

DIRECTION DE SANTÉ
PUBLIQUE DE LA
MONTÉRÉGIE

CISSS MONTÉRÉGIE-CENTRE

**PORTRAIT DE SANTÉ
DE LA POPULATION**
PRINCIPAUX MESSAGES À RETENIR

Propager
LA SANTÉ

Une production du Secteur Surveillance de l'état de santé de la population
Direction de la santé publique de la Montérégie
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Comité de rédaction :

Manon Blackburn, M.D., M. Sc., FRCPC
Manon Noisoux, M.Sc. Épidémiologie et Médecine préventive
Mélicca Beaudry-Godin, Ph. D. Démographie
Éveline Savoie, technicienne en recherche psychosociale

Coordination des travaux :

Aimé Lebeau, M. Sc., coordonnateur – Surveillance de l'état de santé de la population

Collaborateurs secteur Surveillance de la santé de la population :

Marie-Sylvie Bisizi, agente de planification, programmation et recherche
Julie Boulais, agente de planification, programmation et recherche
Luc Dallaire, agent de planification, programmation et recherche
Marc Lavoie, technicien en recherche psychosociale
Simone Provencher, M.D., M. Sc.
Mario Richard, agent de planification, programmation et recherche

Collaboratrice secteur Maladies transmissibles :

Christine Lacroix, M.D., M. Sc., FRCPC

Collaboratrice secteur Environnement :

Isabelle Tardif, agente de planification, programmation et recherche

Collaboratrice secteur Santé au travail :

Émilie Lantin, agente de planification, programmation et recherche

Secrétariat et mise en page :

Martine Simard

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Extranet de la Direction de santé publique, secteur surveillance de l'état de santé de la population :

<http://extranet.santemonteregie.gc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/index.fr.html>

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dans le cadre des modifications apportées au réseau de la santé dans la foulée de la Loi 10¹, le directeur de santé publique a souhaité que l'équipe Surveillance de l'état de santé de la population prépare une synthèse des principaux constats qui émergent de l'examen de l'état de santé de la population. Ce document vise à illustrer, à l'aide de quelques données choisies², les principaux messages à retenir à cet égard.

La plupart des données présentées dans ce document concernent la Montérégie, telle que définie AVANT les amendements au projet de loi n°10. Pour l'instant, il n'est pas possible d'analyser les données disponibles à des fins de surveillance pour chacun des trois centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), à l'exception des données démographiques (voir annexe 1).

L'annexe 2 présente un profil très synthétique de l'état de santé de la population du CISSS Montérégie-Centre selon chaque réseau local de santé (RLS) et ses territoires de mission CLSC. Précisons que des portraits plus détaillés de chaque RLS demeurent également disponibles³.

¹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des Agences régionales, adoptée le 7 février 2015.

² La liste des sources des données est disponible à la fin du document; elles sont indiquées dans le texte à l'aide de chiffres romains.

³ <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/index.fr.html>.

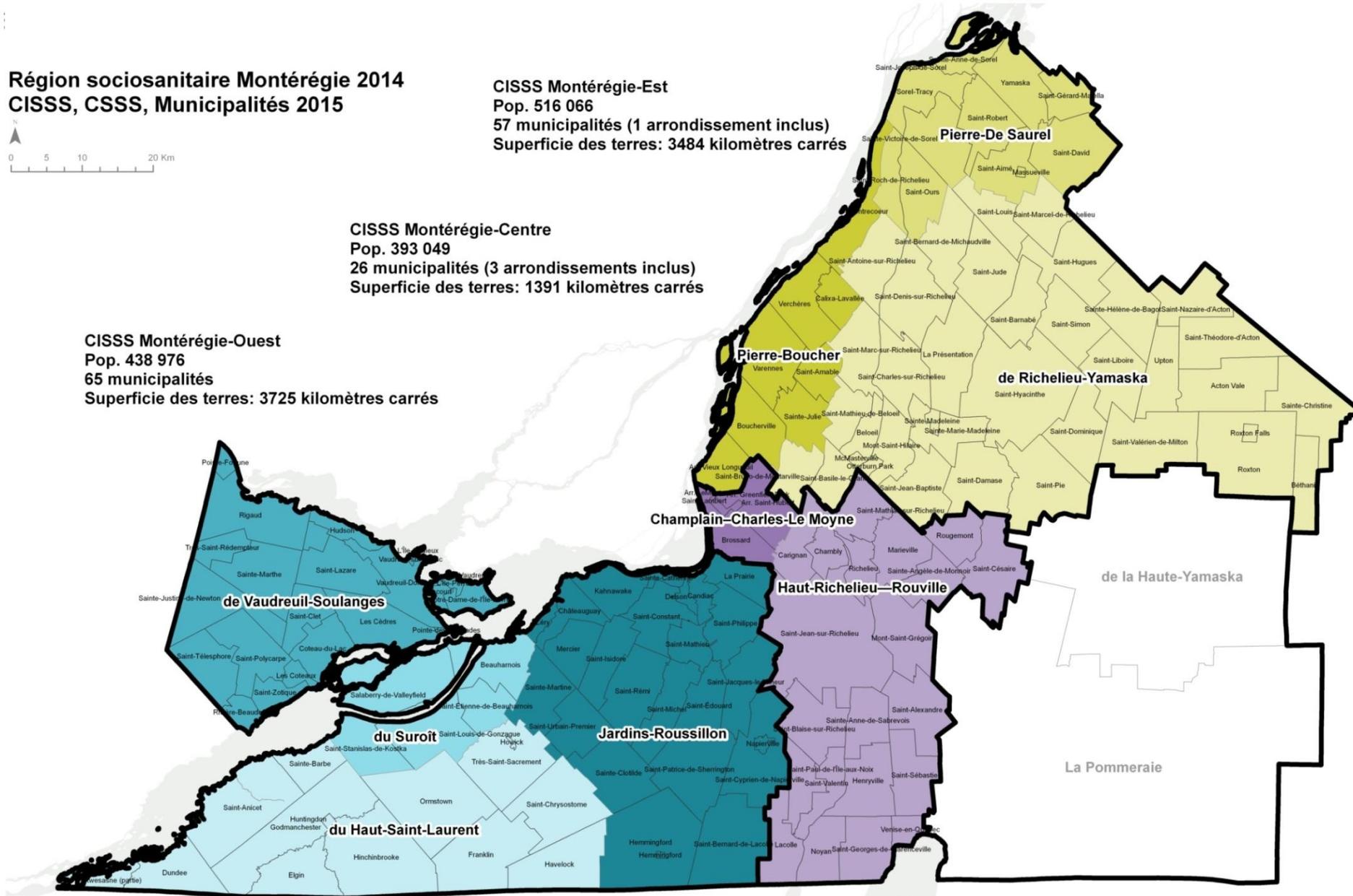
Région sociosanitaire Montérégie 2014
CISSS, CSSS, Municipalités 2015



CISSS Montérégie-Est
 Pop. 516 066
 57 municipalités (1 arrondissement inclus)
 Superficie des terres: 3484 kilomètres carrés

CISSS Montérégie-Centre
 Pop. 393 049
 26 municipalités (3 arrondissements inclus)
 Superficie des terres: 1391 kilomètres carrés

CISSS Montérégie-Ouest
 Pop. 438 976
 65 municipalités
 Superficie des terres: 3725 kilomètres carrés



Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, février 2015

Table des matières

INTRODUCTION	3
SOMMAIRE	6
CHAPITRE 1 – LA DÉMOGRAPHIE EN PROFONDE TRANSFORMATION	
❖ Une population en pleine croissance	10
❖ Une population vieillissante	10
❖ Des immigrants d’origines diverses et ayant des besoins spécifiques	11
❖ Une population d’expression anglaise à desservir	12
CHAPITRE 2 – LES ASPECTS SOCIO-ÉCONOMIQUES : DES DÉTERMINANTS MAJEURS DE LA SANTÉ	
❖ Des groupes de population plus vulnérables à divers problèmes de santé	14
❖ Des disparités géographiques importantes dont il faut tenir compte	14
❖ Des inégalités de santé bien présentes et pourtant évitables	15
CHAPITRE 3 – FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ ET ACTIF	
❖ Lutter contre l’isolement social des aînés	18
❖ Vieillir chez soi, avec le soutien requis	18
❖ Favoriser un vieillissement en santé et offrir les services requis	19
CHAPITRE 4 – LES MALADIES CHRONIQUES : UNE PUISSANTE VAGUE DE FOND	
❖ Un fardeau en augmentation : le vieillissement et la croissance démographique en cause	22
❖ Pour endiguer la vague, la prévention s’avère incontournable	23
❖ Réduire les inégalités de santé pour diminuer le fardeau global	24
CHAPITRE 5 – LA PETITE ENFANCE ET LA JEUNESSE : DES ÉTAPES DE VIE FONDAMENTALES POUR L’ÉTAT DE SANTÉ FUTUR	
❖ Le développement optimal des enfants : pour un bon départ dans la vie	26
❖ Des inégalités de santé clairement évitables	26
❖ Des habitudes de vie préoccupantes chez les adolescents	27
❖ Quand la sécurité et le développement de l’enfant sont compromis	28
CHAPITRE 6 – IL N’Y A PAS DE SANTÉ SANS SANTÉ MENTALE POSITIVE	
❖ Des problèmes de santé fréquents, ayant des impacts sérieux	30
❖ Troubles mentaux, dépendance et maladies chroniques : des combinaisons répandues	30
❖ Une première ligne forte incontournable pour la prise en charge	31
CHAPITRE 7 – LA LUTTE AUX MALADIES INFECTIEUSES : UN DÉFI GRANDISSANT	
❖ Rejoindre adéquatement les populations ciblées par la vaccination	34
❖ Infections nosocomiales : un défi à relever pour les établissements	34
❖ Se préparer à l’émergence de nouveaux pathogènes	35
CHAPITRE 8 – L’ENVIRONNEMENT : DES RÉPERCUSSIONS PERCEPTIBLES POUR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ	
❖ L’environnement influence l’état de santé de la population	38
❖ Aménager le territoire, c’est agir en faveur du réseau de la santé	39
❖ Quand l’environnement bâti rend malade	39
CHAPITRE 9 – RESTER AU TRAVAIL ET EN SANTÉ	
❖ Beaucoup de milieux à desservir, surtout de petites et moyennes entreprises (PME)	42
❖ Des lésions liées au travail, à profusion	42
❖ Des milliers de travailleurs à risque	43
❖ Des expositions inquiétantes	43
CONCLUSION	44
Annexe 1 – Aspects méthodologiques	47
Annexe 2 – Profil synthétique	50
SOURCES DE DONNÉES	53



QUEL EST LE PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION RÉSIDANT SUR LE TERRITOIRE DU CISSS MONTÉRÉGIE-CENTRE ?

Apporter une réponse à cette question comporte pour l'instant certaines difficultés d'ordre territorial (voir annexe 1). Cela étant dit, dans le cadre de leur responsabilité populationnelle, tous les CISSS feront face à des défis communs en regard de la santé de la population et de ses déterminants. Ce document vise à résumer ceux-ci et à présenter des pistes d'action incontournables pour les relever.

La croissance démographique et le vieillissement de la population exerceront une pression grandissante sur le réseau de la santé dans le CISSS Montérégie-Centre. Les services offerts par le réseau devront s'adapter davantage à l'ensemble des besoins des personnes âgées et favoriser un vieillissement en santé et actif au sein de leur communauté. De plus, le fardeau associé au cancer, au diabète et autres maladies chroniques ne cessera de croître. Une approche globale et concertée à l'égard des maladies chroniques s'impose plus que jamais : il faut conjuguer les efforts accrus en prévention à une prise en charge optimale des personnes atteintes, en tenant compte des comorbidités.

Dans une perspective de parcours de vie, la santé d'une population se bâtit dès l'enfance. L'attention du réseau doit se porter vers les actions permettant de favoriser le développement optimal des enfants et des jeunes. L'effet néfaste des inégalités sociales sur la santé s'avère particulièrement important et durable chez les enfants. Il incombera au CISSS de moduler une offre de service qui s'attarde spécifiquement à cet enjeu.

Des progrès s'avéreront aussi nécessaires à l'égard de la santé mentale. Le rehaussement de la globalité et de l'accessibilité des services en santé mentale et de la promotion de celle-ci au sein de la population devront figurer en bonne place parmi les priorités des gestionnaires du réseau. Ces derniers devront également s'attarder à l'offre en matière de services sociaux, composante importante du réseau.

Ce portrait fournit d'ailleurs plusieurs exemples probants d'inégalités sociales de santé et rappelle l'importance de tenir compte des groupes sociaux plus vulnérables. Le réseau de la santé doit contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. Il peut y parvenir en incitant les partenaires intersectoriels à en tenir compte dans leurs actions, mais également en planifiant l'offre de services de santé afin de réduire les inégalités de santé. L'accessibilité des services et l'adaptation de ceux-ci aux réalités et besoins des groupes plus défavorisés figurent parmi les pistes d'actions.

Chaque territoire de RLS et de CLSC se distingue par un portrait de santé particulier, tel qu'illustré par le profil synthétique du CISSS Montérégie-Centre, présenté à l'annexe 2. Celui-ci illustre que, globalement, le RLS de Champlain présente un profil plus favorable, alors que le RLS du Haut-Richelieu-Rouville se démarque par un profil plus vulnérable, particulièrement en regard de l'état de santé de la population. De même, le territoire du CLSC Saint-Hubert se caractérise par un portrait plus désavantagé en regard de l'état de santé tant physique que mentale que celui de Samuel-de-Champlain. Mentionnons enfin que ce dernier comporte des particularités en regard de certaines conditions socioéconomiques et culturelles. Le CISSS devra tenir compte des variations locales de l'état de santé de la population et de ses déterminants, et adapter son offre de services à ces réalités.

Au sein de la palette de services du CISSS, l'offre en santé publique occupe une place de choix et s'inscrit en complémentarité des autres services. Parmi les diverses actions considérées dans le futur Programme national de santé publique, celles visant à rendre l'environnement et les divers milieux de vie sécuritaires et plus favorables à la santé occuperont vraisemblablement une place importante. De surcroît, la promotion de saines habitudes de vie et des comportements préventifs tels que la vaccination figureront aussi parmi les actions prioritaires. Enfin, la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants devra aussi relever les défis posés par le réaménagement du réseau de la santé en Montérégie afin de pouvoir suivre le portrait de santé de la population des CISSS.

CHAPITRE 1



LA DÉMOGRAPHIE EN PROFONDE TRANSFORMATION



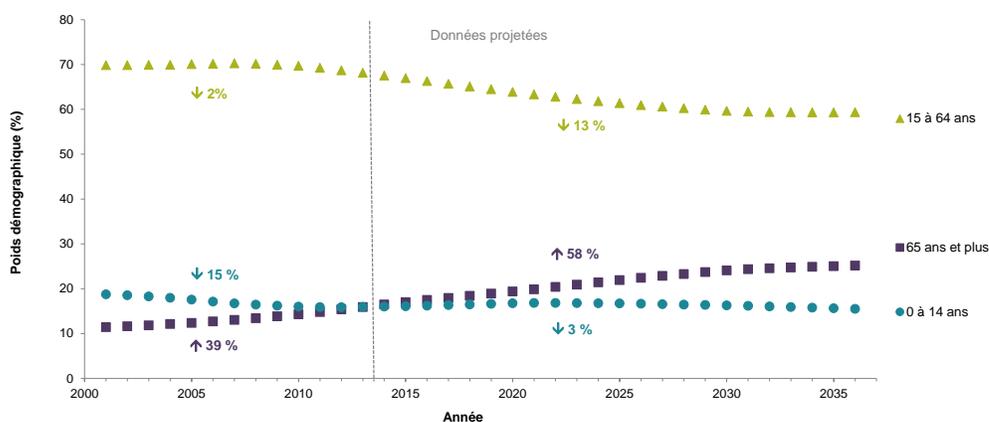
UNE POPULATION EN PLEINE CROISSANCE

Entre 2001 et 2013, la population du CISSS Montérégie-Centre s'est accrue de 15 %, passant d'environ 341 000 à 393 000 personnesⁱ. En Montérégie, la croissance démographique résulte essentiellement de l'accroissement migratoire⁴, lequel représente, depuis 2001, environ 60 % de l'accroissement total annuelⁱⁱ. Si les tendances se maintiennent, la population du CISSS Montérégie-Centre devrait s'accroître de 20 % d'ici 2036 et franchir le cap des 469 800 habitantsⁱⁱⁱ.

UNE POPULATION VIEILLISSANTE

En 2013⁵, 16 % de la population montérégienne est âgée de 65 ans et plusⁱ (graphique 1). Cette proportion n'a cessé de s'accroître depuis le milieu des années 1960 en raison d'une faible fécondité, d'une baisse de la mortalité⁶ et de l'allongement de l'espérance de vie. Ainsi, dans une vingtaine d'années, plus du quart de la population montérégienne sera âgée de 65 ans et plusⁱⁱⁱ.

Graphique 1
Poids démographique des grands groupes d'âge, CISSS Montérégie-Centre, 2001 à 2036



Source : MSSS, Estimations et projections de population comparables, version 2014-12-01.
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, janvier 2015.

À l'inverse, depuis 2001, la proportion des jeunes de moins de 15 ans a diminué de 15 % pour atteindre 16 % en 2013ⁱ. D'ailleurs, en 2014, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus surpasse celle des jeunes de moins de 15 ans, du jamais vu depuis l'avènement des statistiques de populationⁱⁱⁱ.

La croissance démographique, le vieillissement de la population et le visage changeant de l'immigration figurent parmi les tendances les plus remarquables.

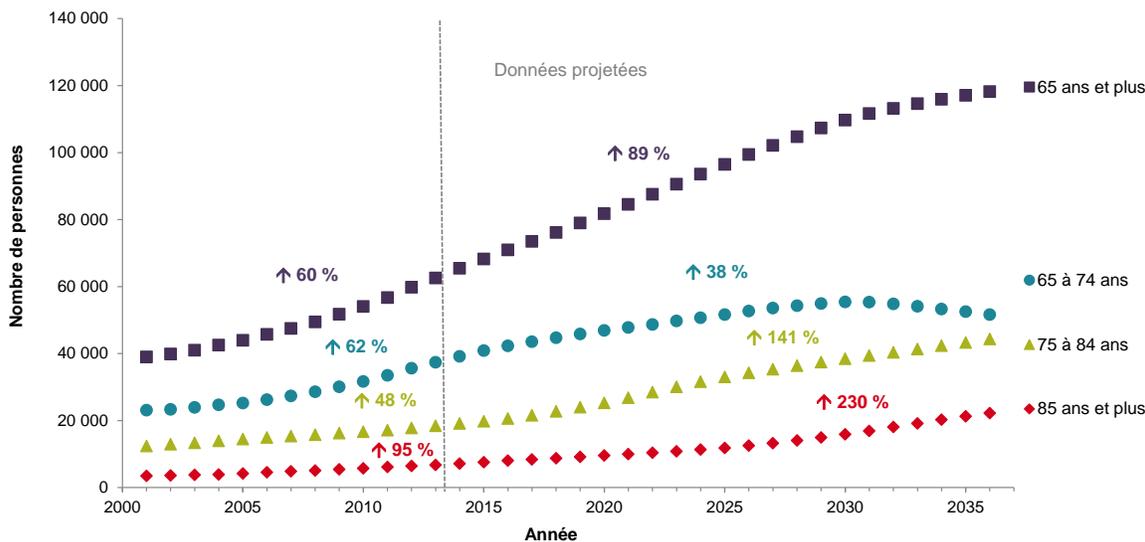
Il importe également de garder en mémoire le profil particulier de certains sous-groupes. Le réseau de la santé devra adapter ses façons de faire pour affronter les défis liés à la croissance démographique et au vieillissement et pour mieux répondre aux besoins de la population, incluant ceux des différents sous-groupes plus vulnérables.

⁴ Le solde migratoire (ou accroissement migratoire) est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur un territoire (immigrants) et le nombre de personnes qui en sont sorties (émigrants).

⁵ Au 1^{er} juillet 2013. Les estimations et projections de la population réfèrent généralement à la population en milieu d'année. Les estimations pour l'année 2014 ne sont pas encore disponibles.

⁶ Taux ajusté de mortalité.

Graphique 2
Nombres de personnes âgées de 65 ans et plus selon
le groupe d'âge, CISSS Montérégie-Centre, 2001 à 2036



Source : MSSS, Estimations et projections de population comparables, version 2014-12-01.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, janvier 2015.

Au CISSS Montérégie-Centre, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus s'est accru d'environ 60 % entre 2001 et 2013, étant passé de 38 900 à 62 500 personnesⁱ (graphique 2). Si les tendances se maintiennent, le nombre d'aînés de 65 ans et plus devrait presque doubler d'ici 2036, pour se chiffrer à plus de 118 000 personnesⁱⁱⁱ.

La population âgée de 85 ans et plus a connu le plus fort accroissement démographique (95 %). De plus, selon les projections de l'ISQ, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus devrait tripler d'ici 2036. Ainsi, dans une vingtaine d'années, environ 22 200 personnes auront franchi le cap des 85 ansⁱⁱⁱ.

DES IMMIGRANTS D'ORIGINES DIVERSES ET AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES

Au Québec, la Montérégie est la deuxième terre d'accueil des immigrants internationaux, après Montréal. En 2011, la population immigrante représente 14 % de la population du CISSS Montérégie-Centre, soit environ 51 700 personnes. Le lieu d'origine des immigrants s'est grandement diversifié au fil des ans. Plus de la moitié des immigrants de la Montérégie ayant reçu leur résidence permanente avant 1981 viennent d'Europe, alors que ces derniers ne représentent que le cinquième des immigrants récents⁷ (tableau 1). À l'inverse, les proportions d'immigrants nés en Afrique et en Amérique centrale ou du sud parmi les immigrants récents se sont largement accrues au fil des décennies, pour atteindre respectivement 20 et 29 % en 2011. Les immigrants issus d'Asie et du Moyen-Orient représentent un peu plus du cinquième des immigrants récents^{iv}.

Le paysage de l'immigration s'est grandement modifié, posant de nouveaux défis. Mentionnons, par exemple, l'intégration des nouveaux arrivants et l'accessibilité aux services de santé en raison des barrières culturelles et linguistiques.

⁷ Immigrants ayant reçu leur résidence permanente entre 2006 et 2011.

Tableau 1
Répartition de la population immigrante¹ selon la période d'immigration et le lieu de naissance, Montérégie, 2011

Période d'immigration ²	Lieu de naissance							Total
	États-Unis	Amériques centrale et du Sud	Antilles et Bermudes	Europe	Afrique	Asie et Moyen-Orient	Océanie et autres	
Avant 1981	6,2%	5,5%	10,5%	53,5%	8,0%	16,1%	0,3%	100%
2006 à 2011	2,7%	19,6%	7,0%	20,7%	29,3%	20,5%	0,3%	100%
Total	3,5%	11,6%	7,7%	34,3%	17,3%	25,5%	0,2%	100%

¹ En ménage privé.

² Désigne la période au cours de laquelle l'immigrant a obtenu son statut d'immigrant reçu ou de résident permanent pour la première fois.

Note : Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 doivent être interprétées avec prudence et ne peuvent être directement comparées à celles issues des recensements antérieurs.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2014.

UNE POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE À DESSERVIR

En 2011, environ 51 000 personnes du CISSS Montérégie-Centre ont l'anglais comme première langue officielle parlée, soit 14 % de la population totale. Depuis 2006, le nombre de personnes d'expression anglaise s'est accru de 3 %. Parmi la population d'expression anglaise, on retrouve non seulement des personnes dont l'anglais est la langue maternelle, mais également un bon nombre d'allophones ayant adopté l'anglais à la maison ou dans la sphère publique. Ainsi, en 2011, le quart des personnes d'expression anglaise de la Montérégie ont une langue maternelle autre que le français et l'anglais^v. Puisque les anglophones présentent un profil moins favorable, notamment au regard de certains aspects socio-économiques et des habitudes de vie, l'accessibilité aux services pour la population anglophone requiert une attention d'autant plus soutenue.

CHAPITRE 2



LES ASPECTS SOCIO-ÉCONOMIQUES : DES DÉTERMINANTS MAJEURS DE LA SANTÉ



DES GROUPES DE POPULATION PLUS VULNÉRABLES À DIVERS PROBLÈMES DE SANTÉ

Certains groupes de population risquent davantage d'être exposés à des situations de précarité et de vulnérabilité et de voir leur santé en être affectée. C'est notamment le cas des personnes à faible revenu, des familles monoparentales, des personnes vivant seules ou des personnes ayant une incapacité.

Ces groupes font face à un cumul de facteurs défavorables à leur santé. Par exemple, la majorité des personnes vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) sont locataires et plus des trois quarts consacrent 30 % ou plus de leur revenu total aux coûts d'habitation (taux d'effort) (tableau 2). Cela laisse peu de marge financière pour bien s'alimenter, par exemple. Les parents de famille monoparentale et les personnes vivant seules sont aussi, toutes proportions gardées, plus nombreux à vivre sous le SFR, à être locataires et à assumer un taux d'effort élevé. C'est également le cas des personnes ayant déclaré une incapacité. Rappelons enfin que plus du tiers des personnes vivant sous le seuil de faible revenu ne disposent pas d'un diplôme d'études secondaires (DES)^{iv}.

Tableau 2
Caractéristiques socioéconomiques de la population selon la présence de faible revenu, le statut du particulier dans le ménage¹ et la présence d'incapacité, Montérégie, 2011

	Sans DES (25 ans et plus)	Sous le SFR (après impôt)	Locataires	Taux d'effort ≥ 30 % ²
Présence de faible revenu³				
Sous le seuil de faible revenu (SFR) après impôt	33,6%	-	59,0%	78,4%
Au-dessus du seuil	17,8%	-	19,1%	9,5%
Statut du particulier dans le ménage				
Conjoint(e)s marié(e)s	18,0%	4,1%	12,1%	10,3%
Partenaires en union libre	13,4%	4,7%	19,9%	10,2%
Parents seuls	21,2%	14,9%	39,5%	25,3%
Vivants seules	26,5%	22,6%	53,6%	39,0%
Présence d'incapacité				
Personnes ayant déclaré une incapacité	33,3%	15,0%	33,0%	23,7%
Personnes n'ayant pas déclaré une incapacité	16,2%	7,7%	20,8%	14,1%
Montérégie	19,2%	8,6%	22,6%	15,4%

¹ En ménage privé.

² Proportion de la population vivant dans un ménage privé consacrant 30 % ou plus de son revenu total aux coûts d'habitation.

³ Revenu en 2010.

Note : Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 doivent être interprétées avec prudence et ne peuvent être directement comparées à celles issues des recensements antérieurs.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages de 2011.

Production : Équipe surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, décembre 2014.

DES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES IMPORTANTES DONT IL FAUT TENIR COMPTE

De grandes disparités socioéconomiques existent entre les différents territoires de RLS de la Montérégie. À titre d'exemple, le revenu total médian des personnes de 15 ans et plus du RLS de Vaudreuil-Soulanges s'élève à environ 34 700 \$ alors qu'il se situe aux alentours de 22 600 \$ chez les résidents du RLS du Haut-Saint-Laurent (graphique 3)^{8,iv}. Ces écarts entre RLS s'observent pour l'ensemble des indicateurs liés aux conditions socioéconomiques et de logement, qu'il s'agisse entre autres du taux d'emploi, de la scolarisation ou encore de la qualité des logements.

⁸ Le taux global de non réponse (TGN) à l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 est utilisé comme principal critère de diffusion relié à la qualité des estimations. Ainsi, les estimations de l'ENM pour toute région géographique ayant un TGN ≥ 50 % ne sont pas diffusées, car elles risquent de présenter un biais élevé. Plus le TGN est élevé, plus le risque de biais augmente. Les données de l'ENM de 2011 ne peuvent être directement comparées à celles issues des recensements antérieurs.

Les déterminants socio-économiques font partie de ce qu'on appelle « les causes des causes » de la maladie. Pour espérer améliorer l'état de santé d'une population, il faut absolument s'attarder à ces déterminants afin de s'attaquer à la racine même de nombreux problèmes de santé. Pour y parvenir, le soutien à l'action communautaire et intersectorielle s'avère incontournable pour réduire les inégalités sociales de santé.

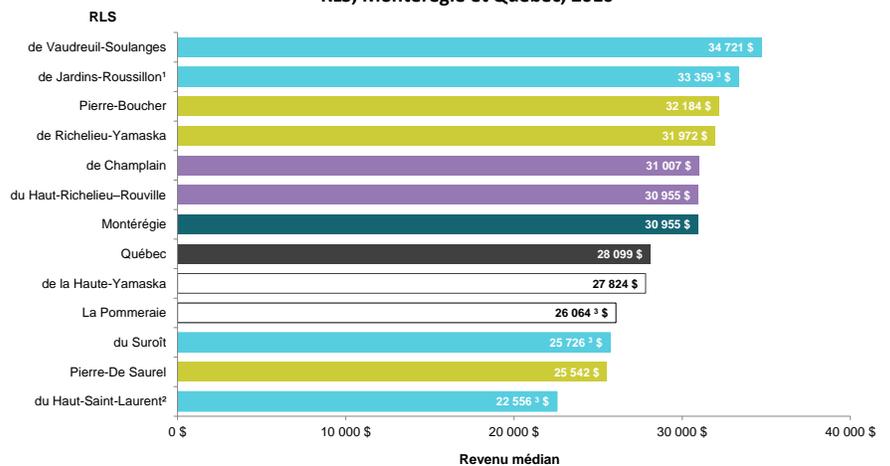
Le soutien au développement d'environnements sains et sécuritaires dans les communautés vulnérables ainsi que des actions préventives universelles, mais adaptées en termes d'intensité aux besoins de ces populations, constituent quelques-uns des fers de lance d'une stratégie globale en santé.

Les disparités socioéconomiques sont également présentes à une échelle géographique plus fine, soit à l'échelle des territoires de CLSC, des municipalités ou des communautés locales. À titre d'exemple, alors que 19 % de la population régionale n'a pas terminé ses études secondaires, cette proportion atteint seulement 12 % dans le CLSC des Seigneuries. Au sein même de ce CLSC, cette proportion varie entre 7 % à Boucherville et 29 % à Saint-Amable. Dans le RLS Pierre Boucher, la proportion de personnes vivant sous le SFR varie de 2 % à 28 % selon la communauté locale^{9, iv}.

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ BIEN PRÉSENTES ET POURTANT ÉVITABLES

L'état de santé d'une population est fortement influencé par les milieux dans lequel elle évolue de même que par son statut socioéconomique. Les personnes jouissant d'un statut social élevé et vivant dans un milieu favorisé présentent, en général, une meilleure santé que celles appartenant à un groupe de population socialement désavantagé et vivant dans un milieu défavorisé. En Montérégie, l'espérance de vie à la naissance diffère selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale¹⁰, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, bien que les écarts diminuent dans le temps, les personnes issues de milieux défavorisés ont toujours, en 2004-2007, une espérance de vie moindre que leurs homologues issus de milieux favorisés, respectivement de 5,6 ans chez les hommes et 2,3 ans chez les femmes^{vi} (graphique 4). Le rapport de la directrice de santé publique 2007 rappelle les principales pistes d'action pour réduire ces écarts et rendre les environnements sociaux plus solidaires et ainsi réduire les inégalités sociales de santé¹¹.

Graphique 3
Revenu total médian de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé, RLS, Montérégie et Québec, 2010



¹ Excluant Kahnawake.

² Excluant Akwasasne.

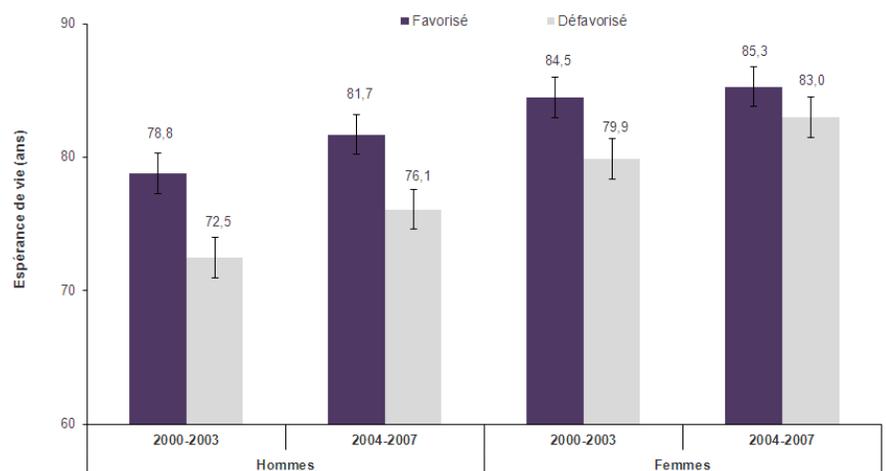
³ Taux global de non réponse > 25 et < 50 %, estimation à interpréter avec prudence.

Note : Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 doivent être interprétées avec prudence et ne peuvent être directement comparées à celles issues des recensements antérieurs.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages de 2011, Fichier CO-1413 Tableau 1.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, octobre 2014.

Graphique 4
Espérance de vie à la naissance selon la défavorisation matérielle et sociale et le sexe, Montérégie, 2000-2003 et 2004-2007



Sources : MSSS, Fichier des décès;

MSSS, Estimations et projections démographiques, version avril 2011 (produit électronique);

MSSS, Fichier des naissances;

Statistique Canada, Recensement de 2001 et de 2006.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, mars 2012.

⁹ Les communautés locales sont des entités territoriales relativement homogènes au plan humain et à l'échelle géographique, correspondant en gros à un quartier, à un voisinage ou encore à une paroisse en milieu urbain ou à un village en milieu rural. Elles ont été délimitées et identifiées dans le cadre de l'outil Indicateurs du développement des communautés (IDC).

¹⁰ L'indice de défavorisation, développé par Raymond et Pampalon, permet de décrire ce gradient de santé. Cet indice écologique a l'avantage de tenir compte à la fois de la défavorisation matérielle et de la défavorisation sociale.

¹¹ Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme des écarts de santé systématiques et évitables entre des groupes de population, selon leur statut social.

CHAPITRE 3



FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ ET ACTIF



LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL DES AÎNÉS

En 2011, 46 % des femmes et 20 % des hommes de 75 ans et plus vivent seuls dans leur logement privé^v. En outre, 16 % des aînés, soit 31 000 personnes de 65 ans et plus déclarent avoir un soutien social faible ou modéré^{vii}. Ces deux conditions peuvent engendrer des situations d'isolement et de solitude, lesquelles, à leur tour, peuvent avoir un impact non négligeable sur la santé et le bien-être des aînés. Des interventions visant à contrer l'isolement des aînés et à favoriser leur participation sociale figurent parmi les ingrédients essentiels d'un vieillissement actif.

VIEILLIR CHEZ SOI, AVEC LE SOUTIEN REQUIS

Une majorité grandissante de personnes âgées souhaite demeurer le plus longtemps possible à la maison. Toutefois, en 2011 près du cinquième de la population âgée de 75 ans et plus vit dans un établissement de santé, cette proportion atteignant près de 40 % chez celle âgée de 85 ans et plus^v.

Pour favoriser le vieillissement chez soi, il importe notamment d'adapter l'environnement bâti aux conditions de santé et aux besoins spécifiques de nos aînés. À titre d'exemple, entre 2008-2010 et 2012-2014, le taux d'hospitalisation pour chutes¹² a augmenté chez les personnes de 65 ans et plus, particulièrement chez les hommes et les personnes âgées de 85 ans et plus; chez ces dernières, le taux s'est accru de 8 %^{viii}. Assurer aux personnes âgées des environnements sécuritaires figure parmi les défis à relever au cours des prochaines années.

En 2010-2011, plus du tiers des personnes âgées de 85 ans et plus disent recevoir des soins de santé à domicile et plus de 85 % de celles ayant des incapacités déclarent avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique^{13, ix}. Considérant l'accroissement du nombre de personnes âgées, l'allongement de l'espérance de vie et le désir de vieillir chez soi, les besoins en soutien à domicile augmenteront au cours des prochaines décennies. Il s'avère donc essentiel d'adapter l'offre de services en soins à domicile, notamment en encourageant un travail concerté et interdisciplinaire.

En offrant leur aide, les proches aidants contribuent au maintien des personnes âgées dans leur domicile et leur communauté. Toutefois, les proches aidants doivent conjuguer avec plusieurs sources de stress, parmi lesquelles figurent la multiplicité des tâches à accomplir, l'isolement social, le manque de répit, la conciliation avec le travail et la famille et une situation financière parfois précaire. Ces circonstances peuvent facilement mener à une détérioration de leur état de santé physique et psychologique. Le soutien aux proches aidants, sous toutes ses formes, contribuera au maintien ou l'amélioration de leur qualité de vie de même qu'à celles des personnes qu'ils aident.

Le vieillissement de la population requiert que le réseau de la santé s'engage dans une démarche pour adapter l'offre de services. De plus, les aînés en santé d'aujourd'hui doivent le rester le plus longtemps possible, et pour ce faire, une approche de prévention s'avère nécessaire, de concert avec les acteurs intersectoriels.

Le soutien et la prise en charge des personnes âgées ayant des problèmes de santé ou des incapacités selon leur besoin et ceux de leurs proches aidants s'avèrent également incontournables.

¹² Inclus également les chutes présumées.

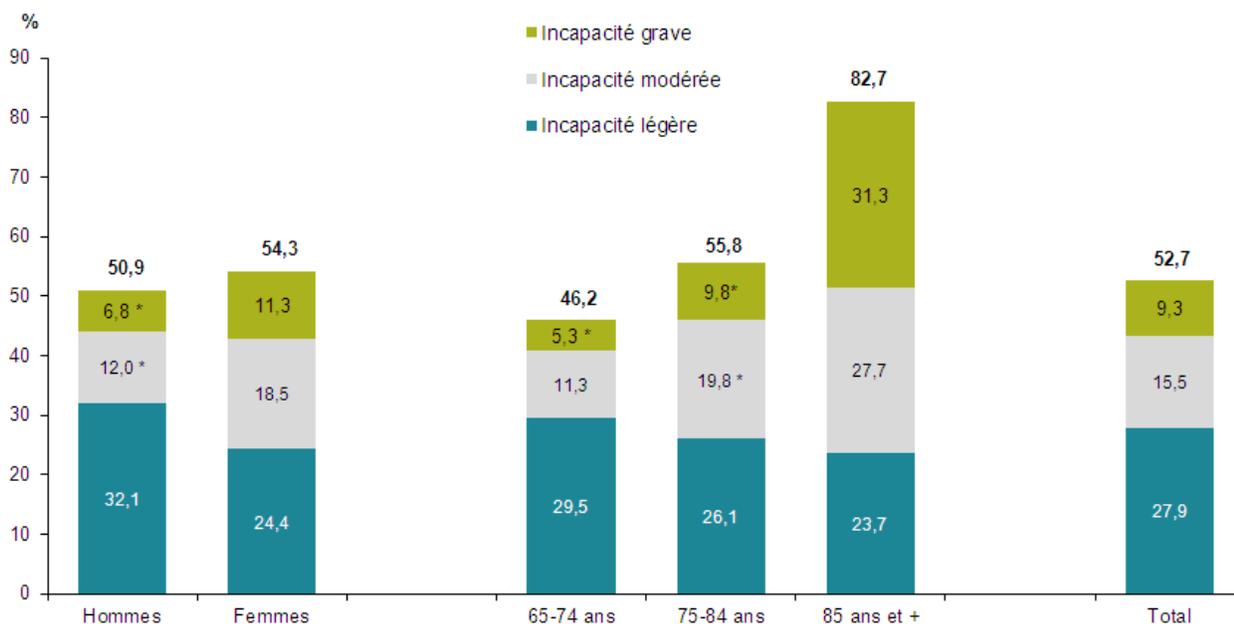
¹³ Inclus les personnes vivant en ménage privé et en résidence pour personnes âgées.

FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ ET OFFRIR LES SERVICES REQUIS

L'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus s'est considérablement amélioré au cours des dernières années. Il n'en demeure pas moins qu'un bon nombre d'entre elles doivent composer avec une incapacité ou un problème de santé de longue durée. En 2010-2011, plus de la moitié des aînés se déclarent aux prises avec une incapacité. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (54 %) et augmente de façon importante avec l'âge, pour atteindre 83 % chez les 85 ans et plus^{ix} (graphique 5). Chez ces derniers, près du tiers des personnes avec incapacité ont une incapacité grave.

Les maladies chroniques affectent tout particulièrement les personnes âgées. En Montérégie, environ 60 % des femmes et 50 % des hommes âgés de 65 ans et plus ont deux maladies chroniques ou plus. Plus précisément, 41 % déclarent souffrir d'arthrite tandis que 23 % ont une maladie cardiaque^{ix}. Enfin, 64 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'hypertension et près d'une sur quatre est atteint de diabète^x. Les troubles cognitifs, particulièrement la maladie d'Alzheimer, constituent une source importante de préoccupation pour une population vieillissante¹⁴. Ils affectent non seulement la santé et le bien-être des personnes qui en sont atteintes, mais également la famille et les amis de ces dernières.

Graphique 5
Gravité de l'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 65 ans et plus, Montérégie, 2010-2011



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : ISQ, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement, 2010-2011.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2014.

¹⁴ L'estimation de la prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer varie substantiellement selon les sources de données. Des données fréquemment citées estiment qu'environ 8 % des personnes de 65 ans et plus au Canada présentent une démence, de même qu'entre le quart et le tiers des 85 ans et plus.

CHAPITRE 4



LES MALADIES CHRONIQUES : UNE PUISSANTE VAGUE DE FOND



Selon une enquête réalisée en 2009, un adulte sur cinq, soit environ 219 000 Montérégiens, est atteint d'au moins une des maladies suivantes : l'asthme, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le cancer^{xi}. De plus, certains problèmes de santé mentale comportent également une part de chronicité; ceux-ci seront abordés dans les sections suivantes. Enfin, la prise en charge doit tenir compte de la présence simultanée d'autres maladies chroniques.

Le nombre de personnes atteintes continuera de croître au rythme des changements démographiques. La prévention des maladies chroniques et la réduction des inégalités sociales de santé s'avèrent des atouts indéniables pour contrôler le fardeau croissant sur le réseau de santé et de services sociaux.

UN FARDEAU EN AUGMENTATION : LE VIEILLISSEMENT ET LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE EN CAUSE

Le vieillissement de la population et l'espérance de vie accrue font en sorte qu'un nombre croissant de personnes vivent avec une maladie chronique. L'évolution de la prévalence¹⁵ du diabète et celle du cancer illustrent bien ce phénomène.

En Montérégie en 2010-2011, plus de 97 000 personnes, soit 9 % de la population de 20 ans et plus, sont atteintes de diabète. Cette proportion a augmenté de près de 75 % depuis 2000-2001. Certains groupes s'avèrent plus à risque : 10 % des hommes souffrent de diabète, de même que 23 % des personnes de 65 ans et plus, sans oublier les autochtones, chez qui la prévalence est trois fois plus élevée que dans la population générale^{xii}.

En 2011, plus de 20 000 Montérégiens¹⁶ ont reçu un diagnostic de cancer au cours des cinq années précédentes. Annuellement, environ 7 700 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués en Montérégie. Ce nombre a plus que doublé depuis 25 ans tandis que le taux d'incidence reste relativement stable. Il est estimé qu'en 2015, le nombre de nouveaux cas de cancer atteindra 9 500, soit près de 1 800 cas de plus qu'en 2010 (graphique 6). Tout comme le diabète, cette hausse s'explique en grande partie par la croissance et le vieillissement de la population.

Le taux d'incidence¹⁷ et le taux de mortalité par cancer en Montérégie se comparent à ceux du Québec au cours de la dernière décennie. Toutefois, pour certains types de cancer, la Montérégie se distingue par des taux d'incidence plus élevés, par exemple le cancer colorectal chez les femmes, ou des taux plus faibles comme le cancer du poumon chez les hommes. Malgré tout, le cancer du poumon constitue à lui seul 16 % de l'ensemble des cancers et cause près du tiers des décès par cancer. Les cancers du poumon, du colon et du rectum, du sein et de la prostate représentent plus de la moitié des nouveaux cas de cancers^{xiii}.

Le fardeau croissant des maladies chroniques nécessite une approche globale de la maladie, incluant la promotion de la santé et la prévention à l'échelle populationnelle, en passant par le dépistage, la prise en charge et les soins de fin de vie. La prévention des maladies chroniques, premier échelon du continuum de santé, doit reposer notamment sur la promotion des saines habitudes de vie, l'aménagement d'environnements favorables à celles-ci et la réduction des inégalités de santé à l'échelle populationnelle.

Le réseau de la santé doit s'assurer que ses services demeurent accessibles et adaptés aux réalités et aux besoins des personnes les plus défavorisées. L'action intersectorielle permettra de mettre à profit l'expertise de chacun et divers moyens pour agir sur les principaux déterminants de la santé et ainsi assurer aux Montérégiens un avenir meilleur.

¹⁵ Nombre de cas (nouveaux et anciens) divisé par la population pour une période donnée.

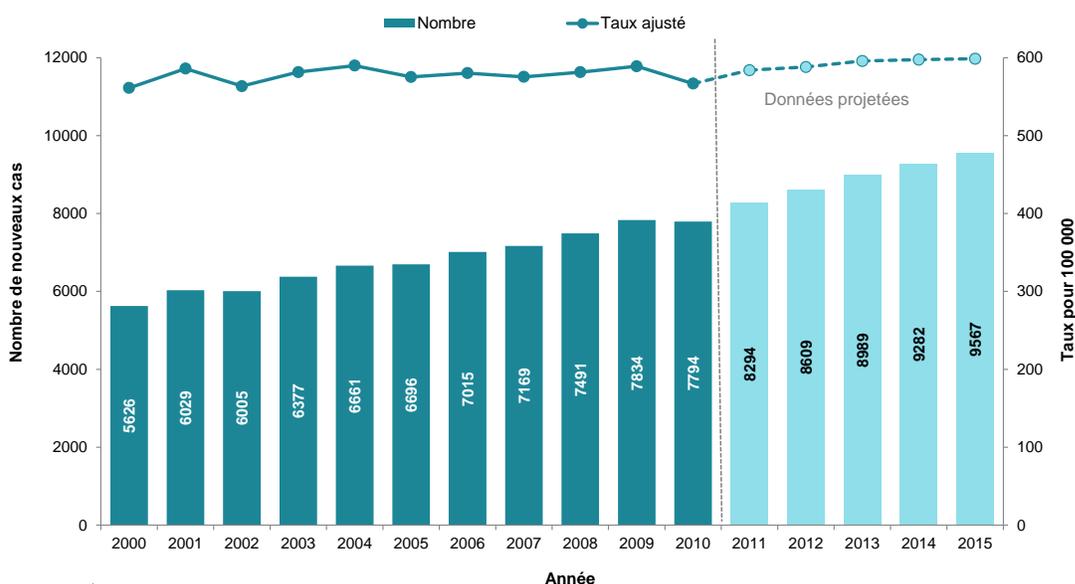
¹⁶ Il s'agit de personnes toujours vivantes.

¹⁷ Nombre de nouveaux cas divisé par la population pour une période donnée.

Les maladies chroniques figurent parmi les principales causes de décès. Pour la période 2009-2011, à eux seuls, le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire occasionnent plus de 5 600 décès, soit près de 60 % de l'ensemble des décès chez les Montérégiens^{xiv}.

Le fardeau engendré par les maladies chroniques peut, en partie, être prévenu ou reporté par l'adoption de saines habitudes de vie.

Graphique 6
1
Incidence de tous les cancers, Montérégie, 2000 à 2015



¹ Excluant les cancers de la peau autre que le mélanome.
Sources : MSSS, Fichier des tumeurs du Québec;
MSSS, Estimations et projections démographiques, édition avril 2012.
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2014.

POUR ENDIGUER LA VAGUE, LA PREVENTION S'AVÈRE INCONTOURNABLE

Il importe d'agir en amont des maladies chroniques, en favorisant l'adoption de saines habitudes de vie, en optimisant le dépistage, mais également en réduisant l'impact des inégalités sociales de santé. L'adoption de saines habitudes de vie et le maintien d'un poids normal sont un gage de santé au sein de la population. Qu'en est-il des habitudes de vie des Montérégiens à cet égard?

Contrairement à la tendance observée au Québec, l'usage de la cigarette chez les 12 ans et plus semble avoir augmenté en Montérégie, passant de 22 à 25 % entre 2005 et 2011-2012. Pour la première fois, la région se distingue par une proportion de fumeurs significativement plus élevée qu'au Québec (25 c. 22 %). Par ailleurs, l'usage de la cigarette reste plus fréquent chez les adultes de 20 à 64 ans (30 %)^{xv}.

La pratique d'au moins 30 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée permet aux adultes d'en tirer des bénéfices sur le plan de la santé. En 2011-2012, à peine quatre adultes montérégiens sur dix (39 %) se disent actifs durant leurs loisirs. À l'opposé du spectre, environ le quart (26 %) des Montérégiens sont sédentaires^{xvi}. Des gains ont toutefois été observés, puisque la proportion d'actifs s'est accrue, passant de 35 à 39 % entre 2007-2008 et 2011-2012, tandis que celle des sédentaires est demeurée relativement stable^{xvii}.

La proportion d'adultes montérégiens rapportant un surplus de poids¹⁸ a augmenté entre 1987 et 2005, passant de 37 à 50 %, pour ensuite se stabiliser jusqu'en 2011-2012. De façon plus spécifique, la prévalence de l'obésité a doublé au cours de cette période, passant de 9 à 18 %^{xviii}. La prévalence du surplus de poids est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et ce, à tous les âges^{xvi}.

La participation à un programme de dépistage du cancer permet de réduire la mortalité causée par la maladie. Entre 2000-2001 et 2012-2013, le taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS en Montérégie est passé de 48 à 61 %¹⁹, soit une hausse de 29 %^{xix}. Le taux de participation est significativement plus élevé en Montérégie qu'au Québec. En agissant de manière préventive, la population féminine met toutes les chances de son côté!

¹⁸ Le surplus de poids inclut l'embonpoint et l'obésité et se définit par un indice de masse corporel (IMC) supérieur ou égal à 25,0. L'obésité correspond à un IMC égal ou supérieur à 30,0.

¹⁹ L'objectif de participation au PQDCS est de 70 % pour atteindre une réduction de 25 % de la mortalité par cancer du sein.

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ POUR DIMINUER LE FARDEAU GLOBAL

Des inégalités sociales de santé persistent au sein de la population. Par exemple, en Montérégie en 2011-2012, l'usage de la cigarette²⁰ s'avère deux fois plus fréquent chez les moins nantis²¹ (36 %) que chez les plus nantis²² (18 %). La sédentarité durant les loisirs se révèle aussi plus répandue chez les plus démunis (32 %) que chez les plus riches (23 %). Au même titre, au Québec le diabète touche deux fois plus de personnes chez les moins nantis (9 %) que chez les plus aisés (5 %)^{xvi}. Le réseau de la santé peut contribuer activement à réduire ces inégalités, notamment en s'assurant que ses services demeurent accessibles et adaptés aux réalités et aux besoins des personnes les plus défavorisées.

²⁰ Proportion ajustée selon l'âge de la population âgée de 12 ans et plus.

²¹ Quintile de revenu inférieur.

²² Quintile de revenu supérieur.

CHAPITRE 5

A decorative graphic on the right side of the page. It features a large purple arrow pointing right, a green arrow pointing right, a light blue arrow pointing right, and a teal arrow pointing right. There are also dashed lines in purple, green, and blue forming a V-shape pointing downwards.

**LA PETITE ENFANCE ET LA JEUNESSE :
DES ÉTAPES DE VIE FONDAMENTALES
POUR L'ÉTAT DE SANTÉ FUTUR**

A small red dot is located in the bottom left corner of the page.

La période prénatale et les premières années de vie sont cruciales pour la santé des futurs adultes. Divers facteurs, tels le poids à la naissance, la durée de la grossesse, l’allaitement, le milieu de vie ainsi que les comportements adoptés pendant l’enfance et l’adolescence influencent le développement et l’état de santé.

LE DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DES ENFANTS : POUR UN BON DÉPART DANS LA VIE

En Montérégie, pour la période 2007-2011, 7 % des nouveau-nés naissent prématurément et 8 % ont un faible poids pour l’âge gestationnel^{xx}. Plusieurs difficultés guettent ces enfants : ils risquent davantage de souffrir de divers problèmes de santé et de troubles neurodéveloppementaux.

Quelques facteurs de protection peuvent déjouer certains effets négatifs de la pauvreté; parmi ceux-ci figure l’allaitement maternel. En 2013-2014, environ deux bébés sur trois en Montérégie bénéficient de l’allaitement exclusif au cours du premier mois suivant la naissance. Cette proportion est demeurée stable dans les cinq dernières années. Toutefois, la proportion de bébés allaités exclusivement diminue rapidement au cours des premiers mois de vie; elle tombe à un peu plus de la moitié à l’âge de deux mois tandis qu’à six mois, seulement 5 % des bébés sont allaités exclusivement^{xxi}.

En Montérégie en 2012, près du quart des enfants de la maternelle, soit 3 710 enfants, sont vulnérables, car ils n’ont pas toutes les habiletés requises pour assurer leur réussite éducative et sociale^{xxii}. Par ailleurs, le développement de l’enfant suit un gradient lié à son niveau de défavorisation matérielle et sociale. Les revenus modestes de la famille, la faible scolarisation des parents et un réseau social déficient nuisent à la santé physique et mentale du tout-petit et ainsi freine son développement optimal.

Un tel développement peut aussi être entravé par un problème d’ordre neurodéveloppemental. En 2011-2012, la Montérégie compte 2 644 enfants de 4 à 17 ans atteints d’un trouble du spectre de l’autisme (TSA), soit environ 400 de plus que l’année précédente^{xxiii}. Les TSA représentent 43 % de l’ensemble des handicaps rencontrés en milieu scolaire. Par ailleurs, la prévalence des TSA s’accroît en moyenne de 25 % par an et touche cinq fois plus souvent les garçons que les filles.

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ CLAIREMENT ÉVITABLES

En Montérégie, 31 % des enfants vivant en milieu défavorisé sont vulnérables contre 19 % en milieu favorisé^{xxii}. Là encore, les effets néfastes de la défavorisation peuvent être déjoués, notamment grâce aux services de garde. Ainsi, les enfants ayant fréquenté un service de garde sont, en proportion, moins nombreux à être vulnérables que les enfants n’ayant reçu aucun service préscolaire, et ce, peu importe le niveau de défavorisation matérielle du milieu dans lequel ils vivent. Cependant, les enfants vivant dans les milieux les plus défavorisés profitent davantage de la fréquentation d’un service de garde. D’ailleurs, ils sont près de deux fois moins nombreux, en proportion, à être vulnérables comparativement à ceux n’ayant fréquenté aucun service préscolaire.

L’état de santé de l’adulte de demain repose, entre autres, sur le milieu de vie, l’état de santé et les comportements des enfants et des adolescents d’aujourd’hui. Des mesures préventives visant à favoriser le développement sain permettent de prévenir une foule de problèmes de santé.

De concert avec les partenaires intersectoriels et les Centres jeunesse, une série de mesures adaptées aux besoins des enfants sur le plan du développement, notamment la lutte aux inégalités sociales de santé, à l’exclusion sociale et au décrochage scolaire, accroissent le « capital santé » de ces adultes de demain.

À l'échelle des communautés locales, d'importantes disparités sont remarquées au sein d'un même RLS. Par exemple, au RLS du Haut-Richelieu–Rouville, la proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement varie de 18 à 42 % selon la communauté locale^{xxii}. Le rapport de la directrice de santé publique 2014 propose des pistes d'action pour réduire ces inégalités et favoriser le développement optimal de tous les jeunes.

DES HABITUDES DE VIE PRÉOCCUPANTES CHEZ LES ADOLESCENTS

Les habitudes commencent souvent tôt dans la vie, notamment à l'adolescence, où la pression sociale exercée par les pairs atteint son paroxysme. En outre, les habitudes de vie néfastes peuvent avoir un impact majeur à l'âge adulte en augmentant le risque de développer une maladie chronique. Il importe de s'en préoccuper dès le plus jeune âge! Une enquête réalisée auprès des jeunes du secondaire en 2010-2011 est très révélatrice à cet égard.

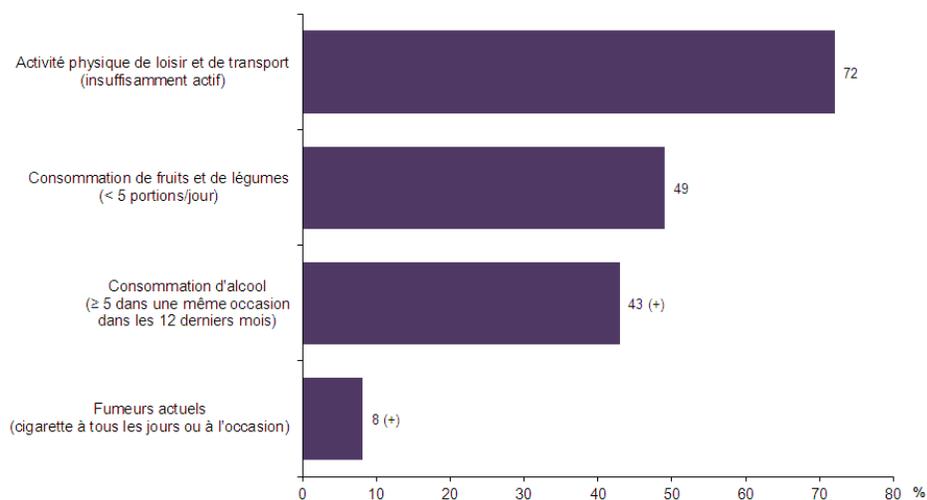
En Montérégie, plus de 7 000 jeunes fument la cigarette à tous les jours ou occasionnellement, soit 8 % des élèves du secondaire (graphique 7). Fait à noter, les garçons de la Montérégie sont proportionnellement plus nombreux que ceux du Québec à fumer la cigarette et à avoir fumé une première cigarette avant l'âge de 13 ans^{xxiv}.

L'activité physique procure un effet positif sur la santé et le bien-être, et ce, à tous les âges de la vie. Toutefois, près de trois élèves du secondaire sur quatre n'atteignent pas le niveau d'activité physique recommandé²³ par les autorités de santé publique durant les loisirs et le transport. Un fait demeure : les garçons bougent plus que les filles (35 c. 22 % sont actifs)^{xxiv}!

Au Québec, en promotion des saines habitudes de vie on préconise la consommation d'au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour, recommandation adoptée par trop peu de jeunes. En effet, près de la moitié des élèves montérégiens ne respectent pas cette recommandation, davantage les filles que les garçons (51 c. 47 %). Si on exclut les jus de fruits purs à 100 %, la proportion de jeunes ne consommant pas suffisamment de fruits et de légumes passe de 49 à 68 %^{xxiv}!

Enfin, la consommation d'alcool mérite qu'on s'y attarde, car il s'agit de la substance la plus consommée par les jeunes. En favorisant les comportements hasardeux, la consommation excessive d'alcool accroît notamment le risque d'infections transmissibles sexuellement et de traumatismes non intentionnels. Rappelons que les traumatismes arrivent au premier rang des causes de décès chez les adolescents. Ainsi, plus de 40 % des élèves du secondaire consomme de l'alcool de façon excessive (cinq consommations ou plus en une même occasion) au moins une fois dans l'année^{xxiv}. Par ailleurs, ce comportement s'avère plus fréquent, en proportion, chez les filles de la Montérégie que chez celles du Québec.

Graphique 7
Proportion d'élèves du secondaire selon certaines habitudes de vie, Montérégie, 2010-2011



(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste du Québec.

Sources : ISQ, Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011.

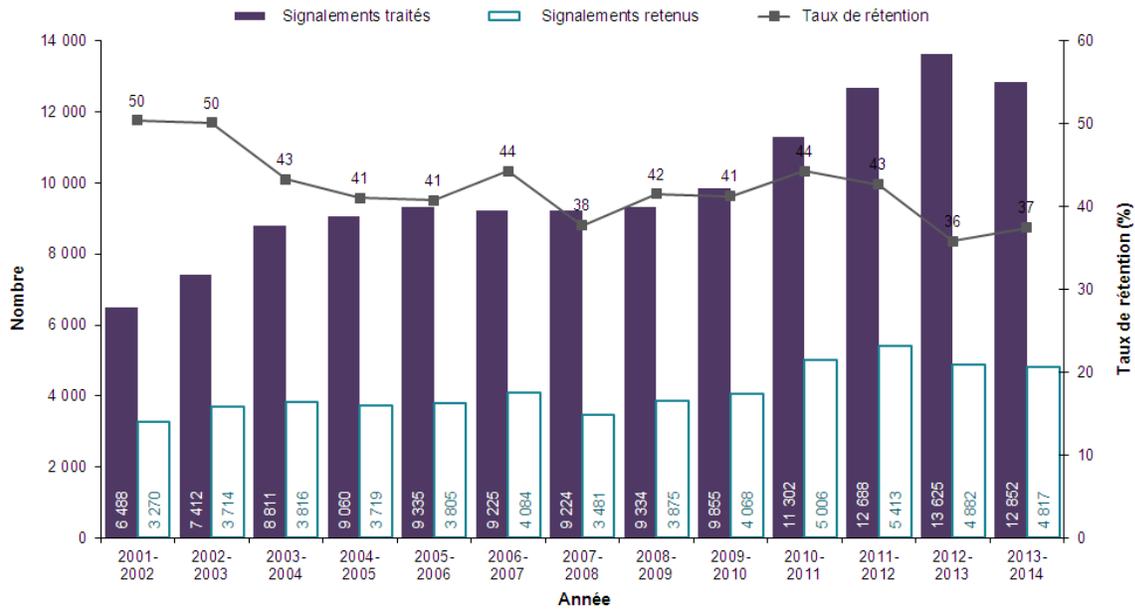
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2014.

²³ L'équivalent d'au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité moyenne à élevée.

QUAND LA SÉCURITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT SONT COMPROMIS

L'abandon, la négligence, les abus sexuels et physiques compromettent la sécurité et le développement des enfants. Depuis 2009-2010, la Montérégie connaît une hausse marquée du nombre de signalements traités par le Centre jeunesse. En 2013-2014, on en compte 12 852, duquel moins de 40 % sont retenus pour une évaluation (graphique 8). La négligence et les abus physiques comptent pour plus de 60 % des signalements retenus et sont plus fréquents chez les enfants de 12 ans et moins^{xv}.

Graphique 8
Taux de rétention et nombre de signalements au Centre Jeunesse,
population de moins de 18 ans, Montérégie, 2001-2002 à 2013-2014



Source : Centre Jeunesse de la Montérégie.

Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, août 2014.

CHAPITRE 6



**IL N'Y A PAS DE SANTÉ
SANS SANTÉ MENTALE POSITIVE**



La santé mentale d'une population dépasse la fréquence des troubles mentaux (ex. : dépression, schizophrénie). Le bien-être psychologique et social fait partie intégrante de la santé mentale d'une population, et peut aussi être sous-optimal. Les impacts des troubles de santé mentale se font ressentir sur divers plans; par exemple, ils nuisent à la qualité de vie, à l'intégration sociale et peuvent occasionner des pertes de revenus en raison de l'absentéisme ou de la perte d'emploi. Les conditions de vie défavorables peuvent aussi favoriser le développement d'une mauvaise santé mentale. La relation entre état de santé et conditions de vie se révèle donc bidirectionnelle.

DES PROBLÈMES DE SANTÉ FRÉQUENTS, AYANT DES IMPACTS SÉRIEUX

En 2011-2012²⁴, 12 % des Montérégiens souffrent d'un trouble mental, soit environ 168 000 personnes, dont plus de 26 000 jeunes de moins de 18 ans^{25, 26, x}. Les troubles anxiodépressifs se taillent la part du lion, soit les deux tiers des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental en Montérégie.

L'impact de la maladie mentale est considérable à tous points de vue; par exemple, au Québec l'espérance de vie des hommes atteints de troubles mentaux est inférieure de 8 ans et celle des femmes de 5 ans.

TROUBLES MENTAUX, DÉPENDANCE ET MALADIES CHRONIQUES : DES COMBINAISONS RÉPANDUES

Un trouble mental se conjugue fréquemment avec une dépendance. Par exemple, environ le tiers des personnes atteintes d'un trouble mental souffriront au cours de leur vie d'un problème lié à l'abus d'alcool ou de drogue. Cela correspond à environ 55 000 personnes en Montérégie en 2012^{xxvi}. De même, une part notable des personnes dépendantes de drogues ou d'alcool présenteront éventuellement un trouble de santé mentale au cours de leur vie.

De surcroît, les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental courent davantage le risque de décéder à la suite d'un traumatisme, d'une maladie cardiovasculaire, d'une infection, ou d'un cancer, par exemple. En effet, un trouble mental s'associe fréquemment avec des facteurs de risque de maladies physiques ou de traumatismes, comme le tabagisme ou des conditions de vie défavorables à la santé (ex. : pauvreté, isolement, logement déficient). La prise en charge doit donc tenir compte de l'ensemble des vulnérabilités, des conditions de vie et de l'état de santé global des individus atteints.

L'Organisation mondiale de la santé a récemment déclaré qu'il n'y a « pas de santé sans santé mentale ». L'approche populationnelle en matière de santé mentale invite le réseau de la santé à intervenir à chaque étape du continuum; tout d'abord en visant l'atteinte d'une santé mentale positive à l'aide d'interventions préventives, mieux adaptées à certains sous-groupes spécifiques.

Enfin, le rehaussement de la globalité et l'accessibilité des divers services permettront de bonifier l'offre de services en santé mentale. Un équilibre entre la promotion, la prévention et les services contribue non seulement à améliorer l'état de santé global de l'ensemble de la population, mais également à réduire les inégalités sociales de santé.

²⁴ Période de 12 mois entre avril 2011 et mars 2012.

²⁵ Population âgée de 1 an ou plus.

²⁶ Données sur les services médicaux rémunérés à l'acte.

UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE INCONTOURNABLE POUR LA PRISE EN CHARGE

En 2011-2012, 74 % de la population²⁴ de la Montérégie ayant reçu un diagnostic de trouble mental a vu à ce sujet un médecin de famille en ambulatoire²⁵, alors que 13 % a rencontré un psychiatre en ambulatoire, 10 % a consulté à l'urgence; à peine 3 % a été hospitalisé. Évidemment, le profil d'utilisation varie selon le diagnostic; en effet, 70 % de la population atteinte d'un trouble schizophrénique a vu un psychiatre en ambulatoire en 2011-2012^x.

Cela dit, les troubles anxiodépressifs demeurent nettement plus fréquents à l'échelle populationnelle. La prise en charge repose donc davantage sur les services ambulatoires. Si une première ligne forte se révèle incontournable, elle devra être appuyée par un réseautage optimal avec l'ensemble des services, tant spécialisés, hospitaliers que communautaires.

Certaines données suggèrent clairement la nécessité d'effectuer des améliorations à cet égard. Par exemple, 17 % des Montérégiens hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide²⁷ n'ont reçu aucun service en santé mentale suite à leur hospitalisation, et 35 % ont dû patienter un mois ou plus avant d'obtenir un tel service^{xxvii}.

²⁷ Entre avril 2006 et mars 2009.

CHAPITRE 7



LA LUTTE AUX MALADIES INFECTIEUSES : UN DÉFI GRANDISSANT



Il y a quelques décennies, la lutte aux maladies transmissibles semblait sur le point d'être gagnée. Il n'en est rien. Le réseau de la santé dispose d'outils très efficaces pour lutter contre les maladies infectieuses, tels les vaccins, les mesures de prévention des infections et les antibiotiques. Leur efficacité dépend toutefois d'une utilisation optimale. Des améliorations peuvent clairement être accomplies à cet égard.

REJOINDRE ADÉQUATEMENT LES POPULATIONS CIBLÉES PAR LA VACCINATION

En 2013, 7 des 11 maladies à déclaration obligatoire pour lesquelles il existe un programme de vaccination sont complètement évitées²⁸ en Montérégie, et seule l'incidence des infections invasives à pneumocoques a légèrement augmenté entre 2012 et 2013^{xxviii}.

De plus, les manifestations cliniques inhabituelles sévères suite à la vaccination se font rarissimes. Ceci illustre l'efficacité et la sécurité des vaccins faisant l'objet d'un programme de vaccination. L'efficacité de ces programmes repose sur une couverture vaccinale élevée. À cet égard, des gains s'avèrent nécessaires. Par exemple, seulement 43 % des travailleurs de la santé en Montérégie reçoivent le vaccin contre la grippe saisonnière en 2013-2014, un résultat nettement inférieur à la cible (80 %)^{xxix}.

Vacciner au bon moment revêt aussi une importance cruciale afin de protéger les personnes avant qu'elles ne soient plus à risque de contracter une infection ou de développer une complication. En 2012, seulement le tiers des enfants de deux ans en Montérégie reçoivent tous leurs vaccins dans les délais recommandés^{xxx}. De même, 81 % des filles de la 4^e année du primaire en Montérégie sont vaccinées contre le virus du papillome humain durant l'année scolaire 2013-2014, alors que l'objectif s'élève à 90 %^{xxix}.

INFECTIONS NOSOCOMIALES : UN DÉFI À RELEVER POUR LES ÉTABLISSEMENTS

La lutte aux infections nosocomiales reste entièrement d'actualité, comme le démontre la hausse du nombre d'éclotions à Entérocoques résistants à la vancomycine. Entre 2009-2010 et 2013-2014, celui-ci est passé de 5 à 24 en Montérégie. Autre exemple, certains hôpitaux présentent des taux d'incidence de diarrhée associée au *Clostridium difficile* en hausse ou supérieurs à celui du Québec (graphique 9)^{xxxi}.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT EN FORTE HAUSSE : UNE ACTION CONCERTÉE S'IMPOSE

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) font un retour en force depuis quelques années, tant en Montérégie qu'au Québec. Entre 2004 et 2013, le taux d'incidence de cas d'ITSS déclarés en Montérégie a doublé, voire presque quadruplé dans le cas de la gonorrhée (tableau 3). Le profil des populations vulnérables varie selon le type d'ITSS. Par exemple, la chlamydia frappe davantage les femmes et les jeunes, alors que la syphilis et la gonorrhée s'avèrent plus fréquentes chez les hommes^{xxviii}.

Une approche intégrée et globale s'avère essentielle pour lutter contre les maladies infectieuses. Une telle approche s'appuie sur quatre piliers : la surveillance épidémiologique, la promotion de comportements préventifs auprès de l'ensemble de la population, particulièrement auprès des groupes plus à risque, la prise en charge adéquate des cas et l'adaptation des pratiques professionnelles et organisationnelles. Il faut mener simultanément la bataille sur tous les fronts.

²⁸ Aucun cas n'a été déclaré en 2013 pour les sept maladies à déclaration obligatoire suivantes : rougeole, rubéole, oreillons, tétanos, poliomyélite, diphtérie et infection à méningocoque du sérotype C.

Peu importe l'ITSS, il faut tenter de briser le cycle de la transmission. Pour y parvenir, le rapport annuel de la directrice de 2010 indique les actions prioritaires : promouvoir une sexualité saine et responsable chez les jeunes, intervenir auprès des populations vulnérables dans leurs milieux de vie et améliorer les services de dépistage. Une action en amont, intersectorielle et en lien avec l'ensemble des organisations du réseau apparaît comme incontournable pour y parvenir.

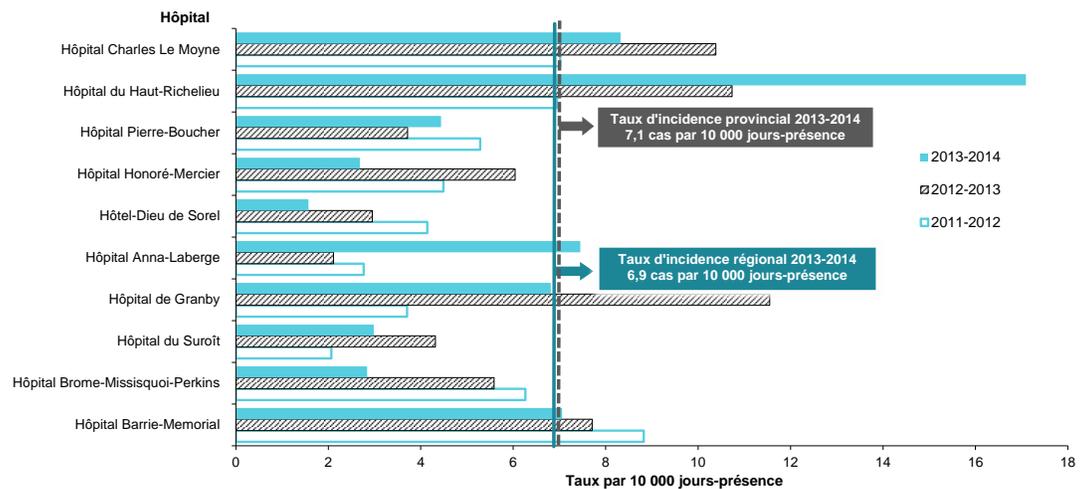
SE PRÉPARER À L'ÉMERGENCE DE NOUVEAUX PATHOGÈNES

Les bactéries et virus changent et s'adaptent rapidement à de nouvelles conditions. Par exemple, le nombre de cas déclarés de maladie de Lyme a explosé en Montérégie au cours des dernières années, passant de 3 à 4 par an jusqu'en 2010 à 74 en 2013^{xxviii}.

L'apparition de multiples résistances aux antibiotiques chez certaines bactéries s'avère également préoccupante. Citons notamment les infections à entérobactéries résistantes aux

carbapénèmes ainsi que la gonorrhée résistante à la ciprofloxacine et, plus récemment, à l'azithromycine. Ces pathogènes compliquent sérieusement la prise en charge des cas infectés et peuvent entraîner des coûts supplémentaires, notamment liés à l'augmentation de la durée de séjour lorsqu'elles surviennent en milieu hospitalier.

Graphique 9
Taux d'incidence annuelle de cas de diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) d'acquisition nosocomiale selon l'hôpital, Montérégie, 2011-2012 à 2013-2014



Source: Portail SI-SPIN, données extraites le 15 mai 2014.

Tableau 3
Taux d'incidence et caractéristiques des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse, Montérégie, 2004 et 2013

ITSS	Taux d'incidence par 100 000 personnes			Proportion des cas en 2013	
	2004	2013	Hausse 2004-2013	Hommes	15-24 ans
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	123,2	243,3	97 %	30 %	70 %
Infection gonococcique	5,0	18,9	278 %	62 %	50 %
Syphilis infectieuse	1,4	3,8	171 %	89 %	32 %

Source : MSSS, Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO), exportation 27 août au 2 septembre 2014; ISQ, Estimation démographique, mai 2014.
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2014.

CHAPITRE 8



L'ENVIRONNEMENT : DES RÉPERCUSSIONS PERCEPTIBLES POUR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ



Pour plusieurs, l'environnement évoque les changements climatiques et des gestes écologiques à poser, mais pas nécessairement un enjeu d'actualité pour le réseau de la santé. Et pourtant, l'altération de l'environnement physique, tant à l'intérieur des bâtiments qu'à l'extérieur, mine dès à présent la santé de la population, amène un nombre croissant de personnes dans les urgences et les hôpitaux et causent des décès. Les cibles d'action doivent dépasser le cadre des établissements de santé : l'ensemble de la problématique, de ses causes jusqu'à l'adaptation du réseau, doit être considéré.

L'ENVIRONNEMENT INFLUENCE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

La pollution atmosphérique s'étend bien au-delà du smog; elle entoure quotidiennement les Montréalais, à des degrés variables. En 2013, on dénombre 25 jours où la qualité de l'air était mauvaise²⁹ en Montérégie^{xxxii}. Si ce nombre est plutôt stable depuis 2006, le nombre de personnes susceptibles de subir une détérioration de leur état de santé dans de telles circonstances ne cesse de croître, en raison de l'accroissement et du vieillissement de la population et, par conséquent, de la prévalence grandissante de certaines maladies chroniques. C'est le cas des personnes atteintes de problèmes cardiaques et pulmonaires, notamment l'asthme. Rappelons qu'en 2013, le Centre international de recherche sur le cancer a confirmé que la pollution atmosphérique cause le cancer chez l'humain.

Le transport remporte la palme des principales sources d'émission de contaminants atmosphériques, avec 62 % des émissions au Québec en 2008. Les industries arrivent au second rang avec 25 %^{xxxiii}. On estime qu'au moins 45 000 tonnes des principaux contaminants atmosphériques³⁰ sont émises en 2012 par les industries de la région tenues de déclarer leurs émissions en vertu d'un programme fédéral^{xxxiv}. N'oublions pas les risques associés à la présence des matières dangereuses produites, utilisées ou transportées en Montérégie. Les événements passés (incendie, déraillement, etc.) démontrent les impacts de certaines situations, tant sur la santé physique que psychosociale de la population.

Les phénomènes climatiques extrêmes nous réservent de mauvaises surprises, et ils sont appelés à être plus fréquents. Rappelons les inondations de 2011 en Montérégie, lesquelles ont nécessité l'évacuation d'environ 1 500 personnes, tandis que 3 400 résidences ont été inondées ou menacées de l'être. Le réseau a non seulement le devoir de se préparer à de tels épisodes, mais également de contribuer à réduire leurs impacts potentiels sur la santé de la population. Dans un autre registre, près d'un Montréalais sur cinq en 2008 déclare avoir reçu un diagnostic de rhinite allergique^{xxxv}. Une bonne part d'entre eux aura besoin de soins médicaux, et en saison d'herbe à poux, certains verront leur condition pulmonaire se détériorer à un point tel qu'ils devront consulter à l'urgence. Enfin, rappelons que les changements climatiques favorisent un allongement de la saison de pollinisation; la durée de celle-ci est passée d'environ 71 à 126 jours entre 1984 et 2002^{xxxvi}. Pour s'adapter aux changements de l'environnement, accroître l'accessibilité aux soins de santé ne sera pas suffisant; il faut agir en prévention, par exemple auprès des partenaires intersectoriels des municipalités, du transport et de l'industrie.

L'altération de l'environnement bâti et physique influence la santé de la population. Une intervention ponctuelle en cas d'urgence ne suffira pas.

Une démarche globale, incluant l'action auprès des acteurs intersectoriels visant à améliorer la qualité des milieux de vie, s'avère indispensable pour maintenir ou améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population.

²⁹ Jour où l'indice de qualité de l'air est supérieur ou égal à 51 pendant au moins une heure.

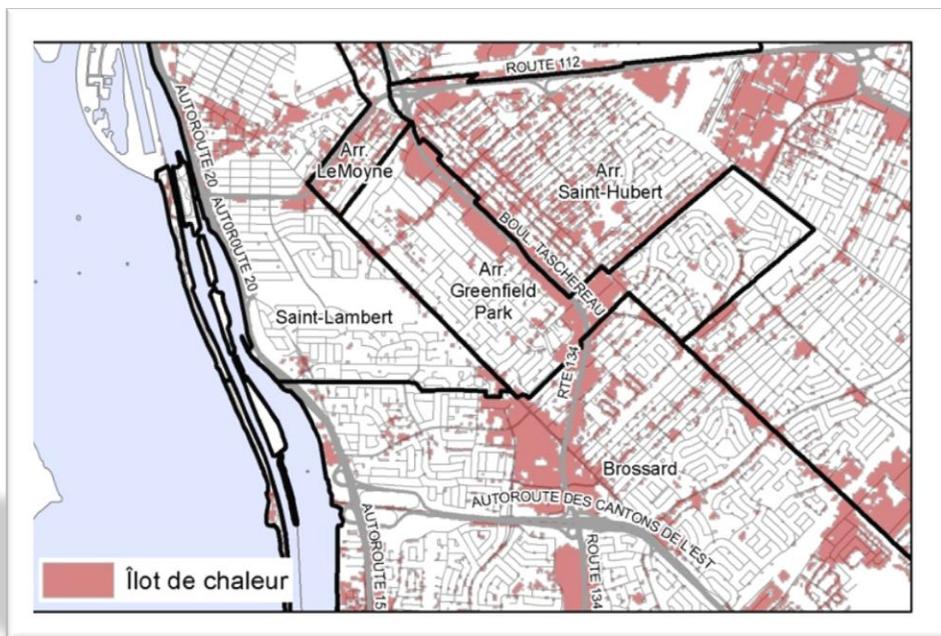
³⁰ Dioxyde de soufre (SO₂), monoxyde de carbone (CO), dioxyde d'azote (NO₂), particules en suspension (PM₁₀).

AMÉNAGER LE TERRITOIRE, C'EST AGIR EN FAVEUR DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

À première vue, le lien entre l'aménagement du territoire et la santé paraît ténu. Pourtant, l'utilisation des modes de transport, la localisation des espaces industriels ou agricoles et la planification des aménagements urbains exercent un impact réel sur la santé.

Toujours sceptique? Regardez une carte satellite des îlots de chaleur urbains et vous localiserez sans peine les principales artères et grandes zones commerciales des villes de la Rive-Sud de Montréal (figure 1). En 2010, des îlots de chaleur sont détectés dans une cinquantaine de municipalités de la région. Pour sept d'entre elles, ces îlots couvrent entre le quart et la moitié de leur superficie^{xxxvii}.

Figure 1
Localisation des îlots de chaleur extrême dans certains arrondissements de la Rive-Sud de la Montérégie



Source : Centre d'enseignement et de recherche en foresterie de Sainte-Foy inc. (CERFO), 2012
Production : équipe Planification, évaluation et recherche, en collaboration avec l'équipe Surveillance de l'état de la population, DSP Montérégie, décembre 2014.

En période de chaleur extrême, les populations vivant dans ces zones risquent davantage de voir leur santé se détériorer, de nécessiter des soins et de décéder, surtout parmi les personnes âgées ou malades vivant seules. Rappelons qu'en Montérégie, plus du tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent seules en ménage privé^v.

Bien que nécessaires, les plans d'urgence en cas de chaleur extrême doivent être appuyés par des actions intersectorielles visant à améliorer l'aménagement du territoire afin de réduire l'impact sur la santé de la population. Aider à planifier l'aménagement, le transport et l'utilisation du territoire, c'est agir en faveur du réseau de la santé.

QUAND L'ENVIRONNEMENT BÂTI REND MALADE

La qualité de l'environnement bâti exerce une influence sur la santé de ses occupants. Humidité excessive, vétusté, infiltration d'eau figurent parmi les conditions propices au développement des moisissures, lesquelles peuvent nuire à la santé des occupants. Cela dit, l'aspect « santé » du logement dépasse de loin le thème des moisissures. N'oublions pas les risques de chute ou de blessures, la présence de nuisances telles que les punaises de lit ou le bruit, et enfin le coût et l'adéquation entre le nombre d'occupants et la taille du logement. À cet égard, les besoins au sein de la population restent bien présents; en 2011, 6 % de la population vivant en ménage privé, soit 91 400 personnes, réside dans un logement nécessitant des réparations majeures^{iv}. Cela ne tient pas compte des personnes qui travaillent ou étudient dans un immeuble tout aussi mal en point. Les interventions intersectorielles visant à améliorer la qualité du logement contribuent à préserver la santé de la population et ainsi éviter le recours aux services de santé.

CHAPITRE 9

RESTER AU TRAVAIL ET EN SANTÉ



Le réseau de la santé publique en santé au travail (RSPSAT) offre des services préventifs aux travailleurs dont le lieu de travail est situé en Montérégie³¹. Ces interventions visent à prévenir les maladies reliées au travail. Quelle est la situation à l'égard de la santé des travailleurs en Montérégie?

BEAUCOUP DE MILIEUX À DESSERVIR, SURTOUT DE PETITES ET MOYENNES ENTREPRISES (PME)

La Montérégie compte près de 45 000 entreprises, dont environ 98 % sont des PME³². En 2013, la moitié³³ des milieux ciblés ont reçu des services préventifs du RSPSAT, mais cette proportion grimpe à 82 % pour les milieux comptant plus de 21 travailleurs^{xxxviii}. Parmi ceux en attente de services, il s'agit surtout de milieux comptant très peu d'employés, ayant démarré leurs activités depuis moins de 2 ans ou n'étant pas ciblés comme clientèles avant 2013.

De plus, le RSPSAT dessert tous les milieux de travail de la région avec le programme « Pour une maternité sans danger », lequel vise à assurer aux travailleuses enceintes ou qui allaitent des conditions de travail sécuritaires pour elles et leur enfant. En 2013, ce programme a reçu 6 143 demandes pour des femmes travaillant en Montérégie^{xxxviii}. D'ici décembre 2015, une seule équipe traitera l'ensemble des demandes des travailleuses de la Montérégie dans le cadre de ce programme³⁴. Cela permettra d'accroître la rapidité, l'équité et l'harmonisation dans le traitement des demandes, notamment grâce à l'utilisation de descriptions de postes types.

DES LÉSIONS LIÉES AU TRAVAIL, À PROFUSION

Les données sur les lésions professionnelles, c'est-à-dire les blessures ou maladies déclarées et indemnisées par la CSST, sous-estiment le fardeau réel des lésions subies par les travailleurs³⁵.

Malgré tout, en 2012, la CSST dénombre 13 275 nouvelles lésions professionnelles chez des personnes travaillant en Montérégie. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la surdité associée au travail représentent près de 40 % de ces lésions. Or, il existe des interventions réalistes et efficaces pour prévenir les maladies reliées au travail.

Grâce à leurs expertises, les intervenants des équipes du RSPSAT soutiennent activement les employeurs dans la recherche de solutions efficaces pour l'élimination ou la réduction de l'exposition des travailleurs aux divers facteurs de risques et aux contaminants susceptibles de nuire à la santé des travailleurs de la région. Notons que la Montérégie arrive en première position au Québec pour le nombre de cas de surdité professionnelle déclarés et indemnisés (773 cas)^{xxxix}.

De nombreux travailleurs en Montérégie voient leur santé affectée par leurs conditions de travail. Il reste encore beaucoup à faire afin d'offrir aux travailleurs un environnement de travail sain et sécuritaire et des interventions efficaces existent.

Les équipes du réseau de la santé publique en santé au travail contribuent chaque année à assainir les milieux de travail grâce à leurs interventions auprès des employeurs et des travailleurs.

³¹ En vertu d'une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), le réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) offre des services aux établissements visés par le Règlement sur le programme de prévention (S-2.1, r.10). Seuls les milieux de travail de trois groupes parmi les six groupes prioritaires sont visés par ce règlement.

³² Entreprise comptant entre 1 et 99 travailleurs.

³³ En accord avec la CSST, ces données excluent les milieux de travail du secteur « Bâtiments et travaux publics » en raison de difficultés d'intervention dans ces milieux.

³⁴ En Montérégie, cinq équipes desservent les 11 CISSS pour les services du RSPSAT.

³⁵ Ces données ne tiennent pas compte des lésions non déclarées par les travailleurs ou de celles n'ayant entraîné aucun coût pour la CSST.

Enfin, la santé publique investigate tous les cas de maladie à déclaration obligatoire (MADO) d'origine professionnelle, quel que soit le milieu de travail concerné. En 2013, près des trois quarts de ces MADO concernent des intoxications au plomb. Les atteintes pulmonaires arrivent au second rang avec 77 cas déclarés, dont 50 liées à l'amiante^{xxx}.

DES MILLIERS DE TRAVAILLEURS À RISQUE

Évidemment, les dangers en milieu de travail varient selon les particularités de celui-ci. Malgré tout, de nombreux travailleurs se trouvent confrontés à certains risques, souvent évitables. En 2008, près d'un travailleur sur dix en Montérégie se dit exposé à un bruit intense au travail, soit environ 48 000 travailleurs³⁶. Cela accroît la probabilité de souffrir d'une surdité professionnelle. De plus, le quart des travailleurs en Montérégie subissent un niveau élevé de contraintes physiques au travail; cela correspond à 136 100 travailleurs^{36, xxxv}. Ces conditions augmentent la probabilité d'être atteint d'un trouble musculo-squelettique.

DES EXPOSITIONS INQUIÉTANTES

Bien que le Règlement sur la santé et la sécurité au travail (RSST) précise les normes à respecter en milieu de travail, les interventions du RSPSAT mettent en lumière des situations inquiétantes chaque année. Par exemple, en 2014, 11 % des mesures effectuées pour des contaminants chimiques dans certains milieux de travail dépassent la norme correspondante dans le RSST. La même année, les équipes du RSPSAT ont démontré qu'un peu plus de 800 travailleurs demeurent exposés à des substances chimiques réputées cancérigènes ou toxiques pour le cerveau, les poumons ou l'audition, et cette exposition dépasse la norme du RSST pour 15 % d'entre eux^{xxxviii}.

Malgré le large éventail d'interventions disponibles permettant de réduire l'exposition quotidienne des travailleurs au bruit, celle-ci atteint ou dépasse 90 dBA³⁷ dans 42 % des 292 milieux où le niveau de bruit a été évalué à au moins un poste de travail en 2014^{xxxviii}. Or, la relation entre l'exposition à un niveau nocif de bruit et le risque de surdité est bien connue. En somme, le soutien du RSPSAT aux milieux de travail s'avère encore aujourd'hui essentiel pour prévenir les problèmes de santé associés au travail.

³⁶ Travailleurs de 15 ans et plus.

³⁷ Le seuil d'intervention préventif établi par le Regroupement des médecins en santé au travail de la Montérégie correspond à un niveau d'exposition de 85 dBA. Les niveaux de bruit supérieurs à cette limite sont jugés potentiellement nocifs pour l'audition des travailleurs.

Conclusion

Dans le cadre de sa responsabilité populationnelle, chaque CISSS est invité à organiser les services du réseau de la santé afin d'améliorer la santé de la population de son territoire. Ce faisant, il faudra relever les défis posés par la croissance démographique et le vieillissement de la population, la hausse du fardeau associé aux maladies chroniques ainsi que les besoins en matière de santé mentale.

Une attention particulière devra également être accordée aux actions favorisant le développement optimal des enfants et des jeunes. Cela nécessitera d'adapter l'organisation des services du réseau afin de tirer le meilleur parti des précieuses ressources qui y œuvrent. La réduction des inégalités sociales de santé devra également figurer parmi les préoccupations du CISSS dans l'organisation de ses services.

Il est illusoire d'espérer relever ces défis sans accorder une importance capitale à la prévention à l'échelle populationnelle. Celle-ci devra occuper une place de choix parmi les actions du CISSS, afin de contribuer à alléger la pression qui s'exercera sur le réseau. L'offre de services en santé publique aura avantage à miser sur les actions visant à rendre les milieux de vie plus favorables à la santé. Pour y parvenir, le soutien à l'action intersectorielle s'avérera incontournable. Les actions visant à soutenir l'adoption de saines habitudes de vie et des comportements préventifs figureront aussi parmi les actions prioritaires. Enfin, la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants devra se doter des outils afin de pouvoir suivre le portrait de santé de la population des CISSS.

ANNEXE 1



ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES



Aspects méthodologiques

Les sources de données obtenues par le directeur de santé publique pour effectuer la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants utilisent un référentiel territorial pour décrire la population résidant sur un territoire donné.

Or, tel qu'illustré par la carte au début du document, à compter du 1er avril 2015, les dispositions législatives créant les CISSS apportent des modifications territoriales substantielles. En plus d'instaurer de nouveaux territoires (ceux des CISSS), ces dispositions changent les frontières de la région sociosanitaire de la Montérégie.

Certaines sources de données peuvent être réanalysées rapidement par l'équipe régionale de surveillance pour recréer les territoires des CISSS. C'est notamment le cas de plusieurs données démographiques, présentées au premier chapitre. Toutefois, cela ne peut être réalisé rapidement pour la plupart des sources de données, en raison de l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- ❖ Les données provenant de bases de données administratives peuvent être analysées sur la base des territoires des CISSS. Toutefois, les outils utiles pour accélérer et harmoniser l'analyse des données, notamment le portail de l'Infocentre géré par l'Institut national de santé publique (INSPQ), n'offrent pas pour l'instant le découpage par CISSS. Des travaux pour remédier à cette situation seront vraisemblablement faits prochainement.
- ❖ Certaines bases de données provenant d'enquêtes de santé récurrentes ne sont actuellement pas conçues pour fournir des données à une échelle territoriale plus petite que celle de la Montérégie. La disponibilité d'une donnée par CISSS pour les cycles d'enquêtes à venir n'est pas connue. Il est important de rappeler que la donnée montérégienne disponible actuellement considère les territoires des RLS de la Haute-Yamaska et La Pommeraie.
- ❖ Les bases de données provenant de certaines enquêtes comportant des données par RLS ne peuvent pas, pour l'instant, être analysées par CISSS. En effet, en raison des stratégies d'échantillonnage et de pondération inhérentes à ces enquêtes, des analyses supplémentaires doivent d'abord être menées par l'Institut de la statistique du Québec avant de pouvoir procéder à l'analyse des données par territoire de CISSS.

ANNEXE 2



PROFIL SYNTHÉTIQUE



CISSS de la Montérégie-Centre

LÉGENDE :

- SITUATION MOINS VULNÉRABLE
- SITUATION COMPARABLE
- SITUATION PLUS VULNÉRABLE
- nd DONNÉE NON DISPONIBLE

* SAUF EXCEPTION, UNE SITUATION EST INDIQUÉE COMME PLUS VULNÉRABLE LORSQUE LE TAUX OU LA PROPORTION DANS LE RLS/CLSC EST PLUS ÉLEVÉE QUE CELLE OBSERVÉE DANS LE TERRITOIRE DE COMPARAISON (MONTÉRÉGIE OU QUÉBEC).

RLS de Champlain	CLSC Saint-Hubert	CLSC Samuel-I-de-Champlain	RLS du Haut-Richelieu-Rouville	CLSC de la Vallée-des-Forts	CLSC du Richelieu
------------------	-------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------------

1. CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

- Plus de 396 000 personnes en 2014
- 4 189 naissances vivantes en 2011
- 10 % de la population vit en milieu rural
- Accroissement de la population entre 2004 et 2014 semblable à celui de la Montérégie
- La répartition selon l'âge de la population est relativement semblable à celle de la Montérégie
- Le vieillissement de la population se produit moins rapidement qu'en Montérégie

2. CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES ET CULTURELLES

(comparé à la Montérégie)

Proportion de familles monoparentales (ayant au moins un enfant de 0 à 17 ans)	●					
Proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu après impôt (SFR)	●	●	●	●	●	●
Proportion de la population occupant un emploi (taux d'emploi, 15 ans et plus)	●	●				
Proportion de la population sans certificat, diplôme ou grade (25 ans et plus)	●	●	●	●	●	●
Proportion de la population d'expression anglaise (première langue officielle parlée)	●	●	●	●	●	●
Proportion de la population immigrante	●	●	●	●	●	●

3. ENVIRONNEMENT SOCIAL

(comparé au Québec)

Proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement	●					
Taux de nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse	●	●	●	●	●	●
Taux de signalements retenus chez les jeunes de 0 à 17 ans	●	●	●	●	●	●
Proportion de la population âgée de 75 ans et plus vivant seule en ménage privé	●	●	●	●	●	●
Proportion de la population âgée de 75 ans et plus vivant dans un établissement de soins de santé	●	●	●	●	●	●

4. HABITUDES DE VIE, FACTEURS DE RISQUE (18 ans et plus)

(comparé à la Montérégie)

Proportion de fumeurs actuels (réguliers ou occasionnels)	●	nd	nd	●	nd	nd
Proportion de la population consommant moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour	●	nd	nd	●	nd	nd
Proportion de la population pratiquant une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine	●	nd	nd	●	nd	nd
Proportion de la population faisant de l'embonpoint	●	nd	nd	●	nd	nd
Proportion de la population avec obésité	●	nd	nd	●	nd	nd

5. SERVICES DE SANTÉ

(comparé au Québec)

Proportion de la population ayant un médecin de famille (15 ans et plus) derniers mois (15 ans et plus)	●	nd	nd	●	nd	nd
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires	●	●	●	●	●	●
Taux ajusté de mortalité évitable	●	●	●	●	●	●

CISSS de la Montérégie-Centre

LÉGENDE :

- SITUATION MOINS VULNÉRABLE
- SITUATION COMPARABLE
- SITUATION PLUS VULNÉRABLE
- nd DONNÉE NON DISPONIBLE

* SAUF EXCEPTION, UNE SITUATION EST INDIQUÉE COMME PLUS VULNÉRABLE LORSQUE LE TAUX OU LA PROPORTION DANS LE RLS/CLSC EST PLUS ÉLEVÉE QUE CELLE OBSERVÉE DANS LE TERRITOIRE DE COMPARAISON (MONTÉRÉGIE OU QUÉBEC).

RLS de Champlain	CLSC Saint-Hubert	CLSC Samuel-de-Champlain	RLS du Haut-Richelieu-Rouville	CLSC de la Vallée-des-Forts	CLSC du Richelieu
------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------------

6. SANTÉ DES MÈRES ET DES BÉBÉS		<i>(comparé au Québec)</i>				
Proportion de nouveau-nés prématurés (moins de 37 semaines)		●	●	●	●	●
Proportion de nouveau-nés de faible poids pour l'âge gestationnel		●	●	●	●	●
Proportion de nouveau-nés ayant une mère faiblement scolarisée (10 ans et moins de scolarité)		●	●	●	●	●
Proportion de nouveau-nés ayant une mère âgée de moins de 20 ans		●	●	●	●	●
Taux d'allaitement exclusif à la naissance		●	nd	nd	●	nd
7. ÉTAT DE SANTÉ		<i>(comparé au Québec)</i>				
Espérance de vie à la naissance		●	●	●	●	●
Proportion de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité		●	nd	nd	●	nd
Prévalence du diabète (20 ans et plus)		●	●	●	●	●
Prévalence de l'hypertension artérielle (20 ans et plus)		●	●	●	●	●
Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée (tous les diagnostics)		●	●	●	●	●
Cancer						
- Taux d'incidence du cancer		●	●	●	●	●
- Taux d'incidence du cancer du poumon		●	●	●	●	●
- Taux d'incidence du cancer colorectal		●	●	●	●	●
- Taux d'incidence du cancer du sein		●	●	●	●	●
- Taux d'incidence du cancer de la prostate		●	●	●	●	●
- Taux d'hospitalisation pour l'ensemble des tumeurs		●	●	●	●	●
- Taux de mortalité par tumeurs malignes		●	●	●	●	●
Maladies de l'appareil circulatoire						
- Taux d'hospitalisation		●	●	●	●	●
- Taux de mortalité		●	●	●	●	●
Maladies de l'appareil respiratoire						
- Taux d'hospitalisation		●	●	●	●	●
- Taux de mortalité		●	●	●	●	●
Traumatismes non intentionnels						
- Taux d'hospitalisation		●	●	●	●	●
- Taux de mortalité		●	●	●	●	●
8. SANTÉ MENTALE/PSYCHOSOCIALE		<i>(comparé au Québec)</i>				
Taux de mortalité par suicide		●	●	●	●	●
Prévalence des troubles mentaux (1 an et plus)		●	●	●	●	●
- Prévalence des troubles anxio-dépressifs (1 an et plus)		●	●	●	●	●

Sources de données

- i Institut de la statistique du Québec, Estimation de la population.
- ii ISQ, exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et Statistique Canada, Estimations Démographiques (2001-2002 à 2012-2013 : série de février 2014).
- iii Institut de la statistique du Québec, Projection de la population à partir du recensement 2011.
- iv Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.
- v Statistique Canada, Recensement de 2011.
- vi MSSS, Fichier des décès; MSSS, Estimation et projection démographique version 2011; MSSS, Fichier des naissances; Statistique Canada, recensement de 2001 et 2006.
- vii Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010.
- viii MSSS, Fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO).
- ix Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV), 2010-2011.
- x INSPQ, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ).
- xi SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009.
- xii Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, Étude longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS), 2008-2010.
- xiii Fichier des tumeurs du Québec.
- xiv MSSS, Fichier des décès.
- xv Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005, 2011-2012.
- xvi Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2011-2012.
- xvii Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2007-2008, 2011-2012.
- xviii Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé, 1987; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005, 2011-2012.
- xix INSPQ, Système d'information du PQDCS (Si-PQDCS); RAMQ, Fichier des personnes assurées (FIPA).
- xx MSSS, Fichier des naissances.
- xxi RAMQ, Banque provinciale I-CLSC – Alimentation de l'enfant.
- xxii Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM), 2012.
- xxiii Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, DSID, Portail informationnel, système Charlemagne, données au 2014-01-23.
- xxiv Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011.
- xxv Centre Jeunesse de la Montérégie.
- xxvi Direction de la santé publique, Compilation effectuée par l'équipe Surveillance de l'état de santé de la population à partir de sources de données multiples, 2011.
- xxvii RAMQ, Banque jumelée (services médicaux, I-CLSC, MED-ECHO), 2006-2007 à 2008-2009.
- xxviii MSSS, Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).
- xxix Direction de la santé publique, Secteur des Maladies transmissibles, 2014.
- xxx INSPQ, Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 et 2 ans au Québec en 2012.
- xxxi INSPQ, Portail Si-SPIN, Surveillance des éclosions régionales d'ERV, données extraites le 2014-05-15.
- xxxii Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, Programme de la surveillance de la qualité de l'air (PSQA).
- xxxiii Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques, Inventaire québécois des émissions atmosphériques (IQÉA).
- xxxiv Environnement Canada, Inventaire national des rejets polluants.
- xxxv Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008.
- xxxvi Ouranos, site Internet [http://www.ouranos.ca/media/publication/34 Rapport Garneau sante 2006.pdf](http://www.ouranos.ca/media/publication/34_Rapport_Garneau_sante_2006.pdf), consulté le 18 décembre 2014.
- xxxvii Centre d'enseignement et de recherche en foresterie de Sainte-Foy inc. (CERFO).
- xxxviii DSP Montérégie, Système d'information en santé au travail (SISAT).
- xxxix CSST, Fichier des lésions professionnelles.