

PORTRAIT DE SANTÉ
DU RLS D'ARTHABASKA-DE L'ÉRABLE
Planification stratégique régionale
2015-2020



Ce portrait de la santé et du bien-être de la population du RLS d'Arthabaska-de l'Érable 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.

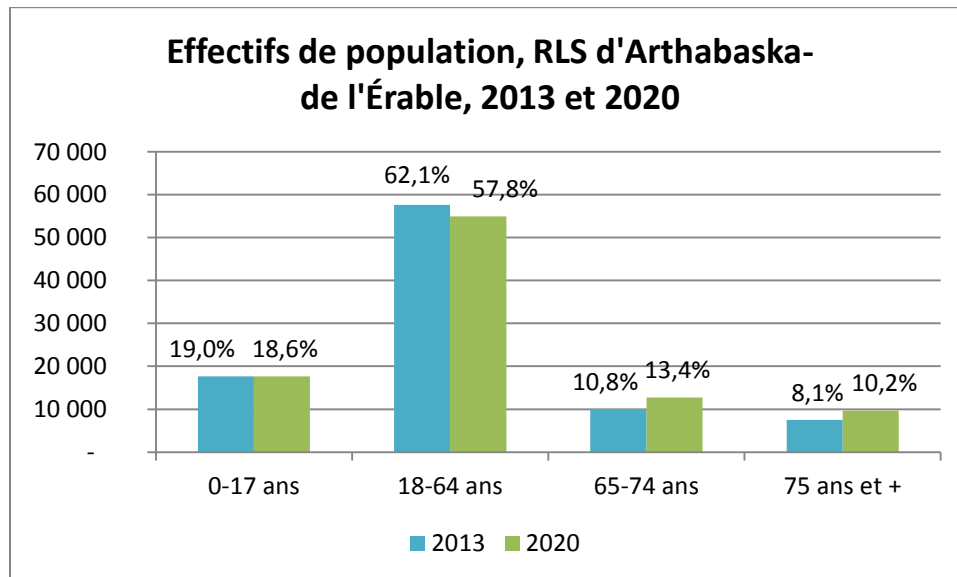
Conditions démographiques

Avec 92 833 habitants, il s'agit d'un des RLS les plus peuplés de la région (le troisième en rang). Sa population représente 18,5 % des effectifs de la région.

Le RLS connaît une croissance naturelle positive de 2,9 pour 1 000 personnes, le nombre des naissances y surpassant celui des décès. La population du RLS s'est aussi accrue de 1,7 % de 2009 à 2013. Le RLS, au final, ne se signale pas par un accroissement migratoire important, les mouvements de population tendant à s'équilibrer, quoique les jeunes adultes présentent un déficit migratoire.

Le territoire compte 17 531 personnes âgées de 65 ans et plus (18,9 % de la population contre 16,7 % au Québec). À l'intérieur de ce groupe, les personnes de 75 ans et plus (avec un effectif de 7 497 personnes) représentent 8,1 % de la population. Entre 2013 et 2020, le nombre de 65 ans et plus augmentera de plus de 4 900 personnes (28 % de plus) pour atteindre 24 % de la population (10 % 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 rester stables et la population de 18-64 ans à diminuer de 5 %) (voir figure).



Le RLS compte près de 1 010 naissances par année. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) ont un taux global de fécondité supérieur à celui des Québécoises du même âge. L'indice de fécondité (1,92 enfant par femmes) y est aussi supérieur à celui du Québec. Les taux par âge du RLS indiquent une fécondité plus précoce qu'au Québec. En effet, les femmes de 30 ans et plus présentent des taux de fécondité par âge inférieurs à ceux des Québécoises du même âge, par contre, celles de 25-29 ans et de 20-24 ans y sont plus fécondes que les jeunes femmes du Québec (tableau p. 10).

Conditions socioculturelles

Un peu moins du quart (23,5 %) des familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans sont en situation de monoparentalité dans le RLS. Ainsi, 20,2 % des jeunes de cet âge vivent en famille monoparentale.

Plus d'une personne de 65 ans et plus sur quatre habite seule (27,8 % comparativement à 30,4 % au Québec) et environ 86,6 % des aînés vivent en ménage privé dans le RLS (soit moins qu'au Québec).

Conditions socioéconomiques

Parmi les adultes de 25-64 ans, 20,5 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 11,7 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). Toutefois, le RLS se démarque favorablement du Québec au chapitre du taux d'emploi (61,5 %) ou du taux de chômage (5,9 %).

En 2005, 12,4 % 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 diminua à 7,8 % après impôt. Il est à noter que les femmes se retrouvent en plus grande proportion que les hommes dans cette situation (tableau p. 14).

Environnement social

Plus de 51 % de la population se déclare très satisfaite de sa vie sociale, ce qui semble plus important qu'au Québec. Il est à noter que le RLS se retrouve dans une région qui se démarque favorablement du Québec quant au soutien social ressenti par sa population ou au sentiment d'appartenance à sa communauté.

On constate, par ailleurs, que 19,1 % de la population de 15 ans et plus prodigue des soins aux personnes âgées sans rémunération.

Habitudes de vie et comportements

Habitudes de vie de la population générale

Mentionnons en premier chef, que l'ensemble de la Mauricie et du Centre-du-Québec ne se démarque pas du Québec quant au nombre de fumeurs actuels chez les 12 ans et plus (23 %) et que l'initiation au tabagisme se fait davantage avant 20 ans dans la région qu'au Québec. On constate aussi que 50 % de la population ne consomme pas au moins les 5 portions recommandées de fruits et légumes et que seulement 35 % des 18 ans et plus sont actifs physiquement.

Sur le plan des autres habitudes de vie, près de *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 91 % 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 (46 %) ou sont suffisamment actifs en dehors de leur cours d'éducation physique (29 %).

De plus, la consommation excessive d'alcool des élèves du RLS reste importante (49 %) supérieure même à celle du Québec (41 %). Ce comportement augmente avec le niveau scolaire.

Finalement, 7 % 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 59 % 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 (72,2 % c. 57,8 %).

On note qu'environ 89 % de la population de 18 ans et plus rapporte une prise de leur tension artérielle lors d'une dernière visite chez un professionnel de la santé ce qui est supérieur à la valeur québécoise.

État de santé

Environ 54 % de la population du RLS estime sa santé excellente ou très bonne et 11 % ne la considère pas bonne. Cette dernière proportion s'élève à *22 % chez les 65 ans et plus. Les habitants du RLS éprouvent en moins grande proportion une incapacité que dans l'ensemble du Québec (11,2 % c. 12,6 %).

Comme ailleurs au Québec, les maux de dos touchent 19 % des 12 ans et plus et l'arthrite est rapportée par 12 % des 15 ans et plus (la population institutionnalisée est exclue de ces indicateurs).

Les facteurs de risque

Au sein de la population, des catégories de personnes sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé importants. Ainsi, 54 % de la population de 18 ans et plus présente un surpoids (22 % d'obèses contre 16 % au Québec). Chez les 20 ans et plus, près d'une personne sur quatre est hypertendue (24,8 %) et 8,7 % sont diabétiques. Du fait du vieillissement de sa population, le RLS compte proportionnellement plus de personnes présentant une hypertension diagnostiquée qu'au Québec. Toutefois, en contrôlant pour l'âge tant la prévalence de l'hypertension que celle du diabète y apparaissent encore moindres qu'au Québec (tableau p. 26). Rappelons que le diabète, l'hypertension et l'obésité sont des facteurs de risque du syndrome métabolique.

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 hospitalisations

Les maladies de l'appareil circulatoire, celles de l'appareil respiratoire, les maladies 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 supérieur à celui du Québec (926 c. 762 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 la majorité des principales causes d'hospitalisation sauf pour les tumeurs (tableau p. 23).

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance de la population, sexes réunis (80,6 ans), se compare à celle du Québec. Toutefois, le RLS présente une surmortalité chez les 5-14 ans, les 15-24 ans et les 25-44 ans comparativement au Québec (tableau p. 24). De son côté, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 67,9 ans (66,9 chez les hommes et 68,9 ans chez les femmes soit davantage que pour les Québécoises).

La mortalité selon la cause et l'incidence du cancer

On dénombre plus de 700 décès par année sur le territoire. Les décès par tumeurs précèdent en nombre ceux par maladies de l'appareil circulatoire. Les maladies de l'appareil respiratoire arrivent par suite. Vieillesse aidant, les maladies du système nerveux (qui comprennent majoritairement les maladies d'Alzheimer et de Parkinson) s'installent au 4^e rang devant les traumatismes non intentionnels (tableau p. 24).

Le taux ajusté de mortalité du RLS ne présente pas d'écart significatif avec le Québec. Toutefois, compte tenu du vieillissement plus marqué du RLS, son ton brut de mortalité est supérieur à celui du Québec (tableau p. 24).

En ce concerne les grandes causes de décès, le territoire se signale par une surmortalité par traumatismes non intentionnels qui n'est pas étrangère aux taux plus élevés des 5-14 ans, 15-24 ans et 25-44 ans. Le RLS se signale aussi par un taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire supérieur à celui du Québec (tableau p. 24). Le RLS bénéficie toutefois d'une sous-mortalité par maladies endocriniennes (la prévalence ajustée du diabète inférieure à celle du Québec pourrait expliquer ce taux plus favorable).

Comme sa population est plus vieillissante, le RLS se démarque du Québec par un taux brut de mortalité par maladies cardiovasculaires plus élevé (tableau p. 24).

On observe en moyenne près de 540 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. En contrôlant pour la structure par âge, le RLS bénéficie d'un taux ajusté d'incidence inférieur à celui du Québec pour les cancers du poumon et du sein. Par contre, le RLS affiche un taux ajusté d'incidence plus élevé qu'au Québec pour le cancer de la prostate. Du fait de son vieillissement plus marqué, le RLS présente un taux brut d'incidence pour l'ensemble des cancers supérieur à celui du Québec. Ce dernier constat se note particulièrement pour le cancer colorectal (tableau p. 26).

Si l'on s'attarde aux principaux sous-regroupements des maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire, le RLS se démarque du Québec par des taux ajustés supérieurs pour les autres formes de cardiopathies et les gripes et pneumopathies, mais par un taux inférieur pour les cardiopathies ischémiques. Le vieillissement plus marqué du territoire entraîne aussi des taux bruts plus élevés qu'au Québec pour 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 6,3 % des naissances sont prématurées (7,4 % au Québec) et que 8,0 % des nouveau-nés ont un faible poids selon l'âge gestationnel.

Les traumatismes

Environ 11 % 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. De fait, la surmortalité par traumatismes et empoisonnements du RLS comparativement au Québec découle d'un taux ajusté de mortalité par accident de transport et par chute plus élevé qu'au Québec (tableau p. 28).

Les maladies infectieuses

Sur le plan des maladies infectieuses, mentionnons la chlamydie génitale qui va chercher l'incidence la plus élevée parmi les ITSS et qui est passée de 145 à 214 cas pour 100 000 entre 2008 et 2012.

État de santé psychosociale ou mentale

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

Environ 38 % 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 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 (18 %). Dans le RLS comme ailleurs, les femmes apparaissent plus nombreuses à présenter un score élevé à l'indice que les hommes (tableau p. 29).

Finalement, il y a eu diminution du taux de mortalité par suicide et le RLS ne se démarque plus du Québec par une surmortalité statistiquement significative pour cette cause (tableau p. 30). On en compte cependant une quinzaine par année sur le territoire.

Expérience de soins

Lors de la dernière enquête sur l'expérience de soins de 2010-2011, 88 % des 15 ans et plus du RLS ont affirmé avoir un médecin de famille (soit plus qu'au Québec) et 24 % confirment avoir consulté un médecin spécialiste à la suite d'une référence au cours de la dernière année (30 % au Québec). Toujours en 2010-2011, la proportion de personnes de 15 ans et plus du RLS ayant consulté au cours d'une période de 12 mois pour elle-même ou pour un proche au moins un professionnel des services sociaux est de *9 % (moins qu'au Québec).

Environ 11 % de la population déclare avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. De plus, 31 % des résidents du RLS disent avoir consulté au moins une fois un médecin à l'urgence au cours de la dernière année.

Toujours selon la même enquête, 73 % de la population affirme avoir pris des médicaments prescrits par un médecin au cours de la dernière année. Notons que parmi les personnes ayant reçu une ordonnance pour un test de laboratoire ou un examen radiologique, seulement *7 % n'ont pas passé le dernier test ou examen prescrit (contre 11 % au Québec).

En conclusion

Ce territoire est un des plus peuplés de la région (92 833 personnes). Il présente une bonne croissance démographique à l'échelle régionale. Le RLS présente une croissance naturelle positive (les femmes y sont plus fécondes que leurs pareilles du Québec). La population du territoire s'accroît au même rythme que la région. Le vieillissement de sa population y est bien sûr amorcé et est plus important qu'au Québec, mais le RLS n'en est pas moins un des plus « jeunes » de la région.

Sur le plan socioéconomique, la population du RLS présente une sous-scolarité importante (forte proportion de 25-64 ans sans diplôme d'études secondaires). Par contre, le taux d'emploi y est le plus élevé de la région et le taux de chômage y est le plus faible de la région. De plus, le RLS connaît une proportion de personnes en ménage privé sous le seuil de faible revenu parmi les moins élevées de la région.

Le territoire ne se démarque guère du Québec au chapitre de l'environnement social. De plus, peu d'écarts sont notés avec le national pour les habitudes de vie, mais des améliorations sont souhaitables (activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, etc.). 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). Sur le plan des comportements préventifs, on note un recours moindre au test de PAP par les femmes du RLS (alors que c'est tout le contraire pour la mammographie de dépistage). Par ailleurs, on observe plus d'obèses sur ce territoire qu'au Québec.

De fait, le RLS se compare au Québec sur le plan de l'espérance de vie et présente même une plus grande espérance de vie sans incapacité qu'au Québec. Ce résultat ne doit pas faire oublier que la population plus jeune du RLS présente une surmortalité comparativement au Québec en bonne partie attribuable aux traumatismes par accident de transport. Sur le plan des maladies chroniques, le grand défi du RLS découle de son seul vieillissement qui entraîne déjà un taux brut de mortalité supérieur à celui du Québec pour les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire et une incidence plus élevée des cancers. Le taux ajusté de mortalité pour grippe et pneumopathies supérieur au Québec noté dans le RLS exige une attention plus marquée.

Au chapitre des traumatismes non intentionnels, on observe chez les 65 ans et plus un excès de mortalité par chute comparativement au Québec qui interroge. L'excès de traumatismes routiers se note généralement pour les territoires plus ruraux.

Si la chlamydie reste importante dans le RLS comme ailleurs, le territoire demeure un des moins touchés de la région.

Le RLS ne se démarque pas du Québec quant à la santé mentale ou psychosociale. Une diminution sensible du taux de mortalité par suicide est d'ailleurs observée dans le RLS. On note de plus que les 15 ans et plus du RLS sont moins nombreux qu'au Québec à avoir consulté un professionnel des services sociaux dans la dernière année.

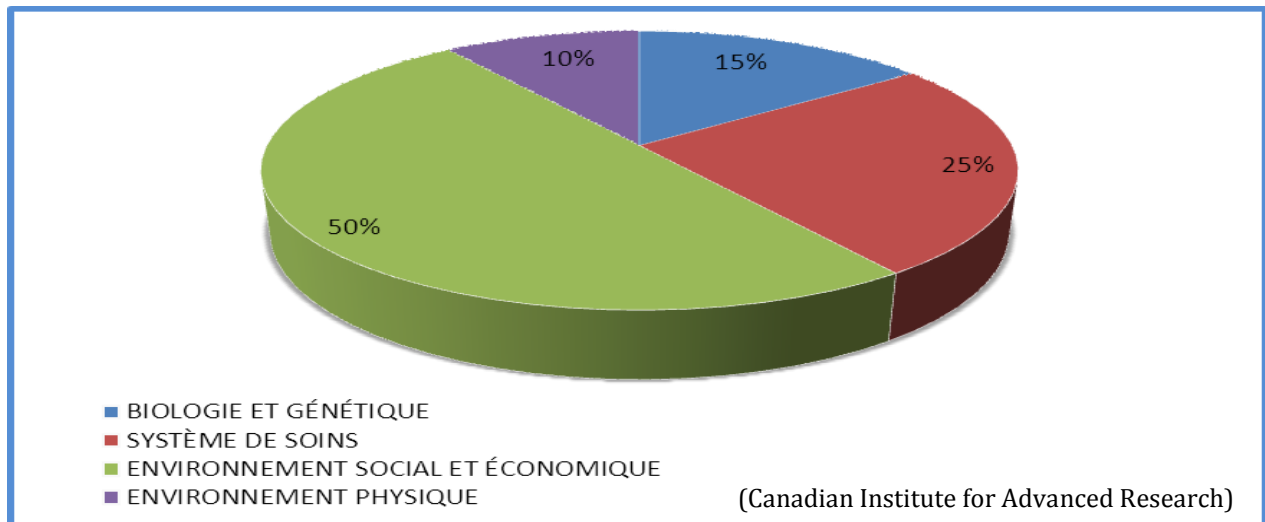
*Sylvie Bernier et Yves Pepin
Équipe Surveillance-Évaluation
Direction de santé publique
Février 2014*

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*