en ménage privé. Une proportion de 29 % des personnes de 65 ans et plus habite seule.

Conditions socioéconomiques

Parmi les adultes de 25-64 ans, 25,4 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 7,1 % 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 48 % chez les garçons du RLS comparativement à 24 % chez ceux du Québec.

En 2011, le taux d'emploi se chiffre à 50,9 % alors qu'il est de 59,9 % pour la province. Le taux de chômage se situe à 10,5 % contre 7,2 % au Québec.

En 2005, 14,5 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu avant (impôt) ce qui est moins qu'au Québec (17,1 %). Du fait des programmes sociaux, cette proportion diminue à 8,7 % après impôt (contre 12,4 % au Québec).

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, 19,4 % de la population de 15 ans et plus prodigue sans rémunération des soins aux personnes âgées.

Du côté des jeunes du secondaire, 29 % affirment avoir été victime de violence à l'école ou de cyberintimidation ce qui inférieur à ce qui est observé au Québec (37 %).

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 13 % 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 83 % des jeunes du secondaire sont non-fumeurs. Cette proportion est moindre qu'au Québec (90 %). Aussi, un nombre insuffisant de jeunes consomment au moins leurs cinq portions quotidiennes de fruits et légumes (46 %) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (*30 %). De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves reste importante (51 %) supérieure même à celle du Québec. Notons que ce comportement augmente avec le niveau scolaire. Finalement, 11 % des jeunes du secondaire du territoire ont une consommation soit problématique (** 5 %) soit en émergence (**6 %) d'alcool et de drogue.

Comportements préventifs

Sur le plan des comportements préventifs, 68 % des femmes de 18 à 69 ans ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années. Aussi, 61,1 % des femmes de 50-69 ans du RLS ont passé une mammographie de dépistage bilatérale au cours des deux dernières années.

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.

État de santé

Environ 52 % de la population de 15 ans et plus du RLS estime sa santé excellente ou très bonne et 14 % ne se perçoivent pas en bonne santé (contre 11 % au Québec). Chez les 65 ans et plus du RLS, cette dernière proportion atteint *26 %. La population du RLS présente en plus grande proportion une incapacité que dans l'ensemble du Québec (14,2 % c. 12,6 %).

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 (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 risques

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 (contre 52 % au Québec) présentent un surpoids. On y retrouve 19 % d'obèses. Chez les 20 ans et plus, plus du quart (27,3 %) de la population est hypertendue et 10,6 % est diabétique (mais les valeurs ajustées pour l'âge se comparent au Québec) (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 inférieur à celui du Québec et cet écart se voit pour la majorité des principales causes d'hospitalisations hormis les lésions traumatiques et empoisonnements (tableau p. 23).

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance de la population du RLS se situe à 80,1 ans ce qui ne se distingue pas du Québec. Par contre, l'espérance de vie des hommes est inférieure à celle des Québécois (77,2 ans c. 78,4 ans). L'espérance de vie sans incapacité se chiffre à 66,6 ans et est plus faible chez les hommes du RLS comparativement à ceux de l'ensemble du Québec (65,0 ans c. 66,5 ans) (tableau p. 24).

La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer

On dénombre environ 240 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 (qui comprennent majoritairement les maladies d'Alzheimer et de Parkinson) s'installent au quatrième rang devant les traumatismes non intentionnels (tableau p. 24).

La mortalité dans le RLS est plus élevée comparativement au Québec avec un taux ajusté de 781 pour 100 000 contre 720 pour 100 000. Cette surmortalité se remarque chez les 15-24 ans avec un taux de mortalité de *93 pour 100 000 alors qu'il est de 46 pour 100 000 chez les jeunes Québécois du même âge (tableau p. 24). Les taux ajustés de mortalité selon la cause montrent uniquement un taux de mortalité supérieur au Québec par maladies de l'appareil circulatoire. Notons que les taux bruts de mortalité selon la cause plus élevés pour le RLS de Maskinongé traduisent simplement la conséquence d'une population plus âgée par rapport à celle de la province (tableau p. 24).

On observe en moyenne 157 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 selon les principaux sièges pour les valeurs ajustées. Cependant, le RLS présente un taux de mortalité par tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon supérieur à celui de la province. Vieillesse aidant, l'incidence brute des nouveaux cas de cancer est supérieure à celle du Québec notamment pour le poumon, la prostate et la vessie (tableau p. 26).

Au chapitre des sous-regroupements de causes des maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, une surmortalité comparativement au Québec est observée pour les cardiopathies ischémiques et les autres cardiopathies quand on considère les taux ajustés. Son vieillissement plus marqué entraîne des taux bruts plus élevés qu'au Québec pour les différents sous-regroupements (tableaux p. 27).

La santé des nouveau-nés

Le taux de mortalité infantile s'élève à **5,5 pour 1000 naissances vivantes. Il reste que 9,2 % des naissances sont prématurées et que 10,6 % des nouveau-nés ont un faible poids selon l'âge gestationnel. Cette dernière proportion est statistiquement supérieure à celle du Québec (8,3 %).

Les traumatismes

Environ *9 % 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. 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. Le RLS présente une

surmortalité par accident de transport que l'on observe généralement pour les territoires ruraux et qui n'est pas étrangère à une surmortalité des 15-24 ans (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 110,4 en 2008 à 199,7 pour 100 000 en 2012.

État de santé psychosociale ou mentale

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

Environ 32 % des jeunes du secondaire déclarent avoir 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 du RLS n'est pas plus nombreuse que celle de l'ensemble du Québec à présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique soit 22 %. Dans le RLS comme ailleurs, les femmes sont plus nombreuses à présenter un score élevé comparativement aux hommes (27 % c. 17 %).

Concernant le suicide, le RLS se démarque par un taux de mortalité supérieur au Québec (*26,6 c. 15,2 pour 100 000) ce qui représente environ 7 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, 90 % ont affirmé avoir un médecin de famille (contre 79 % au Québec). Aussi, 30 % 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 *10 %.

Aussi, *7 % déclarent avoir été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête contre 9 % au Québec. De plus, 37 % 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, 74 % 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 de Maskinongé présente un vieillissement et une croissance nulle de sa population.

La population des 25-64 ans est plus faiblement scolarisée qu'au Québec 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.

La majorité des 15 ans et plus a accès à un médecin de famille et la prise de tension artérielle est largement répandue lors de la visite de celui-ci. Par contre, comme pour le reste du Québec, au niveau des habitudes de vie et de certains comportements préventifs des améliorations sont encore possibles. Il en est de même également pour de grands facteurs de risque comme l'excès de poids, l'hypertension et le diabète. L'espérance de vie à la naissance des hommes du RLS ainsi que celle sans incapacité y sont d'ailleurs inférieures à celles des Québécois. Comme ailleurs, les données de mortalité par chute nous rappellent que les 65 ans et plus sont particulièrement vulnérables et que les programmes de prévention demeurent essentiels.

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 cardiovasculaires. En fait, le vieillissement de sa population reste le principal défi du RLS. Déjà, il entraîne des prévalences brutes plus élevées de diabète et d'hypertension et il contribue beaucoup à y augmenter le fardeau des maladies chroniques (cancer, maladies de l'appareil respiratoire, etc.). Il faut, cependant, ne pas négliger la surmortalité par traumatismes et empoisonnements des 15-24 ans.

Les indicateurs de santé mentale sont encore trop peu nombreux. D'un côté, l'indicateur de détresse psychologique semble dans la moyenne québécoise, mais les taux de mortalité par suicide sont encore supérieurs au Québec en dépit d'un déclin ces dernières années.

Malgré que certains défis demeurent, il est important de rappeler le potentiel que semble présenter le RLS de Maskinongé au niveau de l'important déterminant de la santé qu'est l'environnement social.

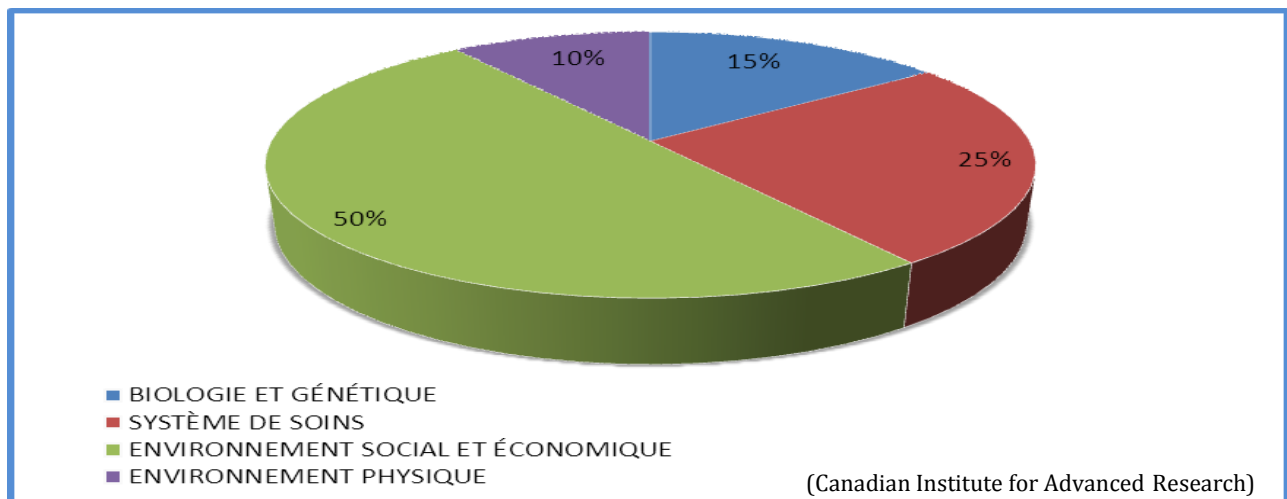
*Sylvie Bernier et Yves Pepin
Équipe Surveillance-Évaluation
Direction de santé publique
Février 2014*

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