

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



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

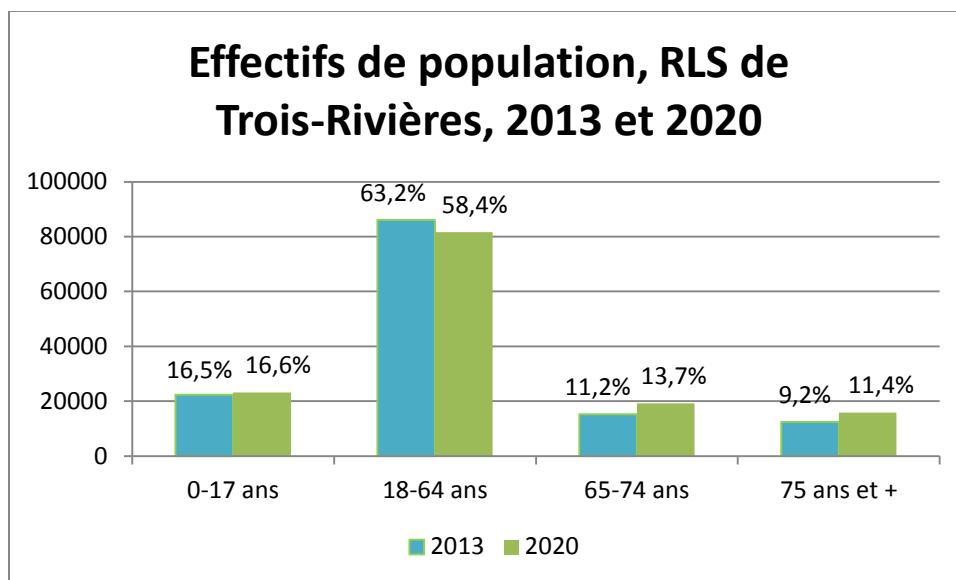
### *Conditions démographiques*

La population du RLS de Trois-Rivières s'élève en 2013 à 136 175 habitants ce qui en fait le RLS le plus peuplé de la région Mauricie et Centre-du-Québec. Sa population représente 27,2 % des effectifs de la région.

Entre 2009 et 2013, la population a connu un accroissement de 2,1 % alors qu'au Québec il est de 3,2 %. De plus, l'accroissement naturel (le nombre de naissances moins les décès) est faible soit 0,4 pour 1000 personnes seulement alors qu'il se situe à 1 pour 1000 pour la région et à 3,6 pour 1000 pour le Québec.

Près d'une personne sur cinq (20,3 %) est âgée de 65 ans et plus, proportion supérieure à celle du Québec (16,7 %). Les personnes de 75 ans et plus représentent 9,2 % de la population avec un effectif de 12 479. D'ici 7 ans, entre 2013 et 2020, la population de 65 ans et plus augmentera de près de 7 300 personnes soit 26 % de plus que présentement et représentera à elle seule 25 % de l'ensemble de la population (11 %

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 Trois-Rivières est inférieure à celle du Québec. Le nombre annuel moyen de naissances est de 1 249 par année et représente un taux global de fécondité des femmes en âge de procréer de 41,6 pour 1000, alors qu'il s'élève à 46,7 pour 1000 au Québec. L'indice synthétique de fécondité du RLS est de 1,57 enfant par femmes alors qu'il s'élève à 1,71 pour l'ensemble du Québec. Par contre, les taux de fécondité par âge indiquent une fécondité plus forte chez les filles de 15-19 ans du RLS comparativement aux Québécoises du même âge. À l'inverse, les femmes de 30-39 ans du RLS ont des taux de fécondité inférieurs aux Québécoises du même âge (tableau p. 10).

### *Conditions socioculturelles*

Parmi les familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, 29 % sont monoparentales. Ainsi, 25,6 % des jeunes de moins de 18 ans vivent en famille monoparentale. Ces proportions sont plus élevées que celles du Québec.

Rappelons qu'une proportion moindre qu'au Québec de personnes âgées demeurent en ménage privé (86,4 % c. 89,8 %). Aussi, une proportion plus élevée de celles-ci demeurent seules (33,4 % c. 30,4 %). De par ses ressources en hébergement, le RLS semble attirer des personnes âgées des RLS environnants.

### *Conditions socioéconomiques*

Au sujet de la scolarité, le RLS de Trois-Rivières se rapproche du portrait de l'ensemble du Québec malgré un léger déficit. En effet, parmi les adultes de 25-64 ans, 12,7 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et 20,1 % 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 \*17 %.

En 2011, le taux d'emploi se chiffre à 55,8 % alors qu'il est de 59,9 % pour le Québec. Le taux de chômage se situe à 7,7 %.

En 2005, 19,3 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu avant (impôt) ce qui est plus élevé qu'au Québec (17,1 %). Du fait des programmes sociaux, cette proportion diminue à 13,3 % après impôt.

### ***Environnement social***

Près de 45 % de la population se déclare très satisfaite de sa vie sociale ce qui se compare 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.

Aussi, 20,7 % 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, 32 % affirment avoir été victime de violence à l'école ou de cyberintimidation ce qui est 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 14 % 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 92 % des jeunes du secondaire du RLS sont non-fumeurs. On constate qu'un nombre insuffisant de jeunes consomment au moins leurs cinq portions quotidiennes de fruits et légumes (52 %) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (30 %). De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves reste importante (45 %). Ce comportement augmente avec le niveau scolaire. Finalement, 8 % des jeunes du secondaire du territoire ont une consommation soit problématique (\*4,0 %) soit en émergence (\*4,0 %) d'alcool et de drogue.

#### ***Comportements préventifs***

Sur le plan des comportements préventifs, environ 63 % des femmes de 18 à 69 ans ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années contre 73 % au Québec. Les femmes de 50-69 ans du RLS sont un peu plus nombreuses qu'au Québec à avoir passé une mammographie de dépistage bilatérale au cours des deux dernières années (61,6 % c. 57,8 %).

Par ailleurs, 84 % de la population de 18 ans et plus rapporte une prise de leur tension artérielle lors de leur visite d'un médecin généraliste.

## *État de santé*

Environ 54 % de la population de 15 ans et plus du RLS estime sa santé excellente ou très bonne et 10 % ne se perçoivent pas en bonne santé. Chez les 65 ans et plus du RLS, cette dernière proportion atteint \*24 %. Aussi, 13,2 % de la population du RLS présente une incapacité (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.

*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, certaines personnes présentent des caractéristiques susceptibles d'entraîner des problèmes de santé importants. Ainsi, 47 % de la population de 18 ans et plus (52 % au Québec) présentent un surpoids dont 16 % sont obèses. Chez les 20 ans et plus, le quart (24,6 %) est hypertendu et 9,2 % est diabétique. Ces deux dernières prévalences sont supérieures au Québec du fait du vieillissement de sa population (les valeurs ajustées indiquent des valeurs plus favorables qu'au Québec) (tableaux p. 25). 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 favorable se voit entre autres pour les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire (tableau p. 22).

### *L'espérance de vie*

L'espérance de vie à la naissance de la population du RLS se situe à 80,5 ans ce qui est inférieur à celle du Québec (80,9 ans). Cette différence se remarque particulièrement chez les hommes (77,5 ans c. 78,4 ans). Pour sa part, l'espérance de vie sans incapacité se chiffre à 67,1 ans (tableau p. 23).

### *La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer*

On dénombre environ 1160 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. 23).

La mortalité dans le RLS est semblable à celle du Québec avec un taux ajusté de 737 pour 100 000. Le taux brut de mortalité plus élevé dans le RLS de Trois-Rivières traduit simplement la conséquence d'une population plus âgée par rapport à celle de la province. Les 25-44 ans et les 45-64 ans se démarquent toutefois par une surmortalité comparativement au Québec (tableau p. 23).

Les taux ajustés de mortalité selon la cause montrent une mortalité moindre par maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, alors qu'elle est supérieure pour les maladies de l'appareil respiratoire et du système nerveux (qui comprennent majoritairement les maladies d'Alzheimer et de Parkinson) (tableau p. 23). Pour cette dernière cause, cet écart n'est pas étranger à une population vieillissante davantage institutionnalisée.

Sans que le phénomène de mortalité ne soit plus élevé par rapport au Québec, la population plus âgée du RLS a comme conséquence d'entraîner un fardeau plus grand quant à la mortalité. Ce qui se reflète par des taux bruts plus élevés qu'au Québec pour les MCV, les tumeurs et les maladies de l'appareil digestif (tableau p. 23).

On observe en moyenne 788 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. Le taux ajusté d'incidence pour l'ensemble des tumeurs est inférieur à celui du Québec. Cette incidence moindre se perçoit plus particulièrement pour le cancer de la prostate (105,7 c. 120,1 pour 100 000) (tableau p. 25). Sur le plan de la mortalité pour tumeurs malignes, le RLS se démarque par un taux de mortalité par cancer du poumon supérieur à celui du Québec.

Comme pour la mortalité, le vieillissement plus marqué du RLS implique des taux bruts d'incidence plus élevés qu'au Québec pour l'ensemble des tumeurs (notamment celles colorectales et du poumon) (tableau p. 25).

Au chapitre des sous-regroupements de causes des maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, une sous-mortalité est observée comparativement au Québec pour les cardiopathies ischémiques tandis qu'on observe une surmortalité pour les autres formes de cardiopathies. De plus, une surmortalité est observée par grippe et pneumopathie. Le vieillissement de la population du RLS entraîne des taux bruts plus élevés que ceux du Québec pour la plupart de ces regroupements (tableaux p. 26).

### *La santé des nouveau-nés*

Le taux de mortalité infantile s'élève à \*4,5 pour 1000 naissances vivantes. Aussi, 6,8 % des naissances sont prématurées et 8,6 % des nouveau-nés ont un faible poids par rapport à l'âge gestationnel.

### *Les traumatismes*

Environ 10 % de la population de 15 ans et plus 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 chutes. Le RLS bénéficie d'une sous-mortalité par accident de transport du fait de son caractère plus urbanisé (tableau p. 27).

### *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 292,7 pour 100 000 en 2008 à 347,5 pour 100 000 en 2012.

### *État de santé psychosociale ou mentale*

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

Environ 35 % de jeunes du secondaire déclarent avoir 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. Environ 22 % de la population des 15 ans et plus du RLS présente un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Dans le RLS comme dans le reste du Québec, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter un score élevé à l'indice (27 % c. 17 %).

Le RLS se démarque par un taux de mortalité par suicide supérieur au Québec (23,1 c. 15,2 pour 100 000), ce qui représente environ 31 décès annuellement sur le territoire (tableau p. 29).

### *Expérience de soins*

Lors de la dernière enquête sur l'expérience de soins de 2010-2011 touchant les 15 ans et plus, 80 % ont affirmé avoir un médecin de famille au cours de l'année précédant l'enquête et 28 % 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 17 % alors que cette proportion s'élève à 12 % pour le Québec.

Aussi, \*8 % déclarent avoir été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. De plus, 32 % des résidents du RLS disent avoir consulté un médecin à l'urgence pour cette même période.

Toujours selon la même enquête, 78 % 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 ont passé le dernier test ou examen prescrit (90 %).

## *En conclusion*

Le RLS de Trois-Rivières présente un vieillissement de sa population en même temps qu'un accroissement naturel faible. Les familles monoparentales et les personnes âgées demeurant seules y sont plus nombreuses qu'au Québec. Le taux de fécondité des filles de 15-19 ans est plus élevé que pour celles du Québec.

La population des 25-64 ans présente une proportion plus élevée qu'au Québec d'individus ayant un diplôme du secondaire, mais une proportion plus faible détentrice d'un baccalauréat. 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. Les chutes étant un facteur de risque important de mortalité pour les 65 ans et plus, les programmes préventifs sont toujours d'actualité. Les efforts de prévention doivent également se poursuivre pour les infections transmises sexuellement. Rappelons également que l'espérance de vie à la naissance des hommes du RLS est inférieure à celle des Québécois. Cet écart n'est pas étranger à une surmortalité des 25-44 ans et des 45-64 ans.

En enlevant l'effet d'âge, les indicateurs généraux de santé physique n'indiquent généralement pas de problèmes particuliers comparativement au Québec, les quelques écarts observés sont plutôt favorables. Le taux ajusté de mortalité par maladies du système nerveux plus élevé pour le RLS de Trois-Rivières vient souligner la problématique du vieillissement de sa population accru par la migration sur son territoire de personnes âgées provenant d'autres RLS en quête de services ou de résidences adaptés à leur besoin.

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, MCV, maladies de l'appareil digestif, etc.).

Les indicateurs de santé mentale sont encore trop peu nombreux. D'un côté, l'indicateur de détresse psychologique semble dans les valeurs québécoises, mais les taux de mortalité par suicide sont encore supérieurs au Québec. D'ailleurs, cette cause contribue nettement à la surmortalité des adultes de 25-44 ans et de 45-64 ans. On constate que la consultation de professionnels de services sociaux est supérieure sur le territoire.

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

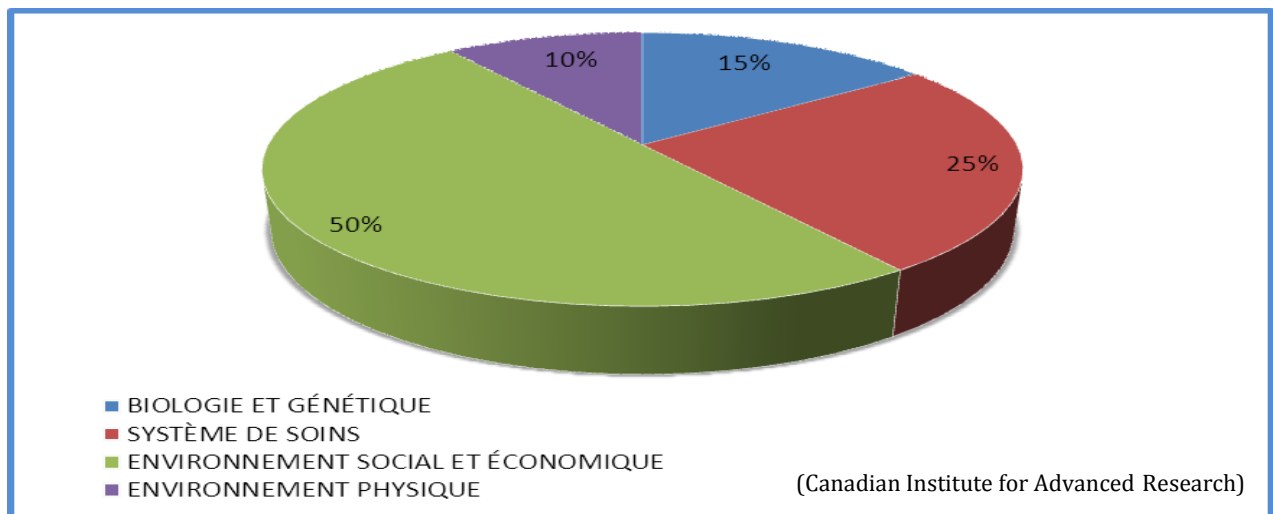


## ANNEXE

### 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.<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> 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*