

PORTRAIT DE SANTÉ
DU RLS DE LA VALLÉE DE LA BATISCAN
Planification stratégique régionale
2015-2020



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

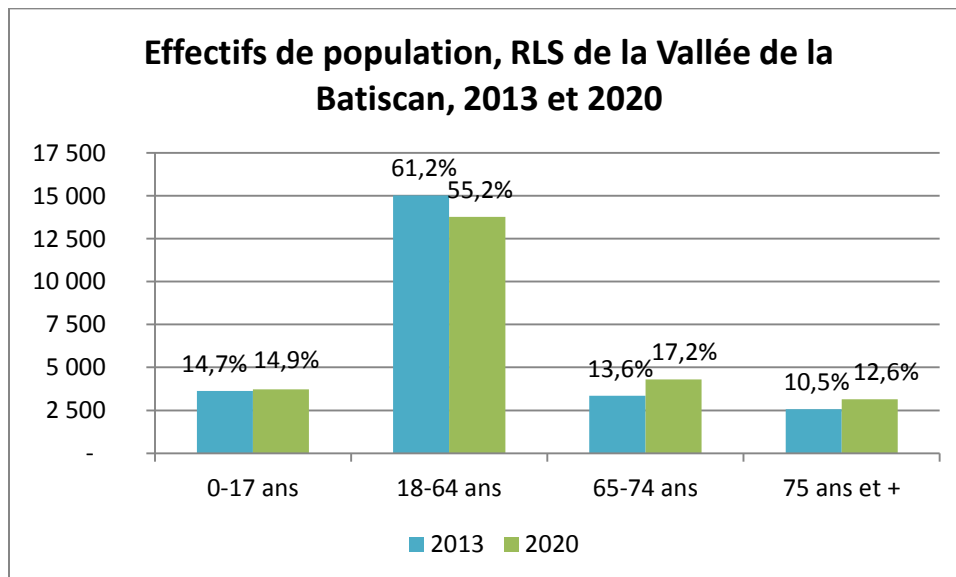
Conditions démographiques

Avec 24 581 habitants, il s'agit d'un des RLS les moins peuplés de la région, mais il présente un vaste territoire. Sa population représente 4,9 % des effectifs de la région.

Le vieillissement du territoire est bien amorcé. On y compte déjà plus de décès que de naissances (avec un taux d'accroissement naturel négatif de 1,0 pour 1 000 personnes). À la croissance naturelle négative se sont ajoutés des pertes d'effectifs par migration qui ont affectées de manière notable, les jeunes adultes et les personnes âgées. En conséquence, la population du territoire n'a cru que de 0,5 % entre 2009 et 2013.

De fait, on compte 5 922 personnes de 65 ans et plus sur le territoire du RLS soit 24,1 % de la population (contre 16,7 % au Québec) ce qui en fait le RLS ayant la plus forte proportion de personnes âgées de la région. À l'intérieur de ce groupe, les personnes de 75 ans et plus (avec un effectif de 2 574 personnes)

représentent 10,5 % de la population. Entre 2013 et 2020, le nombre de 65 ans et plus augmentera de plus de 1 500 personnes (26 % de plus) pour atteindre 30 % de la population (13 % de 75 ans et plus). Les personnes âgées bénéficieront seuls de l'accroissement de la population pour cette période (les effectifs des moins de 18 ans étant appelés à augmenter de 3 % et la population de 18-64 à diminuer de 8 %) (voir figure).



On compte en moyenne environ 200 naissances par année sur le territoire du RLS. Les femmes de Vallée de la Batiscan affichent un indice de fécondité de 1,89 enfant par femme qui est supérieur à celui du Québec (1,71). La fécondité y est plus hâtive qu'au Québec, les femmes de 25-29 ans et de 20-24 ans ont des taux de fécondité supérieurs, à âge égal, à ceux des Québécoises, alors que les femmes de 35-39 ans et plus présentent un taux inférieur à celui des Québécoises du même âge (tableau p. 10).

Conditions socioculturelles

Un peu moins du quart (24,6 %) des familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans sont en situation de monoparentalité dans le RLS. Ainsi, 21,8 % des jeunes de cet âge vivent en famille monoparentale.

Plus d'une personne sur quatre (27,7 %) de 65 ans et plus habite seule et 91,9 % des aînés vivent en ménage privé dans le RLS (soit plus qu'au Québec).

Conditions socioéconomiques

Parmi les adultes de 25-64 ans, 19,3 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 9,6 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). De plus, le RLS se démarque défavorablement du Québec au chapitre du taux d'emploi (50,8 %) ou du taux de chômage (8,5 %).

En 2005, 11 % de la population 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 6,5 % 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

Environ 56 % de la population se déclare très satisfaite de sa vie sociale (contre 47 % 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 26 % 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 *11 % 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 83 % des jeunes du secondaire sont non-fumeurs (moins qu'au Québec). Toutefois, un nombre insuffisant de ces jeunes consomment au moins leurs cinq portions quotidiennes de fruits et légumes (48 %) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (22 %, soit moins qu'au Québec).

De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves du RLS reste importante (55 %) supérieure même à celle du Québec (41 %), ce comportement augmente avec le niveau scolaire.

Finalement, près de 15 % des jeunes du secondaire ont une consommation problématique de drogues et d'alcool ou un problème de consommation en émergence.

Comportements préventifs

Sur le plan des comportements préventifs, seulement 66 % des femmes de 18-69 ans du RLS ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années ce qui est moins qu'au Québec (73 %). Par contre, 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 (61,4 % c. 57,8 %).

Par ailleurs, environ 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 12 % ne la considère pas bonne. Cette dernière proportion s'élève à *26 % chez les 65 ans et plus. Toutefois, 14,2 % de la population présente une incapacité dans le RLS contre 12,6 % au Québec (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 est rapportée par 12 % des 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, des catégories de personnes sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé importants. Ainsi, 60 % de la population de 18 ans et plus présente un surpoids (contre 52 % au Québec). La proportion d'obèses s'élève à 20 % (16 % au Québec). On compte chez les 20 ans et plus une proportion plus grande d'hypertendus (27,9 %) et de diabétiques (10,2 %) qu'au Québec. Toutefois, ces écarts sont attribuables au vieillissement marqué de la population du RLS, car en contrôlant pour l'âge ces deux prévalences se comparent encore à celles du Québec (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, les maladies de l'appareil digestif, celles de l'appareil respiratoire, les tumeurs et les lésions traumatiques et empoisonnements constituent les principales causes d'hospitalisation (si on exclut celles pour grossesses et accouchements).

Les résidents du RLS présentent globalement un taux ajusté d'hospitalisation de courte durée comparable à celui du Québec. Toutefois, selon la cause, des taux moins élevés qu'au Québec se voient pour les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire alors qu'on observe plus d'hospitalisations pour les traumatismes et empoisonnements (tableau p. 23).

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance de la population des hommes et des femmes se compare avantageusement à celle du Québec (tableau p. 23). Il est à noter, par ailleurs, que l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 67,3 ans dans le RLS (66 ans chez les hommes et 68,6 ans chez les femmes).

La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer

On dénombre environ 225 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 la suite devant les maladies du système nerveux (qui comprennent majoritairement les maladies d'Alzheimer et de Parkinson) et les traumatismes non intentionnels (tableau p. 24).

Du fait de l'importance relative de la population âgée y demeurant, le RLS affiche un taux brut de mortalité supérieur à celui du Québec (tableau p. 24). Toutefois, les différentes mesures de mortalité contrôlant pour la structure par âge et témoignant de l'état de santé indiquent une situation plutôt favorable comme le souligne l'espérance de vie et le taux ajusté de mortalité qui indique davantage une sous-mortalité comparativement au Québec (670 c. 720 pour 100 000). Ces écarts plus favorables se voient de plus pour la population de 65-74 ans et de 75 ans et plus. Les soldes migratoires négatifs concernant cette population pourraient contribuer à de tels résultats dans la mesure où ces mouvements peuvent davantage concerner les personnes ayant une moins bonne santé. Par contre, il faut signaler que les 15-24 ans du RLS affichent plutôt une surmortalité comparativement aux Québécois du même âge (tableau p. 24).

Si l'on considère les principales causes de décès, on constate là aussi que le vieillissement plus important de la population de ce territoire entraîne des taux bruts supérieurs aux valeurs québécoises pour la plupart des principales causes de décès (sauf les maladies du système nerveux et les maladies endocriniennes). Par contre, si l'on ne retient que les taux ajustés seule la mortalité par traumatismes non intentionnels est statistiquement supérieure à celle du Québec, ce qui n'est pas étranger à la surmortalité des 15-24 ans (tableau p. 24). On constate même que le RLS présente un taux de mortalité ajusté moindre pour les maladies du système nerveux (qui se reflète par la sous-mortalité des 65 ans et plus du RLS). Cet écart pourrait être attribuable aux soldes migratoires déficitaires de la population âgée de ce RLS.

On observe en moyenne plus de 160 nouveaux cas de cancer par année dans le RLS. Les tumeurs malignes du poumon, colorectales, du sein et de la prostate comptent pour plus de la moitié des nouveaux cas de cancers. Le fait que la population du RLS soit plus âgée n'est pas sans effet sur l'incidence des cancers toutes causes et sur le cancer du poumon, de la prostate et du rein qui présentent des taux bruts d'incidence supérieurs à ceux du Québec. Mais aucun écart statistiquement significatif n'est observé si l'on contrôle pour l'âge sauf pour le cancer du rein (tableau p. 26). Quant à la mortalité par tumeur selon le siège, seul le cancer du poumon présente dans le RLS un taux brut supérieur à celui du Québec (du fait de la population plus âgée du RLS, car le taux ajusté pour ce cancer ne diffère pas de celui du Québec) (tableau p. 26).

Si l'on s'attarde aux taux des principaux sous-regroupements des maladies de l'appareil circulatoire ou de l'appareil respiratoire aucune valeur ajustée ne se démarque de celle du Québec. Toutefois, les valeurs brutes, affectées par la structure par âge plus vieillissante du RLS, indiquent une mortalité plus importante qu'au Québec pour les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébrovasculaires, les autres formes de cardiopathies, les gripes et pneumopathies et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (tableaux p. 27).

La santé des nouveau-nés

Près de **6 nouveau-nés sur 1000 naissances décèdent avant leur première année. Il reste que 8 % des naissances sont prématurées et que 8,5 % des nouveau-nés ont un faible poids selon l'âge gestationnel.

Les traumatismes

Environ 13 % 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. La surmortalité par traumatismes et empoisonnements du RLS comparativement au Québec découle d'une mortalité plus importante par accidents de transport (tableau p. 28).

Les maladies infectieuses

Sur le plan des maladies infectieuses, mentionnons la chlamydie génitale qui va chercher l'incidence la plus élevée (139 pour 100 000 en 2012). Ce taux est moindre qu'au Québec, mais il 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 42 % des jeunes du secondaire du RLS ont commis des conduites délinquantes au cours de la dernière année ce qui se compare au Québec.

Une proportion relativement marginale de la population ne s'estime pas en bonne santé mentale. Seulement 17 % des 15 ans et plus du RLS se classent au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (contre 22 % au Québec). Dans le RLS comme ailleurs, les femmes sont plus nombreuses à présenter un score élevé à l'indice que les hommes (tableau p. 29).

Finalement, le RLS a connu une diminution de son taux de mortalité par suicide et ne se démarque plus du Québec à ce chapitre (tableau p. 30). On compte, cependant, environ 3 suicides par année sur le territoire.

Expérience de soins

Lors de la dernière enquête sur l'expérience de soins de 2010-2011, 85 % des 15 ans et plus du RLS ont affirmé avoir un médecin de famille (soit plus qu'au Québec) 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 12 %.

Environ *8 % de la population déclare avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. De plus, 22 % 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, 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, seulement *12 % n'ont pas passé le dernier test ou examen prescrit.

En conclusion

Avec 24 581 habitants, c'est un des RLS les moins peuplés de la région. Il est, aussi, celui qui présente la proportion de personnes âgées la plus élevée de la région. Il ne connaît qu'une faible augmentation de ses effectifs et un accroissement naturel négatif. La population âgée du territoire se retrouve en plus grande proportion dans un ménage privé qu'au Québec possiblement du fait que le recours à l'institution se fait aussi à l'extérieur du territoire entraînant de ce fait une certaine émigration.

Sur le plan socioéconomique, la population du RLS présente une sous-scolarisation marquée, un taux d'emploi parmi les plus faibles de la région et un taux de chômage parmi les plus élevés. Par contre, on y retrouve une proportion de personnes vivant au sein de ménages sous le seuil de faible revenu parmi les moins élevées de la région.

Comme pour le reste du Québec, des améliorations sont souhaitables au niveau des habitudes de vie et des comportements préventifs (notamment pour le test de PAP qui est nettement moins passé par les femmes visées du 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 (en particulier l'obésité), l'hypertension et le diabète sont des facteurs de risque bien présents sur le territoire avec des prévalences supérieures à celles du Québec. La structure par âge plus vieille de la population est à l'origine de ces écarts. De fait, le vieillissement de sa population est le principal défi du RLS, car il contribue beaucoup à y augmenter le fardeau des maladies chroniques (cancer, MCV, maladies de l'appareil respiratoire, etc.). 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 traumatismes non intentionnels. Une émigration de la population âgée du RLS vers les zones plus urbanisées (offrant davantage les services) vient cependant alléger la pression des maladies chroniques (notamment sur le plan des maladies du système nerveux).

La surmortalité par traumatismes découle essentiellement des traumatismes routiers et affecte particulièrement les 15-24 ans. L'excès de traumatismes routiers se note généralement pour les territoires plus ruraux.

L'environnement social constitue une force pour le territoire. Il est à signaler à cet égard la proportion plus importante de la population du RLS offrant de l'aide aux personnes âgées sans rémunération. Dans un contexte d'un territoire au vieillissement marqué où l'incapacité est plus importante et où davantage de personnes âgées demeurent en ménage privé, les personnes offrant cet aide présentent un risque d'épuisement. De plus, il faut rappeler qu'à court terme seule la population âgée est appelée à s'accroître sur ce territoire.

Enfin sur le plan de la santé mentale et psychosociale, les indicateurs sont peu nombreux au niveau des RLS, mais la détresse psychologique apparaît moins présente dans le territoire et le RLS ne semble pas contribuer à la surmortalité régionale par suicide.

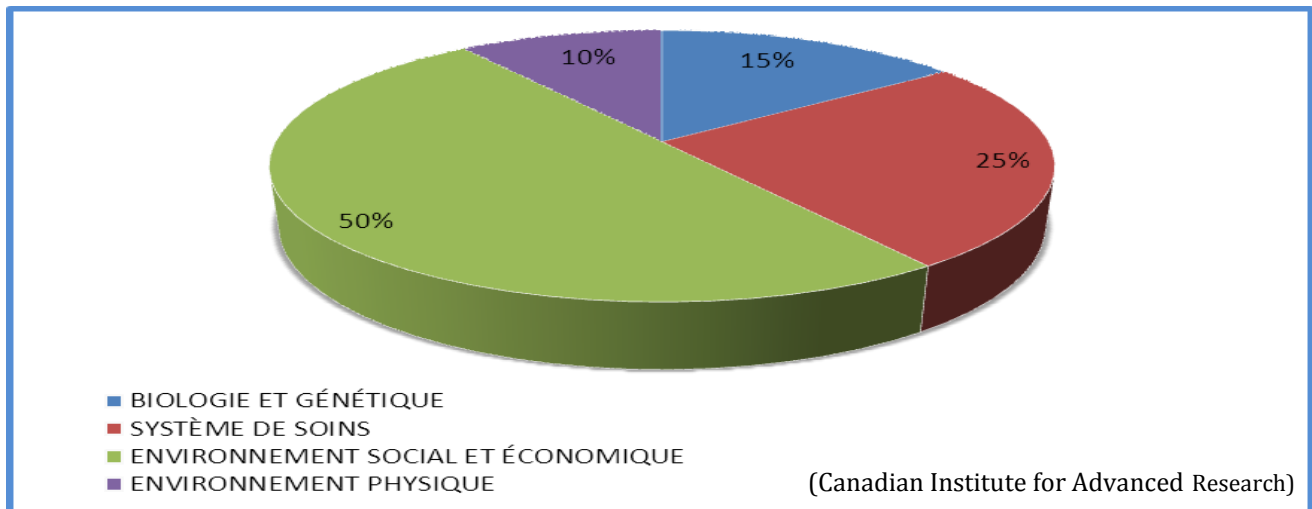
*Sylvie Bernier et Yves Pepin
Équipe Surveillance-Évaluation
Direction de santé publique
Février 2014*

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 :

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*