# POINT DE MIRE SUR LA SANTÉ DES MONTÉRÉGIENS : *pour cadrer l'action*

RAPPORT de la directrice de santé publique 2008

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec

Direction de santé publique

**Une publication de la Direction de santé publique**
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Sous la direction de**
Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique
Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, l'évaluation et la recherche

**Rédaction et coordination des travaux**
Manon Blackburn, M.D., M. Sc., FRCPC, Direction de santé publique

**Comité de soutien à la rédaction**
Francis Belzile, CSSS de Sorel-Tracy
Ginette Lafontaine, Direction de santé publique
Aimé Lebeau, Direction de santé publique
François Simard, Secrétariat général – Direction des affaires administratives, des communications et de la qualité

**Révision linguistique**
Joanne Gagnier

**Secrétariat et mise en page**
Francine Savard

**Conception graphique – infographie**
Prétexte Communications

**Production et diffusion**
François Simard

Citation suggérée : Direction de santé publique de la Montérégie (2008). *Rapport de la directrice de santé publique 2008. Point de mire sur la santé des Montérégiens : pour cadrer l'action.* Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 84 p.

REPRODUCTION AUTORISÉE À DES FINS NON COMMERCIALES AVEC MENTION DE LA SOURCE.
POUR OBTENIR UNE COPIE DE CE DOCUMENT, ADRESSEZ-VOUS AU SERVICE DES RESSOURCES DOCUMENTAIRES – VENTE DE PUBLICATIONS.

**Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie**
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
450 928-6777 poste 4213

DANS CE DOCUMENT, LE GÉNÉRIQUE MASCULIN EST UTILISÉ SANS INTENTION DISCRIMINATOIRE ET UNIQUEMENT DANS LE BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

Document déposé à Santécom (www.santecom.qc.ca)
Dépôt légal – 2e trimestre 2008
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN (version imprimée) : 978-2-89342-409-5
ISBN (pdf) : 978-2-89342-410-1

AVRIL 2008

## MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

C'est avec plaisir que je vous invite à la lecture de ce quatrième rapport de la directrice de santé publique portant sur l'état de santé de la population de la Montérégie. Ce rapport se démarque des précédents à bien des égards. Alors que les derniers analysaient en profondeur un sujet particulier, celui-ci aborde succinctement 11 thèmes, tels que les maladies chroniques, infectieuses ou la santé mentale, et attire plus particulièrement votre attention sur des groupes d'individus (ex. : personnes âgées). Il expose, en quelque sorte, un extrait de l'album de famille de la population montérégienne à partir de certaines photographies plutôt éloquentes. De plus, contrairement aux rapports précédents, il ne présente ni recommandations ni engagements de la Direction de santé publique. Par contre, il réaffirme l'importance de garder le cap sur une approche de l'état de santé de l'ensemble de la population et illustre quelques-unes des pistes d'interventions à considérer dans cette perspective.

Les particularités de ce rapport découlent des objectifs qu'il poursuit. Il se veut tout d'abord un outil pour la planification régionale et locale, tant dans le cadre de la révision du Plan d'action régional et des Plans d'action locaux en santé publique que dans l'élaboration du projet clinique de chaque centre de santé et de services sociaux. Les décideurs et professionnels du réseau de la santé de la Montérégie figurent donc au premier rang parmi les auditoires ciblés, suivis de près par les acteurs intersectoriels, car leur contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population est déterminante. Dans ce sens, il vise à promouvoir et à soutenir les interventions élaborées par les divers partenaires intersectoriels, tant locaux que régionaux.

Je vous invite donc à consulter ce sommaire de l'état de santé des Montérégiens et, par la même occasion, vous encourage à prendre part activement à l'amélioration de celle-ci.

**Jocelyne Sauvé, M.D.**

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les membres du secteur Surveillance de l'état de santé de la population de la Direction de santé publique de la Montérégie, car ils ont grandement contribué à l'élaboration de ce rapport.

Nos remerciements s'adressent également à tous les collègues des équipes de la Direction de santé publique qui, par leurs commentaires et expertises, ont permis de bonifier le contenu du rapport.

Un merci tout particulier à : monsieur Francis Belzile, directeur du programme local de santé publique du CSSS de Sorel-Tracy; madame Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, l'évaluation et la recherche à la Direction de la santé publique; monsieur Aimé Lebeau, coordonnateur du secteur Surveillance de l'état de santé de la population à la même direction; monsieur François Simard, agent d'information à l'Agence, de même qu'à tous les membres du comité de coordination de la Direction de santé publique, puisque leur apport a facilité l'orientation du document et contribué à en rehausser la qualité.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance aux personnes suivantes pour le temps qu'elles ont consacré à la lecture de ce document afin de nous transmettre leurs judicieux commentaires.

Madame Carole De Gagné
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec

Madame Anne-Marie Dionne
Conférence régionale des élus de Longueuil

Monsieur Mathieu Forgues
Conférence régionale des élus de Longueuil

Monsieur Pierre-Paul Gareau
CSSS de Sorel-Tracy

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| **ADS** | Analyse différenciée selon les sexes |
| **Agence** | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie |
| **CLSC** | Centre local de services communautaires |
| **CPE** | Centre de la petite enfance |
| **CRE** | Conférence régionale des élus |
| **CS** | Commission scolaire |
| **CSSS** | Centre de santé et de services sociaux |
| **CSST** | Commission de la santé et de la sécurité du travail |
| **DACD** | Diarrhée associée au *Clostridium difficile* |
| **DSP** | Direction de santé publique |
| **ESCC** | Enquête sur la santé des collectivités canadiennes |
| **GES** | Gaz à effet de serre |
| **IMC** | Indice de masse corporelle |
| **INRP** | Inventaire national des rejets polluants |
| **INSPQ** | Institut national de santé publique du Québec |
| **ISQ** | Institut de la statistique du Québec |
| **ITS** | Infection transmissible sexuellement |
| **ITSS** | Infection transmissible sexuellement et par le sang |
| **MADO** | Maladie à déclaration obligatoire |
| **MELS** | Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport |
| **MESS** | Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale |
| **MRC** | Municipalité régionale de comté |
| **MSSS** | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| **PCI** | Prévention et contrôle des infections |
| **PCP** | Pratique clinique préventive |
| **RAMQ** | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| **RLS** | Réseau local de services de santé et de services sociaux |
| **SAAQ** | Société de l'assurance automobile du Québec |
| **SARM** | *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline |
| **SRAS** | Syndrome respiratoire aigu sévère |
| **SIPPE** | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance |

**INTRODUCTION** **8**

**SI LA TENDANCE SE MAINTIENT… PLUS NOMBREUX À VIVRE PLUS VIEUX** **11**

Vivre plus longtemps : en soi une bonne nouvelle 11

Des retombées avec lesquelles il faudra composer 12

Espérance de vie : des écarts locaux surprenants 13

**CONTRER LES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES : DANS L'INTÉRÊT DE TOUTE LA COMMUNAUTÉ** **15**

Les multiples visages de la précarité socio-économique 15

Derrière la façade régionale, les particularités locales 17

Revenus et santé : inévitablement liés 18

**L'ENFANCE ET LA JEUNESSE : PREMIERS JALONS D'UNE GRANDE EXPÉDITION** **21**

Prendre un bon départ 21

Trop tôt pour escalader des montagnes 25

**LES TRAUMATISMES N'ARRIVENT PAS PAR HASARD** **30**

Traumatismes routiers : reprendre la bonne voie 30

**MALADIES CHRONIQUES : VOIR LA FORÊT DERRIÈRE L'ARBRE, UN DÉFI DE TAILLE!** **35**

Des problèmes de santé bien différents, des impacts toujours présents 35

Moderniser les modèles de prise en charge : une nécessité 36

Prévenir avant que le fardeau ne soit trop lourd 37

Derrière les individus, des environnements influents 39

**SANTÉ MENTALE ET PSYCHOLOGIQUE : UNE DOULEUR BIEN RÉELLE** **43**

Des milliers à en souffrir, plus d'une centaine à en mourir 43

Prévenir des situations difficiles 43

Obtenir de l'aide : un parcours jonché d'obstacles 46

**POUR QU'« ANNÉES » RIME AVEC « SANTÉ »** **49**

Tenir compte des incapacités chez les aînés 49

Prévenir et soutenir : des incontournables 51

Des aînés particulièrement vulnérables 53

**UNIQUE EN SON GENRE : LA SANTÉ AU MASCULIN ET AU FÉMININ** **55**

Davantage de femmes vivent sous le seuil de faible revenu, mais… 55

Problèmes de santé : davantage chez les femmes, mais… 57

Les hommes meurent davantage de certaines causes, mais… 58

Explorer et s'adapter à leurs particularités 59

**MALADIES TRANSMISSIBLES : ENCORE DE BELLES BATAILLES À LIVRER!** **61**

La lutte commence par la réduction de la transmission 61

Infections transmissibles sexuellement : urgent de remobiliser les troupes! 62

La vaccination : une alliée primordiale 63

Se préparer à l'inévitable 64

**DES RISQUES DU MÉTIER TROP ÉLEVÉS** **66**

Une distinction régionale bien peu enviable 66

Conjuguer « travail » et « santé » : rien de sorcier 68

**LA QUALITÉ DE L'AIR ET DE L'EAU PRISE D'ASSAUT** **72**

Qualité de l'air extérieur : matière à susciter de vives inquiétudes 72

La qualité de l'eau : ça ne coule pas de source… 75

**CONCLUSION** **78**

**RÉFÉRENCES** **80**

> La santé est le plus précieux des trésors et le plus facile à perdre; [...].
>
> **CHAUVOT DE BEAUCHÊNE**

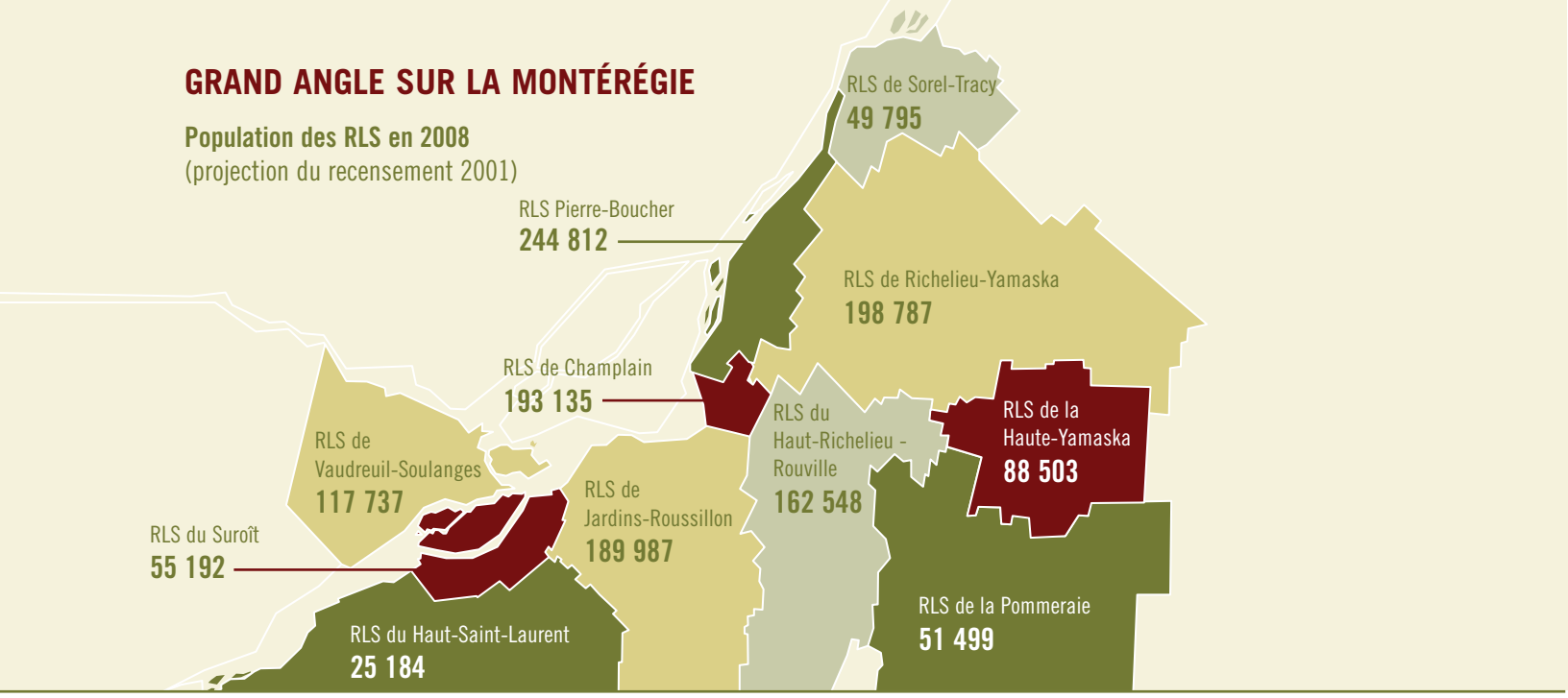
Peu de sujets font autant l'unanimité que l'importance d'un bon état de santé. Bien davantage que l'absence de maladie ou qu'un état de bien-être, la santé facilite la réalisation des aspirations de chaque individu; elle est donc une précieuse ressource individuelle. Or, l'être humain ne vit pas isolé dans une bulle de verre : il interagit chaque seconde avec son environnement social et physique. Par conséquent, ces derniers influenceront fortement son état de santé. Si le milieu de vie et, plus globalement, la société exercent une influence majeure sur l'état de santé des individus, l'inverse peut aussi être évoqué, car l'amélioration de l'état de santé d'une population tient lieu de richesse collective; elle est une ressource inestimable pour l'ensemble de la communauté.

Malheureusement, cette interdépendance est souvent reléguée au second plan derrière des préoccupations plus immédiates, tant individuelles que collectives, telles que : concilier travail, famille et saines habitudes de vie; mieux positionner l'entreprise sur le marché; planifier la réfection des infrastructures municipales avec un budget limité, et bien d'autres encore. C'est pourquoi ce rapport est une occasion pour chaque acteur, tant local que régional, de prendre conscience de l'impact de ses décisions sur l'état de santé de la population et d'identifier comment il peut agir concrètement afin de contribuer à l'améliorer et ainsi en bénéficier en retour.

Adopter une vision populationnelle de la santé et de ses déterminants permet d'en mesurer toute la complexité avec plus de justesse. C'est également un bon moyen de mieux protéger ce trésor qu'est la santé et de permettre qu'elle se bonifie davantage, et ce, au plus grand bénéfice de toute la communauté. C'est dans cette perspective que ce rapport met en évidence non seulement la pertinence d'une approche populationnelle dans la planification, mais également les principaux axes autour desquels elle devrait s'articuler. En ce sens, il s'inscrit dans le soutien que la Direction de santé publique (DSP) souhaite apporter aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montérégie et dans sa volonté de contribuer de manière significative à leur travail ainsi qu'à celui de leurs partenaires.

Avant de commencer la lecture de ce rapport, quelques précisions s'imposent. Tout d'abord, bien qu'il soit publié en 2008, les données qui y sont présentées ne se rapportent pas à cette année. En effet, l'année correspondant aux données les plus récentes varie selon la source des données, selon leur fréquence de diffusion de même que des délais préalables à leur mise en disponibilité. Par exemple, le rapport ne contient pas de données du recensement 2006, car les résultats des analyses, notamment par territoire de réseau local de santé et de services sociaux (RLS), ne sont généralement divulgés qu'environ deux ans après la collecte des données. Ainsi, la plupart des résultats validés n'étaient pas encore disponibles au moment d'écrire ces lignes.

Le lecteur prendra également note que des informations relatives à la population québécoise ou canadienne ont parfois été utilisées lorsque nécessaire. Des données par RLS et par territoire de mission de centre local de services communautaires (CLSC) sont aussi fréquemment présentées. Lorsqu'un de ces territoires se distingue significativement d'un point de vue statistique, une note à cet effet l'indique au bas du tableau, du graphique ou dans le texte qui s'y rapporte. L'absence d'une telle mention signifie qu'aucun territoire ne se distingue ou qu'aucune comparaison statistique n'a été réalisée. Afin de faciliter la lecture, les données ont été arrondies à l'unité. Enfin, l'analyse de chaque thème est autonome et possède sa propre structure. Si certains concepts apparaissent dans plusieurs thèmes, cela témoigne de leur apport à diverses facettes de l'état de santé et, par conséquent, de l'intérêt de s'y attarder.




## Une population à nulle autre pareille

- Deuxième région la plus populeuse du Québec (environ 1 370 000 personnes en 2008)
- Terre d'accueil de nombreux immigrants (6 % de la population)
- Abrite 2 territoires autochtones (Kahnawake et une partie d'Akwesasne)

## Un paysage unique

- Mosaïque de localités rurales et de zones fortement urbanisées
- Un territoire utilisé à diverses fins : résidentielle, agricole et industrielle

## De nombreux et dynamiques acteurs intersectoriels

- 179 municipalités
- 3 conférences régionales des élus (CRE)
- 14 municipalités régionales de comtés (MRC) et 1 territoire équivalent (Longueuil)
- 4 directions régionales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)
- Près de 500 organismes communautaires et bénévoles liés au réseau de la santé
- Plus de 250 centres de la petite enfance (CPE) et une centaine d'autres milieux de garde en petite enfance
- Environ 480 établissements scolaires
- 11 centres de santé et de services sociaux (CSSS)
- 7 établissements de santé à vocation régionale ou sous-régionale
- et encore bien davantage…

… tous au service d'une population rassemblée au sein de 11 RLS. Ensemble, que peuvent-ils accomplir pour améliorer la santé des Montérégiens?

**Bien malin qui peut prédire l'avenir. Sans avoir cette prétention, l'évolution de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies permet de dégager quelques tendances sur ce que nous réservent les prochaines années. Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie à la naissance s'est améliorée et cela témoigne du succès des réalisations en santé publique ainsi que des progrès accomplis dans le traitement de nombreuses maladies. Cette longévité modifie toutefois profondément la réalité démographique et sanitaire, soulignant l'importance de s'adapter au vieillissement de la population et de réduire les écarts entre les sous-groupes. Ce double défi interpelle tous les secteurs de la société, car rendre les environnements plus favorables à la santé et améliorer les conditions de vie constituent des pistes de solutions qui sont encore d'actualité.**

## Vivre plus longtemps : en soi une bonne nouvelle

L'espérance de vie à la naissance continue de croître à un rythme assez régulier. Entre 1985-1989 et 2000-2003, soit environ 20 ans, l'espérance de vie en Montérégie a augmenté d'un peu plus de 3 ans, passant de 76 ans à un peu moins de 80 ans. Semblable à celle observée au Québec, cette croissance indique que, globalement, l'état de santé des Montérégiens tend à s'améliorer. Parmi les facteurs ayant contribué à cet état de situation, on remarque les meilleures conditions de vie et d'hygiène publique, les soins prénataux et périnataux de même que la vaccination. Il faut également noter que d'importantes percées, comme le développement des antibiotiques, et, plus récemment, de nouvelles technologies, ont permis de prolonger la survie de personnes atteintes de certaines maladies[1]. Finalement, les efforts déployés pour la prévention de traumatismes joints à ceux visant à favoriser de saines habitudes de vie se traduisent eux aussi par une longévité accrue.

> La croissance de l'espérance de vie indique que, globalement, l'état de santé des Montérégiens tend à s'améliorer.

## Des retombées avec lesquelles il faudra composer

Si les prévisions démographiques se confirment, entre 2008 et 2018, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait croître de 46 % en Montérégie, comparativement à 37 % au Québec. Cette tendance à la hausse sera ressentie dans tous les territoires locaux, bien que le nombre de personnes âgées s'accroîtra davantage dans certains d'entre eux, comme dans les RLS de Vaudreuil-Soulanges et de Pierre-Boucher.

Toutefois, l'accroissement du nombre de personnes âgées ne constitue pas forcément l'épée de Damoclès qu'on annonce parfois sur diverses tribunes. Les aînés contribuent significativement et de diverses manières à bâtir de meilleures communautés (mentorat au travail, action bénévole, soutien aux jeunes familles, etc.). Chaque génération possède ses propres caractéristiques : les *baby-boomers* pourraient devenir des aînés bien intégrés dans leur communauté, très actifs et en bonne santé. Néanmoins, le vieillissement demeure une puissante lame de fond à laquelle chaque secteur de la société devra se préparer (ex. : logement social, soutien à domicile, milieu du travail, soutien communautaire, services de santé).

### NOMBRE PROJETÉ DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS ET POURCENTAGE DE VARIATION SELON LE RLS, MONTÉRÉGIE, 2008 ET 2018

| Territoire | N^bre projeté de personnes âgées de 65 ans ou plus 2008 | 2018 | % de variation 2008-2018 |
|---|---|---|---|
| RLS du Haut-Saint-Laurent | 3 998 | 5 421 | 36 % |
| RSL du Suroît | 9 953 | 13 481 | 35 % |
| RLS de Jardins-Roussillon | 21 605 | 31 886 | 48 % |
| RLS de Champlain | 29 853 | 43 426 | 45 % |
| RLS Pierre-Boucher | 29 752 | 44 665 | 50 % |
| RLS du Haut-Richelieu–Rouville | 21 848 | 31 853 | 46 % |
| RLS de Richelieu-Yamaska | 26 420 | 38 400 | 45 % |
| RLS de Sorel-Tracy | 9 434 | 13 008 | 38 % |
| RLS de la Pommeraie | 8 819 | 12 424 | 41 % |
| RLS de la Haute-Yamaska | 12 641 | 18 737 | 48 % |
| RLS de Vaudreuil-Soulanges | 12 771 | 19 706 | 54 % |
| **Montérégie** | **187 094** | **273 007** | **46 %** |

*Source : Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003, Institut de la statistique du Québec (ISQ)*[2]

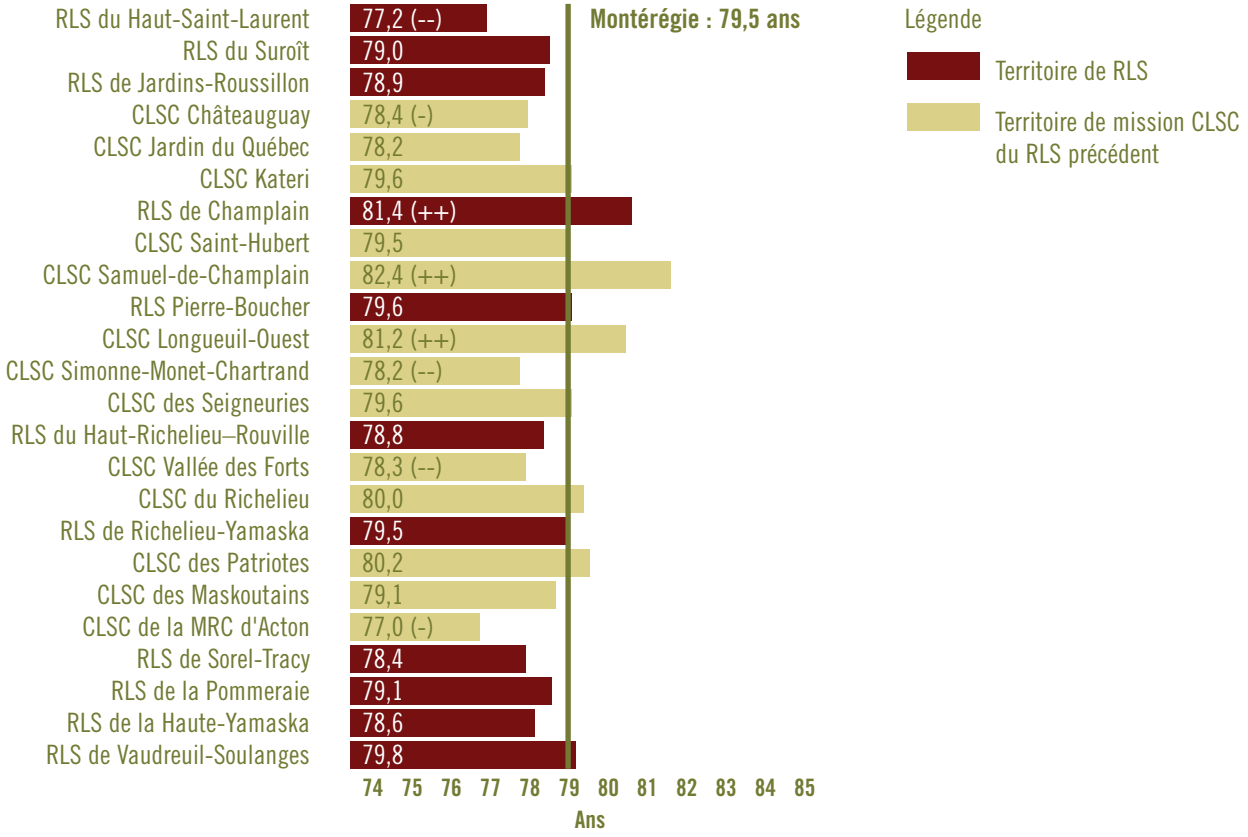
## Espérance de vie : des écarts locaux surprenants

Bien qu'à l'échelle régionale l'espérance de vie s'améliore, ce gain semble bien mal réparti sur le plan local. On remarque en effet un écart pouvant atteindre plus de 4 ans entre les divers RLS de la Montérégie. Pour ce qui est des territoires de mission CLSC, des écarts importants coexistent au sein de certains RLS, s'élevant jusqu'à environ 3 ans dans le cas des RLS Pierre-Boucher, Richelieu-Yamaska et Champlain.

La persistance des écarts au cours de la dernière décennie dans certains territoires n'a rien de rassurant. Par exemple, depuis 1995, l'espérance de vie dans le RLS du Haut-Saint-Laurent est significativement inférieure à celle du reste du Québec. Il en est de même depuis plus de 10 ans dans le territoire du CLSC Simonne-Monet-Chartrand.

L'espérance de vie dans certains RLS demeure plus faible que celle du reste du Québec.

### ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE SELON LE RLS ET LE TERRITOIRE DE MISSION CLSC, MONTÉRÉGIE, 2000-2003




*(-), (+) : significativement différent du reste du Québec au seuil de 5 %*

*(--), (++) : significativement différent du reste du Québec au seuil de 1 %*

*Sources : Fichier des décès, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement de 2001, édition 2003 (ISQ)*[3]

> Les actions visant l'amélioration des conditions de vie et la création d'environnement favorables à la santé figurent parmi les plus efficaces dans une perspective populationnelle.

Quelle importance faut-il accorder à un écart de quelques années d'espérance de vie? Un tel écart indique clairement qu'il est possible d'améliorer l'état de santé de certaines populations. Dans une autre perspective, ces quelques années en moins privent la communauté d'un apport significatif en raison de l'abandon de divers rôles sociaux assumés par les individus disparus (parents, travailleurs, bénévoles, etc.). C'est en quelque sorte la perte d'une richesse collective. S'il est tout à fait approprié d'allouer diverses ressources pour allonger de quelques mois ou années la survie d'une personne à la suite du diagnostic d'une maladie grave, il est d'autant plus pertinent de s'engager à améliorer l'espérance de vie de toute une population. Pour ce faire, des actions simultanées visant les principaux déterminants de la santé peuvent contribuer à réduire ces écarts.

À l'instar des gains réalisés il y a quelques décennies, l'amélioration des conditions de vie (revenus, éducation, etc.) et la création d'environnements favorables à la santé demeurent non seulement encore nécessaires, mais restent parmi les actions les plus efficaces dans une perspective populationnelle[4-6]. L'engagement de tous les acteurs de la société à l'amélioration des déterminants de la santé (environnements social et physique, habitudes de vie, services de santé) créera les conditions nécessaires pour faire face au vieillissement de la population et réduira les écarts de santé entre les populations. Sans vouloir présumer de l'avenir, cette orientation représente, sans aucun doute, le meilleur gage de succès.

## *Pour en savoir plus. . .* VOUS TROUVEREZ :

- Davantage de données sur l'évolution de la démographie à la section « Démographie » du site Internet de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).
- Dans l'attente de mises à jour issues du recensement 2006, des projections démographiques annuelles de 2001 à 2026 pour chaque RLS et territoire de mission CLSC de la Montérégie, basées sur le recensement 2001, sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# CONTRER LES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES : *dans l'intérêt de toute la communauté*

**Le statut socio-économique exerce une influence majeure sur l'état de santé. Or, une part appréciable des Montérégiens affronte des conditions socio-économiques difficiles. Dans un contexte d'accroissement des inégalités sociales et économiques, la détérioration de la cohésion et du tissu social qui en résulte fragilise toute la communauté, et ce, au détriment de la santé de tous ses membres. Les acteurs économiques et communautaires, tant du palier local que régional, ont à cet égard une responsabilité cruciale et peuvent contribuer à réduire les inégalités, notamment par la mise en œuvre de politiques publiques saines et par le soutien au développement d'initiatives intersectorielles élaborées dans cette perspective. Par exemple, les projets visant à accroître le soutien communautaire, à créer des emplois stables et correctement rémunérés ou à améliorer les conditions de vie, de travail et de logement contribuent à diminuer les inégalités et, par le fait même, bonifient l'état de santé de l'ensemble de la communauté.**

## Les multiples visages de la précarité socio-économique

La précarité socio-économique prend différents visages au sein d'une communauté. Les prestataires de l'assistance-emploi (plus communément appelée « aide sociale ») représentent l'un de ceux-ci. Avec une allocation mensuelle moyenne de 688,71 $ en mars 2006, ces Montérégiens connaissent trop bien les tracas associés au faible revenu. À cette même période, environ 66 000 Montérégiens dépendaient de l'assistance-emploi pour subvenir à leurs besoins de base, soit 6 % de la population âgée de moins de 65 ans. La majorité d'entre elles étaient des personnes seules, mais on y retrouvait aussi des familles, incluant 5 700 enfants de 5 ans ou moins.

*Le faible revenu et les conditions de vie difficiles affligent différents groupes d'individus au sein d'une communauté et chacune est unique.*

**PROPORTION ET NOMBRE DE PERSONNES DE MOINS DE 65 ANS PRESTATAIRES DE L'ASSISTANCE-EMPLOI SELON LE RLS ET LE TERRITOIRE DE MISSION CLSC, MONTÉRÉGIE, MARS 2006p[1]**

| Territoire | Proportion ( % ) | Nbre prestataires de l'assistance-emploi |
|---|---|---|
| RLS du Haut-Saint-Laurent | 9 | 1 830 |
| RLS du Suroît | 11 | 4 937 |
| RLS de Jardins-Roussillon | 3 | 5 734 |
| CLSC Châteauguay | 4 | 2 727 |
| CLSC Jardin du Québec | 5 | 944 |
| CLSC Kateri | 2 | 2 063 |
| RLS de Champlain | 5 | 8 415 |
| CLSC Saint-Hubert | 5 | 3 415 |
| CLSC Samuel-de-Champlain | 5 | 5 000 |
| RLS Pierre-Boucher | 7 | 14 336 |
| CLSC Longueuil-Ouest | 13 | 6 974 |
| CLSC Simonne-Monet-Chartrand | 10 | 5 609 |
| CLSC des Seigneuries | 2 | 1 753 |
| RLS du Haut-Richelieu–Rouville | 6 | 8 096 |
| CLSC Vallée des Forts | 7 | 6 395 |
| CLSC du Richelieu | 4 | 1 701 |
| RLS de Richelieu-Yamaska | 4 | 7 620 |
| CLSC des Patriotes | 2 | 1 724 |
| CLSC des Maskoutains | 7 | 4 872 |
| CLSC de la MRC d'Acton | 8 | 1 024 |
| RLS de Sorel-Tracy | 12 | 4 887 |
| RLS de la Pommeraie | 6 | 2 761 |
| RLS de la Haute-Yamaska | 7 | 5 320 |
| RLS de Vaudreuil-Soulanges | 2 | 2 541 |
| **Montérégie[2]** | **6** | **66 477** |

*[1] : Ces données sont qualifiées de préliminaires, car la répartition selon le RLS ou le territoire de mission CLSC peut inclure des personnes hébergées ou ayant déménagé.*

*[2] : Le total montérégien ici présenté est supérieur à celui publié par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) pour l'année 2006 (65 534 prestataires), car il représente la sommation des nombres par RLS (données préliminaires).*

*Sources : Données du programme d'assistance-emploi (MESS) et Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ)*[3]

La précarité socio-économique touche aussi les travailleurs. Au Canada, on a estimé qu'en 2004, un employé à plein temps sur sept gagnait moins de 10 $ l'heure, et ce, même en considérant simultanément tous les emplois occupés. Parmi ces personnes, 44 % étaient le principal soutien financier de la famille[7].

Il serait possible d'esquisser de la sorte les traits de bien d'autres visages, qu'il s'agisse des aînés bénéficiaires du Supplément du revenu garanti ou des enfants vivant sous le seuil de faible revenu; ils seront détaillés dans les prochains chapitres.

En somme, le faible revenu et les conditions de vie difficiles affligent différents groupes d'individus au sein d'une même communauté, et chacune est unique. Les acteurs locaux occupent une position privilégiée pour saisir adéquatement les particularités de chaque contexte local, celui-ci pouvant se révéler singulièrement différent du portrait régional.

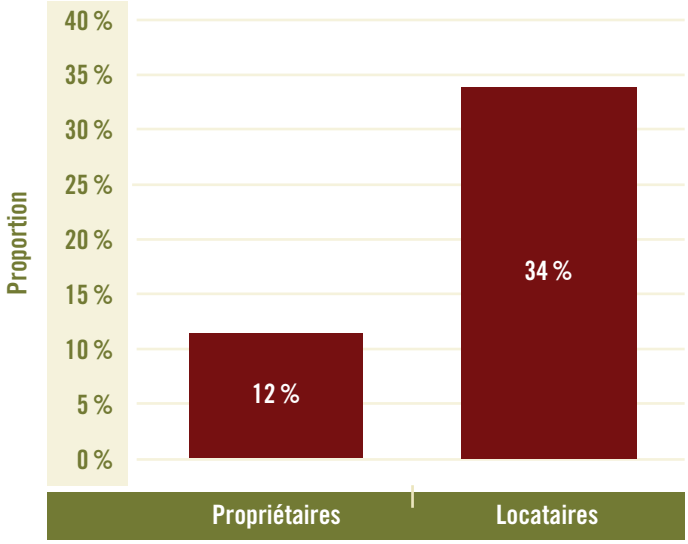
## Derrière la façade régionale, les particularités locales

À la lumière des indicateurs du marché du travail, la Montérégie présente un profil socio-économique plutôt favorable. Par exemple, le taux de chômage en 2007 s'établissait à 6 %, soit un taux très légèrement inférieur à celui du Québec (7 %) et bien en deçà de celui observé dans plusieurs autres régions, et ce, depuis au moins 10 ans. La Montérégie figure également parmi les régions du Québec où la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est la plus faible.

Ce portrait régional dissimule toutefois des réalités locales bien différentes. À titre d'exemple, en fonction de la MRC, le revenu personnel par habitant en 2005 variait d'environ 20 000 $ dans la MRC du Haut-Saint-Laurent à un peu plus de 36 000 $ dans la MRC de Lajemmeraie. En outre, en l'an 2000, la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu oscillait entre 1 % et 40 % selon les municipalités, certains RLS enregistrant des écarts importants.

La proportion de ménages consacrant 30 % ou plus de leur revenu aux coûts d'habitation permet de voir la problématique sous un autre angle. En 2001, environ un ménage sur cinq en Montérégie se trouvait dans cette situation, laquelle laisse peu de marge de manœuvre financière pour assumer les frais reliés aux autres dépenses. On observe que cette proportion est particulièrement élevée chez les locataires.

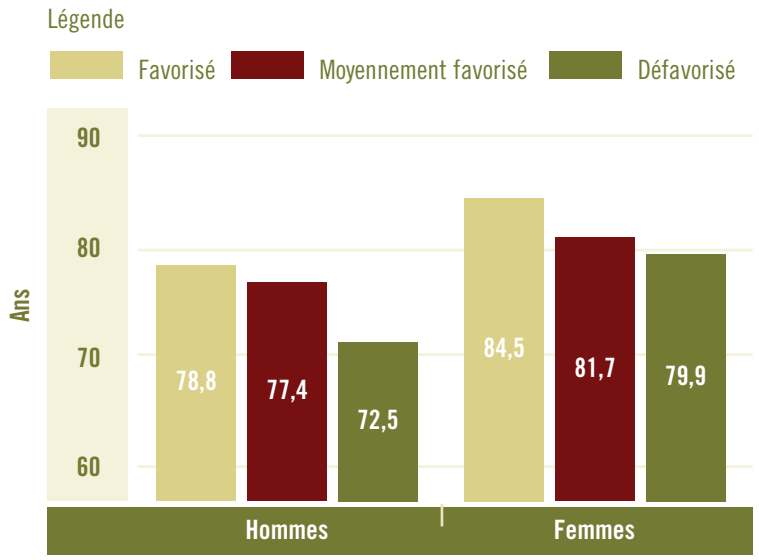
**PROPORTION DE MÉNAGES CONSACRANT 30 % OU PLUS DE LEUR REVENU AUX COÛTS D'HABITATION SELON LE TYPE DE MÉNAGE, POPULATION VIVANT EN MÉNAGES PRIVÉS†, MONTÉRÉGIE, 2001**




*† : Ménages vivant à domicile dans des logements privés*

*Source : Recensement 2001 (Statistique Canada)*[3]

**ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE SELON L'INDICE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE ET SELON LE SEXE, MONTÉRÉGIE, 2000-2003**




*Favorisé : correspond au premier quartile de défavorisation matérielle et sociale.*
*Moyennement favorisé : correspond aux 2e et 3e quartiles de défavorisation matérielle et sociale.*
*Défavorisé : correspond au dernier quartile de défavorisation matérielle et sociale.*
*Sources : Fichier des décès (MSSS) et Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ)*[2, 3]

Dans chaque communauté, les acteurs locaux sont bien positionnés pour observer de fortes disparités dans les revenus des concitoyens qui y résident. De telles situations sont susceptibles d'entraver le maintien d'une solide cohésion sociale, réduisant ainsi la participation citoyenne et le soutien communautaire[8, 9]. Or, la qualité du tissu social favorise la santé des individus de la communauté[8, 10]. La réduction des impacts des inégalités de revenus et, par conséquent, l'amélioration du soutien et de la cohésion sociale peuvent donc profiter à tous les membres de la communauté.

## Revenus et santé : inévitablement liés

De nombreuses études ont démontré la force du lien qui existe entre le revenu et la santé : les personnes ayant un revenu plus élevé affichent généralement un meilleur état de santé[11]. À titre d'exemple, l'espérance de vie à la naissance en Montérégie est plus faible dans les localités défavorisées que dans celles plus favorisées. Ainsi, en 2000-2003, on a observé une différence de plus de 6 ans chez les hommes, tandis que l'écart se chiffre à près de 5 ans chez les femmes.

Le rapport 2007 de la directrice de santé publique de la Montérégie, intitulé *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires*, propose au lecteur intéressé une analyse plus fine du lien entre le statut socio-économique et l'état de santé en Montérégie. Rappelons simplement que le faible revenu est fréquemment associé à des conditions de vie et de travail difficiles (logement insalubre ou surpeuplé, insécurité alimentaire, emplois à risque de blessures, etc.) ainsi qu'à des habitudes de vie pouvant avoir des effets directs sur la santé. Cependant, la dimension psychologique de la pauvreté n'est certes pas négligeable. Le stress chronique associé aux tracas financiers ou à la dévalorisation personnelle se répercute sur la santé psychologique et mentale des individus (ex. : estime de soi, dépression, anxiété). Il peut également affecter la santé physique, et ce, indépendamment des comportements et habitudes de vie.

> L'influence du revenu sur la santé dépasse de loin la difficulté d'acquérir les biens essentiels pour se nourrir, se loger, se vêtir, se déplacer ou se soigner.

L'impact des inégalités sociales sur la santé a d'ailleurs été observé dans des communautés inégalitaires sur le plan du revenu, même si l'ensemble des individus possédait un revenu suffisant pour assurer des conditions de vie propices à la santé[11, 12].

La relation entre le revenu et la santé est bidirectionnelle, en constante interaction. Des conditions socio-économiques difficiles sont peu propices au maintien d'un bon état de santé. De même, les problèmes de santé ou les incapacités qui y sont associées peuvent freiner l'accomplissement des divers rôles sociaux (difficultés parentales, incapacité à soutenir ses proches, etc.) et ainsi réduire la capacité de chaque individu à générer des revenus et à « produire de la richesse » (absentéisme au travail, perte de productivité, etc.). C'est alors que s'amorce un engrenage pernicieux.

Bien entendu, les politiques sociales élaborées au niveau provincial ou fédéral (ex. : la fiscalité, la sécurité du revenu) influencent directement le statut socio-économique des individus et, en ce sens, elles doivent être maintenues, sinon bonifiées. D'ailleurs, les données indiquent que le système d'imposition et de transfert au Canada éprouve de plus en plus de difficultés à corriger les écarts de revenus attribuables « au marché »[13]. En effet, les inégalités de revenus après impôts se sont accrues au sein de la population canadienne au cours de la dernière décennie, tout comme les inégalités de richesse[1]. En 2005, le groupe des 20 % de familles les plus riches détenait 75 % de la richesse totale des ménages, comparativement à 73 % en 1999 et à 69 % en 1984[14].

Par ailleurs, les instances locales ont la possibilité de prendre une part active à la réduction des inégalités sociales et économiques. Les politiques publiques favorables à la santé, par exemple l'amélioration de l'accès à un logement à faible coût, représentent une voie d'action à privilégier. La planification du développement local, lorsqu'effectuée dans une perspective de réduction des inégalités, contribue aussi à bonifier l'état de santé de la communauté, entre autres en diversifiant les activités économiques locales et en visant la création d'emplois de qualité, c'est-à-dire stables et suffisamment rémunérés. Enfin, l'amélioration de la qualité des milieux de vie et le soutien social, notamment auprès de jeunes familles, s'avèrent également importants. Ainsi, en concertation avec les populations concernées et en tenant compte de leurs particularités, les initiatives locales

Les milieux locaux peuvent prendre part activement à la réduction des inégalités sociales et économiques.

[1] Dans le cadre d'une analyse de Statistique Canada, la richesse a été définie comme la différence entre la valeur du total des avoirs d'une famille et le montant total de son endettement. Les avoirs incluent notamment la valeur d'une résidence, les objets de valeur, les rentes de même que les Fonds enregistrés de revenu de retraite (FERR)[14].

méritent d'être appuyées par des acteurs régionaux, notamment par le soutien et le transfert des expertises nécessaires. Tous les acteurs économiques et sociaux (entreprises, municipalités, MRC, CRE, groupes communautaires, établissements de santé et de services sociaux, etc.) sont invités à s'impliquer, car ils détiennent plusieurs des leviers pour réduire les inégalités socio-économiques et en contrer les effets. Voilà un moyen particulièrement durable « d'investir en santé ».

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Des renseignements supplémentaires sur les indicateurs de revenu par habitant au niveau des MRC et des territoires équivalents sur le site Internet de l'ISQ.
- Des données par RLS et par municipalité sur la proportion du revenu consacrée aux coûts d'habitation sur le site Internet de la DSP de la Montérégie, sous forme cartographique.
- Des données par municipalité sur la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.
- Davantage de détails sur l'évolution des inégalités et sur la redistribution du revenu dans un rapport d'étude disponible sur le site de Statistique Canada.
- Les résultats d'une analyse sur l'évolution des inégalités de richesse au Canada sur le site Internet de Statistique Canada.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# L'ENFANCE ET LA JEUNESSE : *premiers jalons d'une grande expédition*

**L'enfance et la jeunesse constituent les premières étapes d'un parcours de vie, fascinante expédition qui réserve des moments de bonheur, mais aussi des périodes difficiles. Pour traverser ces passages plus ardus, le développement de la compétence sociale et de l'estime de soi, appuyé par des environnements sains et sécuritaires et par la réduction des inégalités sociales, représentent des stratégies gagnantes. Pour les enfants et les jeunes engagés dans des sentiers tumultueux (ex. : négligence, délinquance), des services adaptés aux besoins de chacun s'avèrent une voie d'action complémentaire et essentielle. Plusieurs chemins mènent à destination : chaque acteur de la communauté (ex. : CSSS, école, municipalité, organisme communautaire) peut contribuer à préparer les enfants et les jeunes à savourer une vie palpitante… de santé!**

## Prendre un bon départ

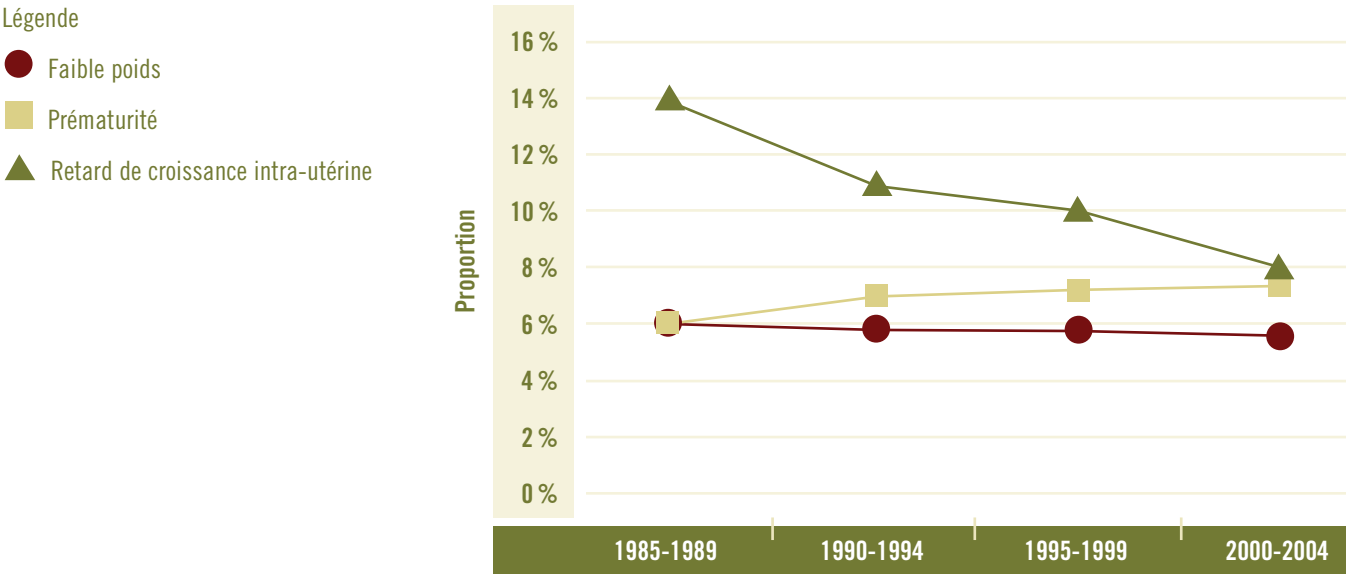
En Montérégie, au cours des 20 dernières années, on a pu constater une nette amélioration en ce qui touche la périnatalité. Par exemple, le taux de mortalité périnatale[2] a diminué de 26 % entre 1985-1989 et 2000-2004, pour s'établir à environ 7 décès par 1 000 naissances vivantes. Par contre, la proportion de nouveau-nés pesant moins de 2 500 g est demeurée relativement stable à un peu moins de 6 % entre 1985 et 2004, ce qui correspond à 746 nouveau-nés en 2005. Cette stabilité est notamment liée à la hausse des naissances prématurées[3], car pendant la même période, le retard de croissance intra-utérine[4] a connu une réduction appréciable. Plusieurs facteurs contribuent à la hausse du nombre de naissances prématurées observée en Montérégie, tout comme dans de nombreux pays industrialisés. Elle serait notamment liée à l'utilisation accrue de certaines interventions obstétricales, à l'augmentation du nombre de naissances multiples et aux changements dans l'utilisation des méthodes utilisées pour établir l'âge gestationnel (ex. : échographie)[15].

[2] Inclus les décès survenant moins de 7 jours après la naissance ainsi que les mortinaissances (naissances d'un fœtus de plus de 500 g décédé avant l'expulsion du corps de la mère).

[3] Naissances vivantes avant la fin de la 37e semaine de grossesse.

[4] Enfant vivant (excluant les grossesses multiples) dont le poids de naissance est insuffisant, c'est-à-dire inférieur au 10e percentile des courbes de référence, selon le nombre de semaines de grossesse lors de l'accouchement.

## PROPORTION ANNUELLE MOYENNE DE NAISSANCES PRÉMATURÉES, DE FAIBLE POIDS OU AYANT UN RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE, MONTÉRÉGIE, 1985-1989 À 2000-2004



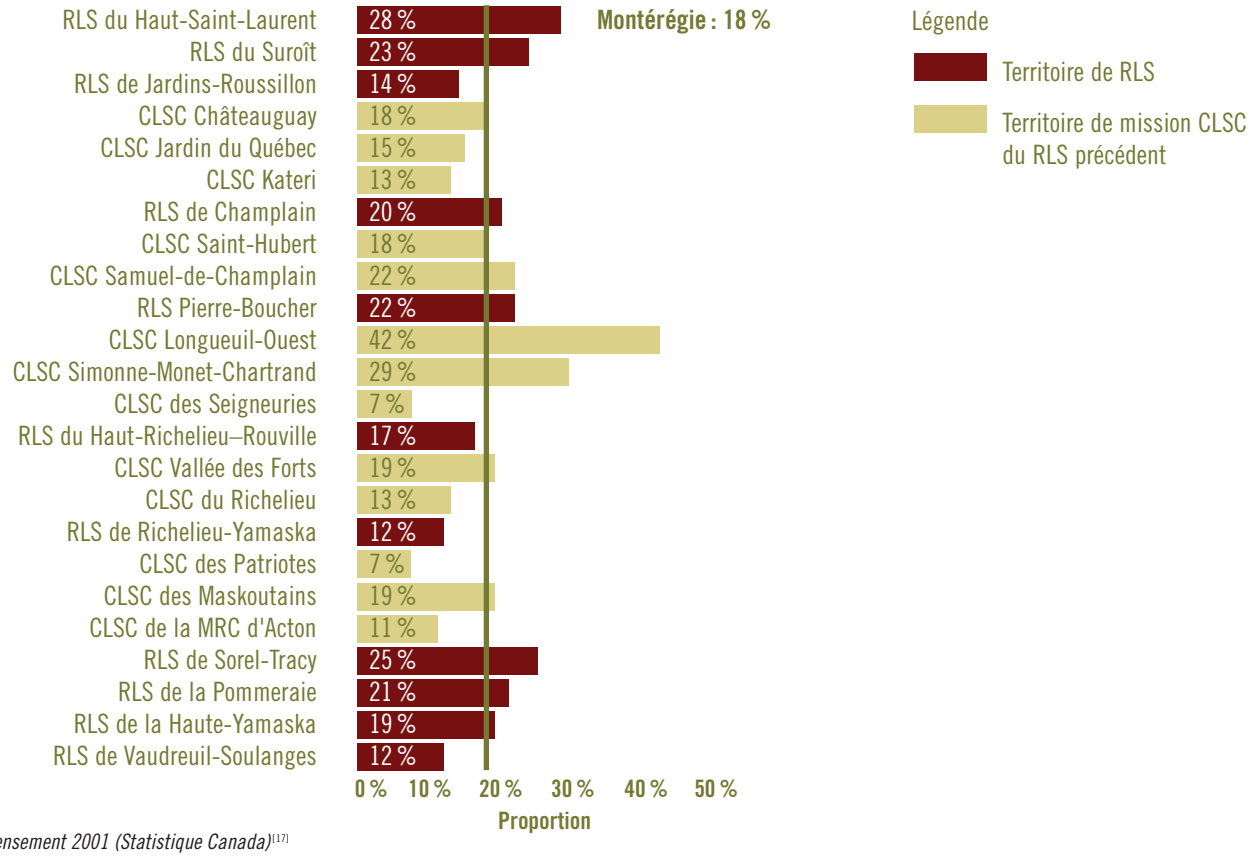

*Source : Fichier des naissances vivantes (MSSS)*[3]

> Une portion non négligeable des enfants montérégiens naissent ou grandissent en contexte de grande vulnérabilité.

De nombreux facteurs influencent le poids et l'état de santé du nouveau-né, notamment les conditions de vie. Par exemple, un faible revenu n'aide guère les parents à créer un contexte favorable à la santé durant la grossesse et la petite enfance. Même si le portrait s'est légèrement amélioré entre 1996 et 2000, au tournant du millénaire, 18 % des enfants de ≤ 5 ans vivaient toujours sous le seuil de faible revenu en Montérégie. En outre, les mères de 10 % des naissances vivantes, en Montérégie, étaient âgées de moins de 20 ans ou avaient moins de 11 ans de scolarité (c'est-à-dire n'avaient pas complété un secondaire V). Dans certains RLS, près du quart des enfants naissaient dans un tel contexte de vulnérabilité[5].

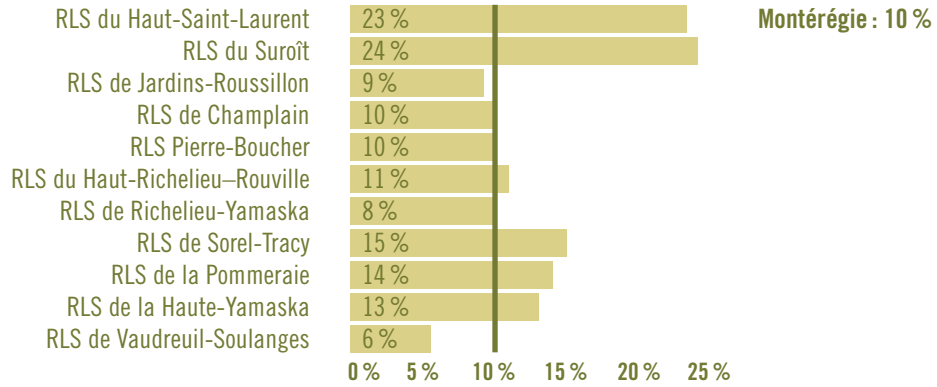
[5] Dans chaque territoire de RLS, une part plus ou moins grande des déclarations de naissances vivantes ne comporte aucun renseignement sur la scolarité maternelle. Afin de ne pas sous-estimer la proportion de naissances issues de mères ayant moins de 11 ans de scolarité parmi celles âgées ≥ 20 ans, les déclarations dont la scolarité maternelle n'est pas précisée ont été réparties, au sein de chaque territoire, selon la proportion observée de mères faiblement scolarisées et âgées ≥ 20 ans dans celui-ci.

## PROPORTION DES ENFANTS DE 0-5 ANS VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU SELON LE RLS ET LE TERRITOIRE DE MISSION CLSC, MONTÉRÉGIE, 2000



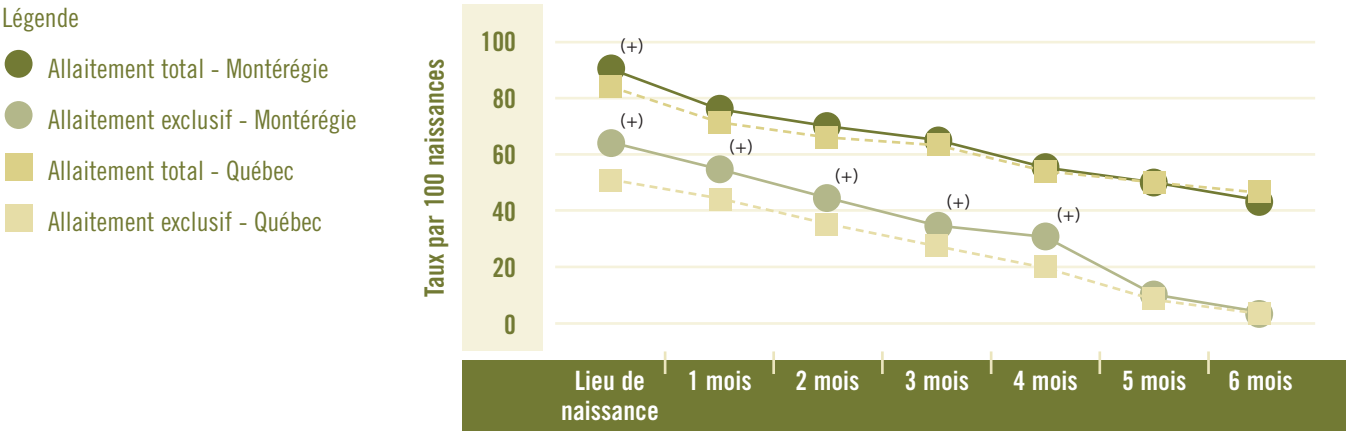

*Source : Recensement 2001 (Statistique Canada)*[17]

## PROPORTION DES NAISSANCES ISSUES DE MÈRES ÂGÉES DE MOINS DE 20 ANS OU AYANT MOINS DE 11 ANS DE SCOLARITÉ† SELON LE RLS, MONTÉRÉGIE, 2005




*† : Voir note de bas de page numéro 5, page précédente*
*Source : Fichier des naissances vivantes (MSSS)*[3]

**TAUX AJUSTÉ D'ALLAITEMENT TOTAL ET EXCLUSIF AU COURS DES 6 PREMIERS MOIS DE VIE DE L'ENFANT, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 2005-2006**




*(+) : significativement différent du reste du Québec au seuil de 5 %*
*Source : Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006 (ISQ)*[21]

Heureusement, certains impacts néfastes sur la santé associés à des conditions de vie précaires pourraient être prévenus, entre autres par l'allaitement. En effet, les hospitalisations semblent plus fréquentes chez les enfants de statut socio-économique faible, sauf s'ils ont été allaités pendant au moins 4 mois[18-20]. Bien que le taux d'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 4 mois soit significativement plus élevé en Montérégie que dans le reste du Québec, des gains peuvent toujours être réalisés puisque les objectifs provinciaux ne sont pas encore atteints[6].

Les acteurs locaux sont en mesure de contrer les effets du faible revenu et de la sous-scolarisation sur la santé des bambins. À l'aide d'interventions telles que les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ou la promotion et le soutien à l'allaitement, le réseau de la santé (ex. : CSSS, médecin et infirmière en cabinet) participe à la prévention des problèmes de santé et de développement chez les jeunes enfants. L'implication des organismes communautaires (ex. : répit-gardiennage, cuisines collectives, soutien à l'allaitement) procure aussi une aide indispensable et appréciée par les jeunes familles. Enfin, en facilitant l'accès à un logis sain, sécuritaire et abordable dans leur communauté, les municipalités fournissent un appui important à la prévention de plusieurs problèmes de santé chez les jeunes enfants, notamment l'asthme, les allergies et les blessures. Les acteurs locaux disposent donc de multiples occasions d'aider les enfants à prendre un bon départ.

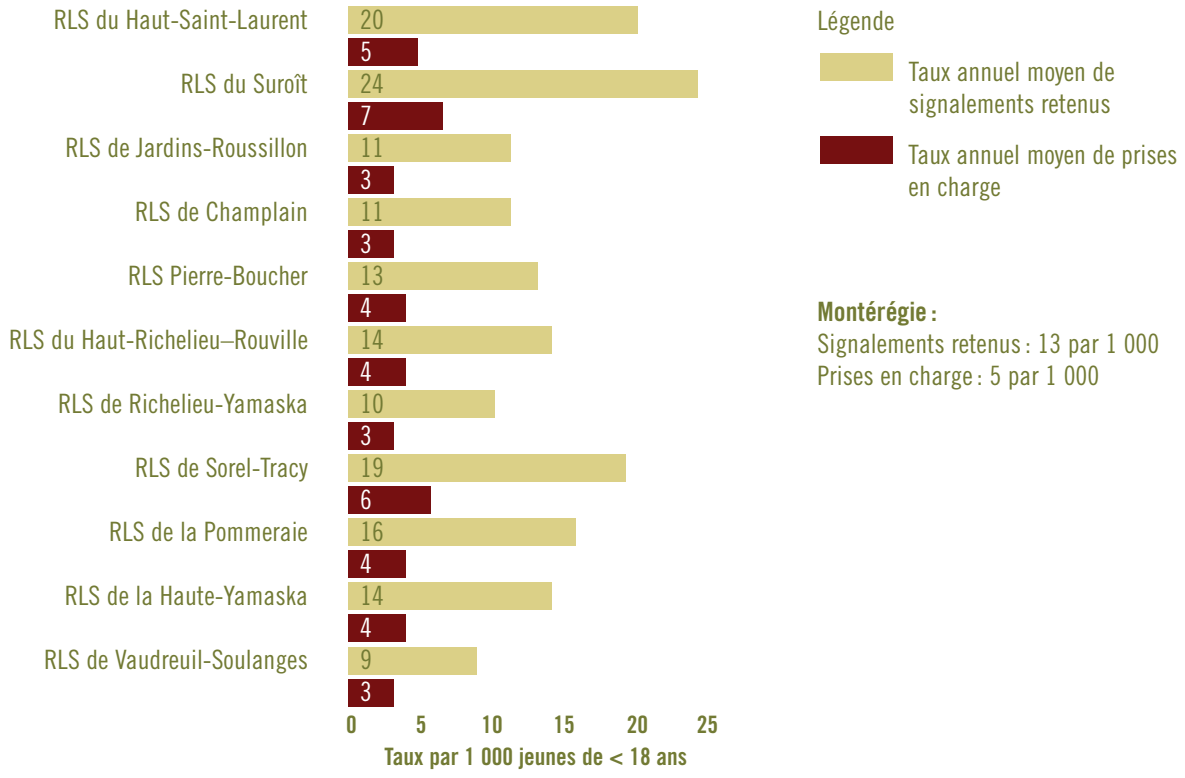
[6] En 2001, les objectifs provinciaux visaient notamment à atteindre des taux d'allaitement exclusif respectivement de 75 %, 40 %, 30 % et 10 % à la sortie des services de maternité, aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant.

## Trop tôt pour escalader des montagnes

Avant de gravir une paroi rocheuse, il vaut mieux mettre son harnais et s'accrocher solidement à la corde; on abordera ainsi plus facilement les sections corsées du trajet. Malheureusement, bien des enfants et des adolescents doivent déjà affronter des situations de vie difficiles sans avoir eu la possibilité de développer les habiletés et compétences nécessaires pour les surmonter.

Le nombre de nouvelles prises en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse* met en évidence l'importance de se préoccuper des jeunes en difficulté, puisque ces données ne représentent que la pointe de l'iceberg. Pendant la période 1998-2004, en moyenne, 1 323 enfants âgés de moins de 18 ans ont été pris en charge annuellement par le Centre

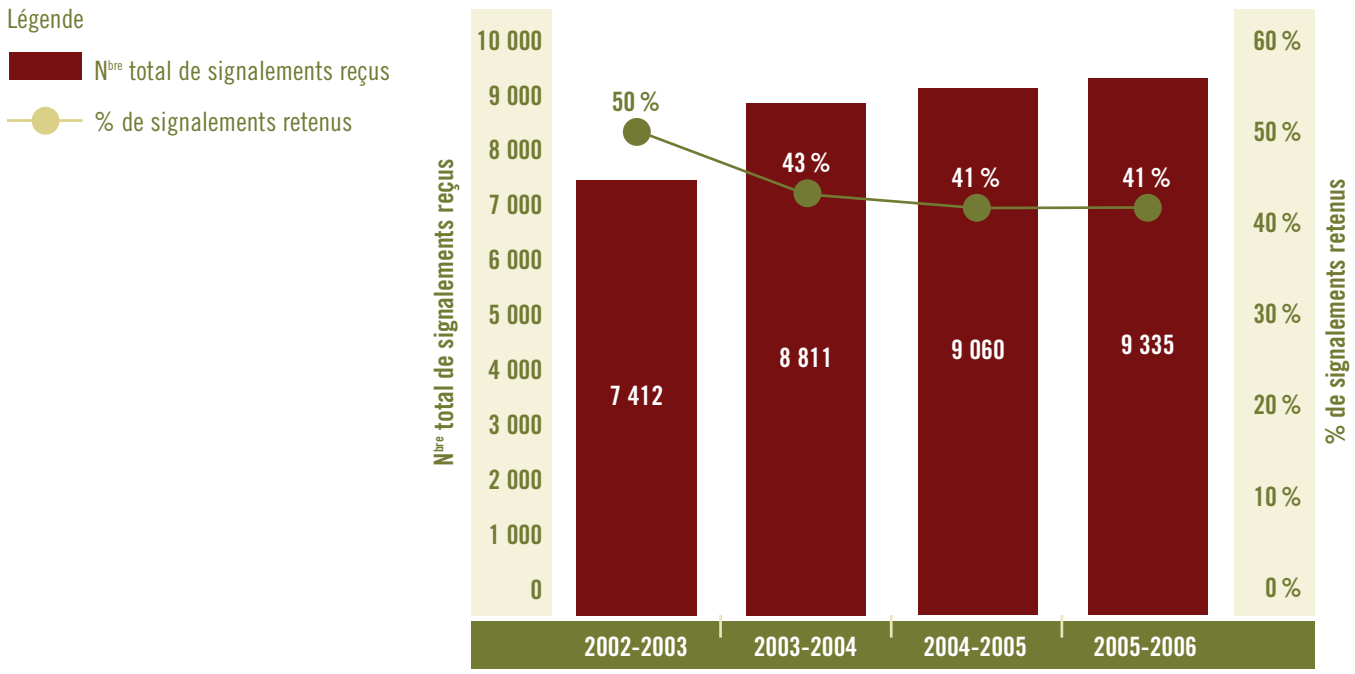
**TAUX ANNUEL MOYEN DE SIGNALEMENTS RETENUS ET DE NOUVELLES PRISES EN CHARGE PAR 1 000 JEUNES DE MOINS DE 18 ANS DANS LE CADRE DE LA *LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE* SELON LE RLS, MONTÉRÉGIE, 2002-2006**




*Sources : Centre jeunesse de la Montérégie (MSSS) et Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ)*[2, 3]

jeunesse de la Montérégie[7]. Bien que le portrait régional soit un peu plus favorable que celui du reste du Québec[8], on note dans la région une hausse de 23 % du nombre de nouvelles prises en charge entre 1993-1998 et 1998-2004[16]. Cette hausse résulte probablement de divers phénomènes. D'une part, elle pourrait refléter une plus grande sensibilité de la population à la vulnérabilité des enfants en difficulté et à la nécessité de signaler ces situations. D'autre part, certaines interventions, comme les SIPPE, permettraient de détecter des situations qui autrement passeraient peut-être inaperçues. On remarque d'ailleurs, entre 2002 et 2006, une augmentation constante du nombre de signalements reçus. Enfin, la hausse traduirait possiblement un certain effritement de la prise en charge des enfants et des adolescents, tant au point de vue familial que communautaire ou social[22].

**NOMBRE DE SIGNALEMENTS REÇUS ET PROPORTION DE SIGNALEMENTS RETENUS POUR ANALYSE DU DOSSIER CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS, MONTÉRÉGIE, 2002-2003 À 2005-2006**




*Source : Centre jeunesse de la Montérégie (MSSS)[3]*

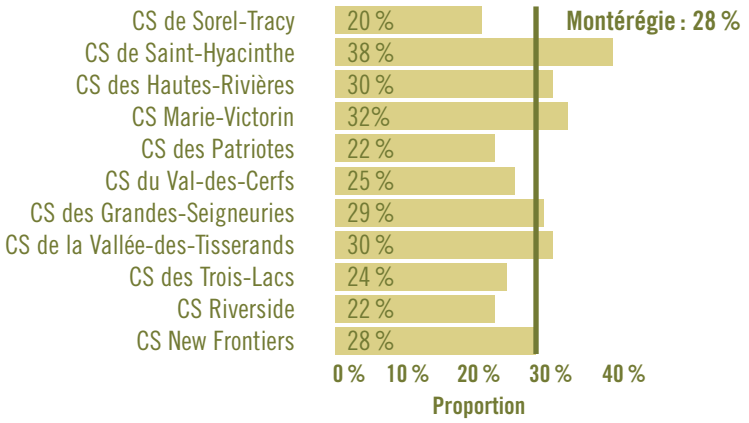
[7] Lors d'un signalement, une analyse préliminaire permet de vérifier s'il convient ou non de retenir le signalement. Ceux retenus font ensuite l'objet d'une évaluation de la situation afin de déterminer si des mesures de protection de l'enfant sont nécessaires. Dans cette éventualité, le cas est considéré comme une nouvelle prise en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

[8] Le taux annuel moyen de nouvelles prises en charge en Montérégie est significativement inférieur à celui du reste du Québec (4,4 c. 5,5 par 1 000 enfants de 0-17 ans pour la période 1998-2004).

Sans nécessiter de mesures de protection prévues par la Loi, bien des jeunes en difficulté et leur famille éprouvent tout de même un besoin criant de services de première ligne, particulièrement les enfants de 6-12 ans[23]. Les CSSS ayant un rôle crucial à jouer à ce chapitre, l'accessibilité et l'adéquation des services offerts aux jeunes en difficulté, de même qu'un meilleur arrimage de ces services avec ceux offerts aux adultes-parents en difficulté ainsi qu'avec le Centre jeunesse de la Montérégie représentent vraisemblablement des voies d'action non seulement prometteuses, mais nécessaires[23].

Dans un autre ordre d'idée, la proportion d'élèves qui s'engagent dans la voie du décrochage scolaire demeure aussi préoccupante. Pendant la période entre 2002-2003 et 2004-2005, en moyenne, 28 % des élèves montérégiens inscrits en formation générale au secondaire en sortaient sans avoir obtenu de diplôme[9]. Cette situation concerne plus du tiers des étudiants dans certaines commissions scolaires (CS). Heureusement, une part des décrocheurs réintégreront éventuellement le réseau scolaire. En effet, en 2004-2005, on estimait qu'environ 82 % des individus d'une génération obtenaient éventuellement un diplôme d'études secondaires en formation générale ou professionnelle[10] [24].

**PROPORTION ANNUELLE MOYENNE DE DÉCROCHAGE SCOLAIRE SELON LA COMMISSION SCOLAIRE (CS), ÉLÈVES DU SECONDAIRE EN FORMATION GÉNÉRALE, MONTÉRÉGIE, 2002-2003 À 2004-2005**




*Source : Banque de cheminement scolaire (MELS)[3]*

[9] Dans ce texte, un décrocheur est un élève inscrit une année donnée et qui répond aux deux critères suivants : 1) il n'obtient ni diplôme ni qualification durant l'année donnée et 2) il n'est pas inscrit durant l'année suivante en formation générale, en formation professionnelle ou au collégial dans un établissement d'enseignement du Québec.

[10] Basée sur l'âge des diplômés pour une année donnée, cette mesure estime la proportion d'une génération « fictive » de personnes qui persévèrent jusqu'à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires.

Le développement de la compétence sociale et de l'estime de soi, appuyé par des environnements sains et sécuritaires et la réduction des inégalités sociales, constituent des stratégies gagnantes.

La réussite scolaire offre un avantage substantiel pour affronter les aléas de la vie adulte, notamment ceux liés au marché du travail, mais elle favorise également un meilleur état de santé et de bien-être. Les interventions ayant démontré leur capacité d'accroître la réussite scolaire restent donc très pertinentes.

L'approche École en santé s'inscrit dans cette orientation. Elle vise à favoriser la réussite scolaire de même que la santé et le bien-être des jeunes par une action globale et concertée sur les facteurs clés de leur développement, tant environnementaux qu'individuels. Par exemple, la création d'un environnement favorable à l'apprentissage et à l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes représente un aspect crucial de l'approche, tout comme le développement de la compétence sociale et de l'estime de soi[25, 26]. Les partenariats entre le milieu scolaire et la famille constituent une autre facette importante de l'approche en raison de la synergie potentielle entre les actions des deux milieux. À titre d'exemple, en 1998, les adolescents étaient environ deux fois plus nombreux à présenter une bonne estime de soi lorsqu'ils évaluaient avoir beaucoup de soutien de leur famille[27].

Bien sûr, les quelques lignes de ce chapitre ne dressent pas un portrait exhaustif de l'état de santé des jeunes ni de ses déterminants. Plusieurs problèmes plus spécifiques n'y sont pas discutés (ex. : troubles du développement, grossesse à l'adolescence), bien qu'ils soient loin d'être négligeables. Par contre, d'autres sujets comme les habitudes de vie ou la violence seront brièvement abordés au fil des chapitres suivants.

Les données présentées illustrent la pertinence d'intervenir par de la prévention et du soutien auprès des enfants et des adolescents. Évoluer dans des environnements sains et sécuritaires et acquérir des compétences personnelles constituent de solides bases pour profiter pleinement des plaisirs qu'offrent l'enfance et la jeunesse et pour faire face aux défis exaltants de l'âge adulte. Pour certains enfants et adolescents, cette étape se révèle particulièrement tumultueuse (ex. : troubles du comportement, négligence); l'offre de services appropriés aux besoins spécifiques de chacun s'avère alors une cible d'intervention additionnelle et essentielle.

Une expédition peut emprunter divers itinéraires : c'est pourquoi chaque acteur de la communauté est en mesure d'aider les enfants et les jeunes à prendre un bon départ et à surmonter les embûches qu'ils rencontrent.

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Des données par RLS concernant les naissances, présentées sur le site Internet de la DSP de la Montérégie, dans la section Surveillance de l'état de santé, sous-section Cartographie.
- Une foule de renseignements destinés à divers publics traitant de l'allaitement maternel et de l'initiative *Amis des bébés*, sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.
- Des documents concernant les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.
- Divers documents et de l'information concernant l'approche École en santé sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.
- Un portrait détaillé et très intéressant des services de première ligne offerts aux jeunes en difficulté par les CSSS – mission CLSC sur le site Internet de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).
- Le troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, intitulé *Riches de tous nos enfants*, présentant à l'échelle provinciale une analyse très détaillée de la pauvreté et de ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans, sur le site Internet du MSSS.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

**À quand remonte la dernière fois où vous ou l'un de vos proches avez subi une fracture, une brûlure ou une coupure? Après vous être reproché un moment d'inattention, et en y réfléchissant, peut-être avez-vous constaté qu'un aménagement différent aurait permis d'éviter ou de réduire la gravité de la blessure. Les traumatismes non intentionnels sont rarement le fruit du hasard; une bonne partie d'entre eux peuvent être évités. Pour y parvenir, l'une des stratégies les plus efficaces consiste à rendre l'environnement plus sécuritaire. L'intégration de cette préoccupation dans les décisions prises quotidiennement par tous les acteurs des secteurs municipaux, scolaires, communautaires et de la santé, s'avérerait un puissant levier d'action en matière de prévention. Le thème des traumatismes non intentionnels étant vaste et très diversifié, les traumatismes routiers seront ici abordés en guise d'exemple.**

## Traumatismes routiers : reprendre la bonne voie

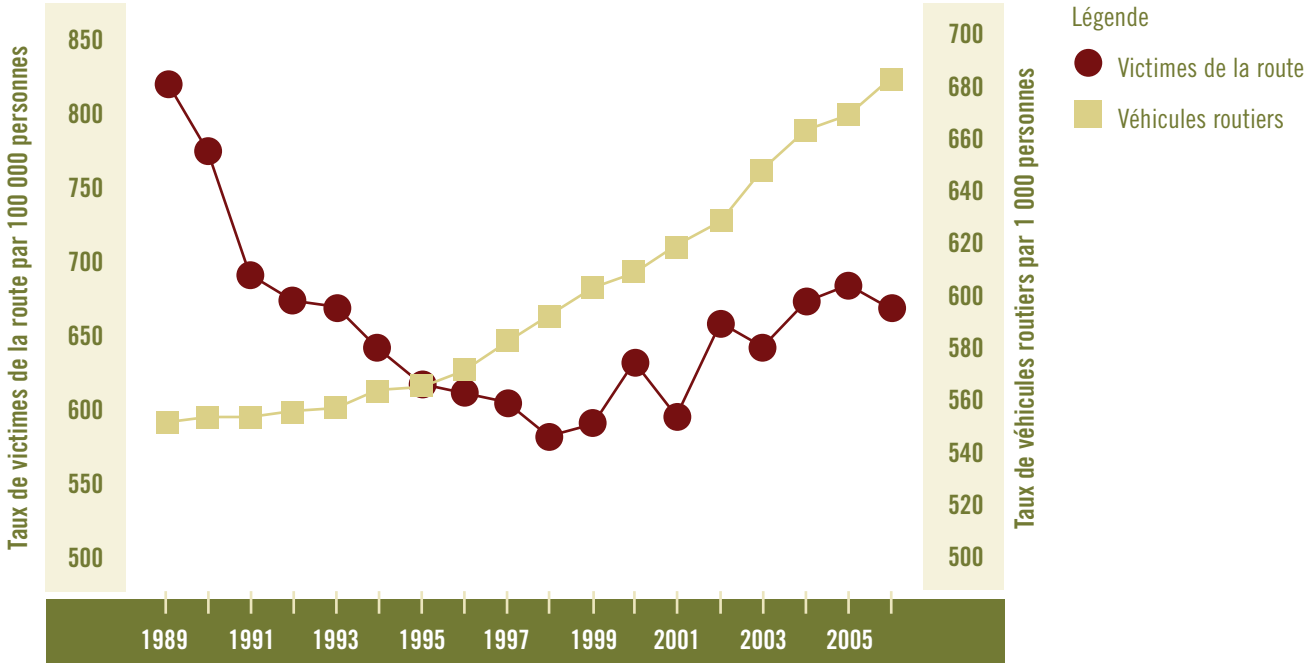
Le bilan des traumatismes routiers s'alourdit depuis quelques années. Si l'impact sur la mortalité est difficile à mesurer[11], l'évolution du nombre d'hospitalisations et du nombre de victimes de la route[12] se révèle très préoccupante. Selon les données de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), le taux brut de personnes ayant subi un traumatisme routier a augmenté de 15 % entre 1998 et 2006. Cette hausse correspond à 1 594 victimes[13] supplémentaires en 2006 comparativement aux 7 822 victimes enregistrées en 1998 en Montérégie. Bien entendu, le nombre de véhicules routiers a lui aussi connu une hausse appréciable pendant la même période. Toutefois, il importe de rappeler que le nombre de véhicules ne constitue pas le seul paramètre à considérer, car entre 1989 et 1998, le taux de victimes de la route a diminué de 23 %, alors que le taux de véhicules routiers augmentait de 7 %.

[11] L'adoption d'une nouvelle classification des causes de décès en 2000 complexifie temporairement l'analyse de ces données. Il sera plus aisé de procéder à une telle analyse dans quelques années lorsque nous disposerons de davantage de données basées sur la nouvelle classification.

[12] Définie ici comme une personne ayant subi une (des) blessure(s) à l'occasion d'un traumatisme survenu sur le réseau routier. Il peut s'agir de blessures légères, graves (c'est-à-dire nécessitant une hospitalisation) ou mortelles.

[13] Idem note précédente.

**TAUX BRUT DE VICTIMES DE TRAUMATISMES ROUTIERS PAR 100 000 PERSONNES ET TAUX BRUT DE VÉHICULES ROUTIERS PAR 1 000 PERSONNES, MONTÉRÉGIE, 1989 À 2006**




*Sources : Fichier des victimes (SAAQ), Fichier sur l'immatriculation des véhicules (SAAQ), Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ) et Estimation de la population de 1981 à 2026, édition 2005 (MSSS)*[2, 3, 17, 28]

La situation s'avère particulièrement inquiétante concernant les usagers de motocyclette ou de cyclomoteur, catégorie dont font partie les petits *scooters*. En effet, entre 1998 et 2006, on note une hausse marquée du taux de victimes liées à ces deux modes de transport, celui-ci ayant plus que doublé chez les cyclomotoristes. Pendant la même période, on a également remarqué un accroissement de 24 % du taux de victimes chez les conducteurs. Le portrait est encore plus sombre lorsqu'on le regarde sous l'angle du « nombre » de victimes plutôt que sur celui du taux.

Pour ce qui est des hospitalisations pour traumatismes concernant les occupants de véhicules à moteur, la Montérégie se démarque négativement depuis l'an 2000. En effet, les Montérégiens sont, en proportion, plus fréquemment hospitalisés que le reste de leurs concitoyens québécois. Alors qu'au début des années 90, le taux d'hospitalisation avait commencé à diminuer, au cours des dernières années, cette diminution s'est mise à ralentir. De surcroît, le taux d'hospitalisation pour traumatismes touchant les motocyclistes est de nouveau en hausse depuis 2000, particulièrement chez les 15 à 24 ans et les 45 à 64 ans.

## TAUX BRUT DE VICTIMES DE TRAUMATISMES ROUTIERS PAR 100 000 PERSONNES, NOMBRE DE VICTIMES ET POURCENTAGE DE VARIATION SELON LA CATÉGORIE D'USAGERS, MONTÉRÉGIE, 1998 ET 2006

| Catégorie d'usagers | 1998<br>Taux par 100 000<br>*(N^bre)* | 2006<br>Taux par 100 000<br>*(N^bre)* | % de variation 1998-2006<br>Taux par 100 000<br>*(N^bre)* |
|---|---|---|---|
| Conducteur[1] | 311<br>*(4 021)* | 387<br>*(5 274)* | 24 %<br>*(31 %)* |
| Passager[1] | 161<br>*(2 087)* | 164<br>*(2 231)* | 1 %<br>*(7 %)* |
| Motocycliste[2] | 27<br>*(352)* | 33<br>*(449)* | 21 %<br>*(28 %)* |
| Cyclomotoriste[2] | 7<br>*(86)* | 17<br>*(236)* | 160 %<br>*(174 %)* |
| Cycliste | 44<br>*(568)* | 35<br>*(483)* | -19 %<br>*(-15 %)* |
| Piéton | 32<br>*(408)* | 33<br>*(446)* | 4 %<br>*(9 %)* |
| **Ensemble des victimes de la route[3]** | **582**<br>***(7 529)*** | **669**<br>***(9 123)*** | **15 %**<br>***(21 %)*** |

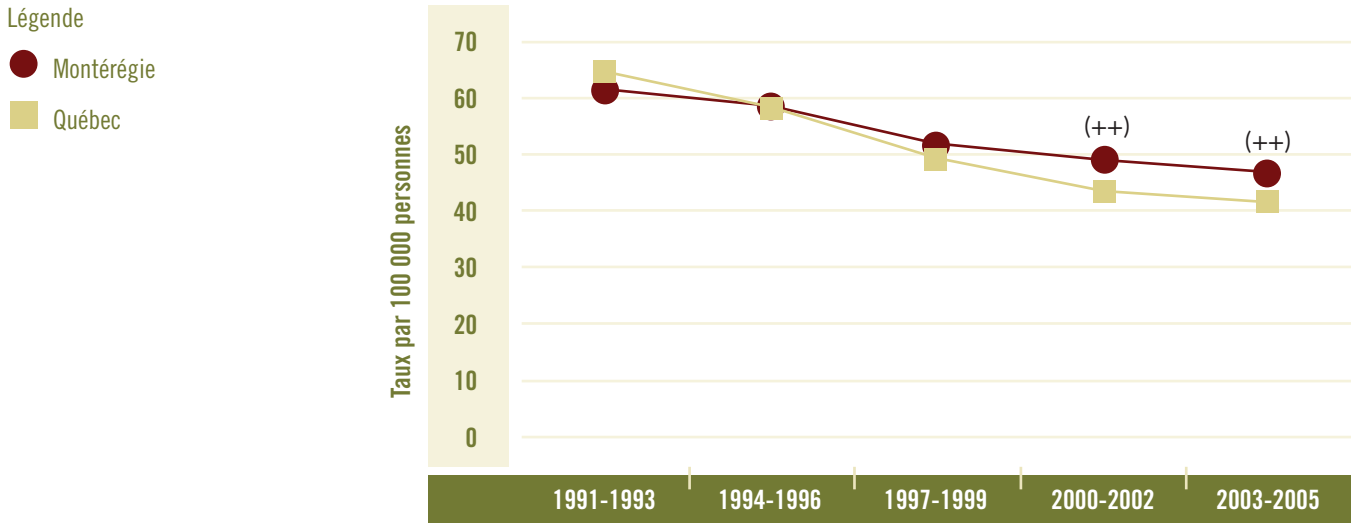
*[1] : Excluant les motocyclettes, cyclomoteurs et bicyclettes*

*[2] : Comprenant les conducteurs et les passagers*

*[3] : Incluant les victimes associées à d'autres types de véhicules (ex. : motoneige, véhicule tout terrain, non précisé)*

*Sources : Fichier des victimes (SAAQ), Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ) et Estimation de la population de 1981 à 2026, édition 2005 (MSSS)*[2, 3, 17, 28]

## TAUX D'HOSPITALISATION ANNUEL MOYEN POUR TRAUMATISMES CONCERNANT DES OCCUPANTS DE VÉHICULES À MOTEUR PAR 100 000 PERSONNES, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, 1991-1993 À 2000-2005




*(++) : significativement différent du reste du Québec au seuil de 1 %*

*Sources : Fichier MED-ÉCHO (MSSS), Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ) et Estimation de la population de 1981 à 2026, édition 2005 (MSSS)*[29]

L'évolution récente des traumatismes routiers et des hospitalisations qui en découlent indique clairement qu'un virage est nécessaire pour reprendre la bonne voie et améliorer le bilan routier. Divers facteurs ont probablement contribué à son aggravation : des véhicules plus puissants, la conduite sous l'effet de psychotropes (ex. : l'alcool), des routes moins sécuritaires, la vitesse excessive ou des usagers se percevant moins à risque de recevoir une contravention, etc.

La prévention des traumatismes routiers a déjà prouvé son efficacité. Les initiatives de santé publique visant à accroître le port de la ceinture de sécurité, l'amélioration des infrastructures routières et les programmes d'actions sélectives pour contrer l'alcool au volant (PAS alcool) ont permis des gains significatifs au cours des années 1990. On dispose donc de plusieurs pistes d'améliorations, et les stratégies efficaces pour y parvenir sont bien connues. Parmi celles-ci, l'aménagement du réseau routier constitue à n'en pas douter une cible prioritaire. Par exemple, des aménagements qui ralentissent la circulation profitent à tous les usagers, motorisés ou non, en leur offrant des trajets plus sécuritaires et en favorisant l'utilisation des modes de transport actif (marche, vélo). Repenser les circuits de déplacements ou réduire le nombre de véhicules en circulation contribuent aussi à prévenir les maladies chroniques et à assainir la qualité de l'air extérieur. Les municipalités disposent de moyens pour planifier en conséquence les plans de transport et les aménagements routiers.

Aménager des routes sécuritaires et favoriser l'usage de modes de transport actif et collectif sûrs contribuent à prévenir les traumatismes routiers et les maladies chroniques de même qu'à assainir la qualité de l'air extérieur.

Les traumatismes routiers ne représentent toutefois que l'une des nombreuses facettes des traumatismes non intentionnels, ceux-ci incluant les traumatismes associés aux loisirs ou survenant à domicile (ex. : chutes, brûlures), mais aussi les intoxications accidentelles comme l'ingestion de produits dangereux (ex. : nettoyants domestiques, médicaments) ou l'exposition au monoxyde de carbone. Évidemment, le profil des personnes atteintes varie selon les circonstances. Par exemple, les brûlures surviennent davantage chez les jeunes enfants et les personnes âgées. Les groupes vulnérables aux intoxications non intentionnelles diffèrent selon le produit impliqué; si l'ingestion de produits nettoyants est plus fréquente chez les jeunes enfants, l'intoxication involontaire au monoxyde de carbone touche plus souvent les hommes âgés de 40 ans et plus[30, 31].

L'univers des traumatismes non intentionnels est donc trop vaste pour être décrit ici de manière exhaustive. Quoi qu'il en soit, rendre les environnements (physique, socio-économique, culturel) plus sécuritaires reste une cible de choix pour la prévention des traumatismes puisqu'ils protègent simultanément et en tout temps toutes les personnes qui s'y trouvent. De plus, grâce à l'attrait qu'ils exercent, ils peuvent susciter davantage d'intérêt et générer une activité économique non négligeable pour plusieurs acteurs locaux. Par des actions concrètes (ex. : aires de jeu sécuritaires, aménagements cyclables sécuritaires, logements plus sécuritaires pour les personnes âgées et les enfants, etc.), de nombreux acteurs de divers milieux (scolaire, municipal, milieu de travail, habitation, etc.) participent ainsi directement à la prévention des traumatismes.

Rendre l'environnement plus sécuritaire reste une cible de choix puisqu'ainsi on protège simultanément et en tout temps toutes les personnes qui s'y trouvent.

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Des données sur tout ce qui touche de près ou de loin la route au Québec (victimes de la route, usagers, véhicules, etc.) sur le site Internet de la SAAQ, où les bilans contiennent également des données par municipalité.
- Le premier rapport et les recommandations de la Table québécoise de la sécurité routière, publié à l'été 2007, sur son site Internet.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# MALADIES CHRONIQUES : voir la forêt derrière l'arbre, un défi de taille!

**Le terme « maladies chroniques » englobe un ensemble très varié de problèmes ayant un impact à long terme sur les personnes atteintes. Ces maladies sont souvent présentes jusqu'au décès, dont elles sont fréquemment la cause. Le vieillissement de la population et la présence croissante de certains facteurs de risque, comme le surplus de poids, ne peuvent qu'accroître le fardeau des maladies chroniques. Une vigoureuse stratégie d'intervention s'impose. La prévention, notamment par la création d'environnements favorisant de saines habitudes de vie, doit y occuper une place de choix. Le suivi systématique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques de même que le soutien à celles ayant développé des incapacités représentent les autres piliers d'une planification globale et efficace. Dans l'ombre des personnes atteintes de diabète ou de cancer, une portion importante de la population est à risque de maladies chroniques; il faut prendre conscience de la forêt derrière l'arbre, car elle réserve des défis de taille.**

## Des problèmes de santé bien différents, des impacts toujours présents

En 2005, les deux tiers des Montérégiens (66 %) de 12 ans et plus[14] se déclaraient atteints d'au moins un problème de santé de longue durée (c'est-à-dire d'une durée ≥ 6 mois). Les problèmes les plus fréquemment rapportés étaient les allergies autres qu'alimentaires (23 %), les maux de dos (15 %), l'hypertension (15 %), l'arthrite et les rhumatismes (13 %), les migraines (10 %) et l'asthme (9 %), tandis qu'environ 5 % des Montérégiens rapportaient souffrir d'une maladie cardiaque.

Le portrait des décès permet de jauger sous un angle différent le fardeau associé aux maladies chroniques. Entre 2000 et 2003, 71 % des décès en Montérégie étaient causés par un cancer (33 %), par une maladie cardiovasculaire (31 %) ou respiratoire (7 %). Bien que les cancers aient remplacé les maladies cardiovasculaires comme première cause de décès, la Montérégie continue de se distinguer du reste du Québec par un taux de mortalité par cardiopathies ischémiques[15] significativement plus élevé (respectivement 136 c. 121 décès par 100 000), et ce, depuis près de 20 ans.

Les maladies chroniques regroupent un ensemble très diversifié de problèmes de santé dont l'impact sur l'individu, bien qu'inévitablement présent, peut varier (ex. : nécessité de consommer des médicaments, limitation de certaines activités, chirurgies, incapacités dans la vie

[14] Personnes vivant à domicile

[15] Cette catégorie inclut notamment l'angine de poitrine et les infarctus du myocarde.

quotidienne, décès). Le diabète servira donc d'exemple pour illustrer les principaux enjeux liés aux maladies chroniques. Il s'agit là d'un modèle particulièrement intéressant, puisqu'en plus d'accroître le risque de maladies cardiovasculaires, le diabète possède quelques facteurs de risque en commun avec plusieurs types de cancers et de maladies cardiovasculaires, par exemple le surplus de poids.

## Moderniser les modèles de prise en charge : une nécessité

Consommation de médicaments, consultations, incapacités, hospitalisations, décès : les impacts des maladies chroniques sont déjà considérables.

En 2004-2005, on estimait qu'environ 67 500 Montérégiens de 20 ans et plus souffraient de diabète, soit approximativement 7 % de la population[16]. À l'échelle des RLS, cette proportion variait de 5 % à 8 %. Les conséquences du diabète se font sentir sur plusieurs plans. Les personnes atteintes doivent composer au quotidien avec la maladie, avec ses impacts sur leur qualité de vie ainsi qu'avec les incapacités qu'elle peut générer après quelques années (ex. : perte de vision, insuffisance rénale et dialyse). Elles auront besoin d'un suivi médical et peut-être d'une hospitalisation pour traiter adéquatement une éventuelle complication (ex. : infarctus, amputation à la suite du blocage d'une artère dans une jambe).

Le diabète contribue à mobiliser davantage de ressources hospitalières qu'on pourrait l'envisager à première vue. Bien qu'en 2005-2006, le diabète figurait comme étant la cause principale d'à peine 1 % des 100 209 hospitalisations concernant des Montérégiens, en réalité, 14 % de ces hospitalisations touchaient une personne diabétique[17]. En fait, un diagnostic de diabète est mentionné dans 29 % des hospitalisations pour cardiopathies ischémiques. Le fardeau réel sur les ressources hospitalières peut donc aisément être sous-estimé.

La présence simultanée de plusieurs maladies chroniques chez un individu, une situation en croissance dans le contexte du vieillissement de la population, complexifie l'offre de services appropriés à cette clientèle. Heureusement, certains modèles de soins donnent de meilleurs résultats quant à cette nouvelle réalité[32, 33]. En effet, le suivi systématique par une équipe multidisciplinaire, basé sur une prise en charge intégrée de toutes les facettes d'une maladie chronique, recèle de nombreux avantages, surtout si le suivi est coordonné par un intervenant de première ligne comme le médecin de famille. La mise à contribution de la personne atteinte comme partenaire de ses soins et du maintien de sa santé est aussi susceptible d'accroître l'efficacité et l'efficience des soins.

[16] Il s'agit d'une proportion ajustée selon l'âge, tant au niveau régional que des RLS.

[17] Hospitalisations pour lesquelles le diabète (code 250 de la CIM-9) figurait au diagnostic principal ou à l'un des diagnostics secondaires lors d'une hospitalisation de courte durée, en excluant les troubles mentaux et les chirurgies d'un jour.

En plus d'améliorer l'évolution de la maladie et de réduire le recours à des ressources coûteuses comme l'hospitalisation, ce modèle contribuerait, par la réduction des facteurs de risque et une prise en charge adaptée, à prévenir l'apparition ou l'aggravation d'autres problèmes de santé. On pourrait ainsi non seulement éviter des impacts négatifs pour la personne atteinte (ex. : douleurs, perte de travail, incapacités), mais également certains risques de complications liés spécifiquement à une procédure (ex. : chirurgie) ou associés à l'hospitalisation (ex. : infection nosocomiale).

L'adoption de modèles de soins appropriés favorise le maintien d'une prise en charge adéquate dans le contexte d'une demande croissante.

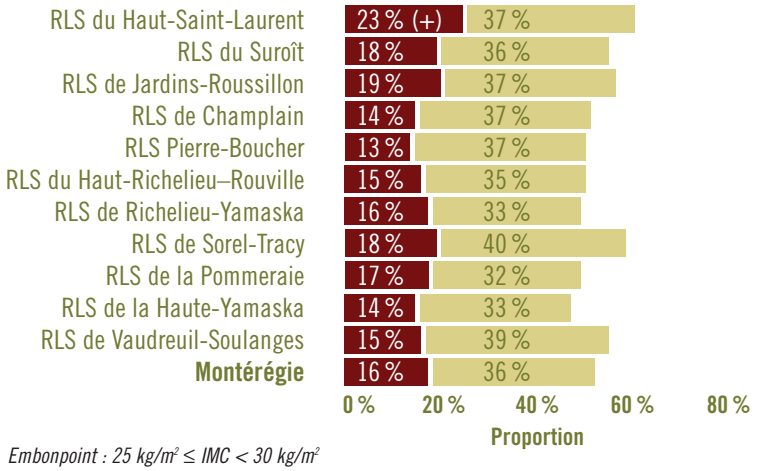
Le suivi systématique améliorerait la continuité des interventions des différents prestataires de soins, tant en ce qui concerne les actes préventifs, que curatifs ou de soutien. Enfin, un meilleur arrimage entre les acteurs de la première ligne (ex. : cabinets privés, Groupes de médecine de famille, mission CLSC des CSSS) et les services spécialisés au sein d'un territoire faciliterait la pratique professionnelle des intervenants de première ligne (ex. : processus de référence et de consultation). En somme, la modernisation de l'organisation des services auprès de ces clientèles pourrait jouer un rôle prépondérant afin de permettre aux établissements d'offrir des services de qualité dans le contexte d'une demande croissante.

## Prévenir avant que le fardeau ne soit trop lourd

S'il peut être hasardeux de prédire ce que réservent les prochaines décennies, on ne peut ignorer certains signes inquiétants. Le vieillissement de la population entraînera inévitablement une hausse du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques; le système de santé devra se préparer à faire face à cette vague démographique. Toutefois, la vague pourrait prendre des allures de raz de marée si l'on ne parvient pas à réduire la fréquence des facteurs de risque chez les jeunes générations[34].

La progression du surplus de poids est particulièrement inquiétante. Une enquête longitudinale canadienne démontre que sur une période de 8 ans, le poids des hommes de 18 à 56 ans a augmenté en moyenne de 4 kg, tandis que celui de leurs concitoyennes a crû d'un peu plus de 3 kg. En Montérégie, la situation n'est guère plus réjouissante : en 2005, plus de 50 % de la population adulte affichait un surplus de poids, comparativement à 37 % en 1987. À l'échelle locale, le surplus de poids affecte entre 47 % et 60 % des adultes de 18 ans et plus.

## PRÉVALENCE DE L'EMBONPOINT ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES 18 ANS ET PLUS SELON LE RLS, MONTÉRÉGIE, 2005




*Embonpoint : 25 kg/m² ≤ IMC < 30 kg/m²*

*Obésité : IMC ≥ 30 kg/m².*

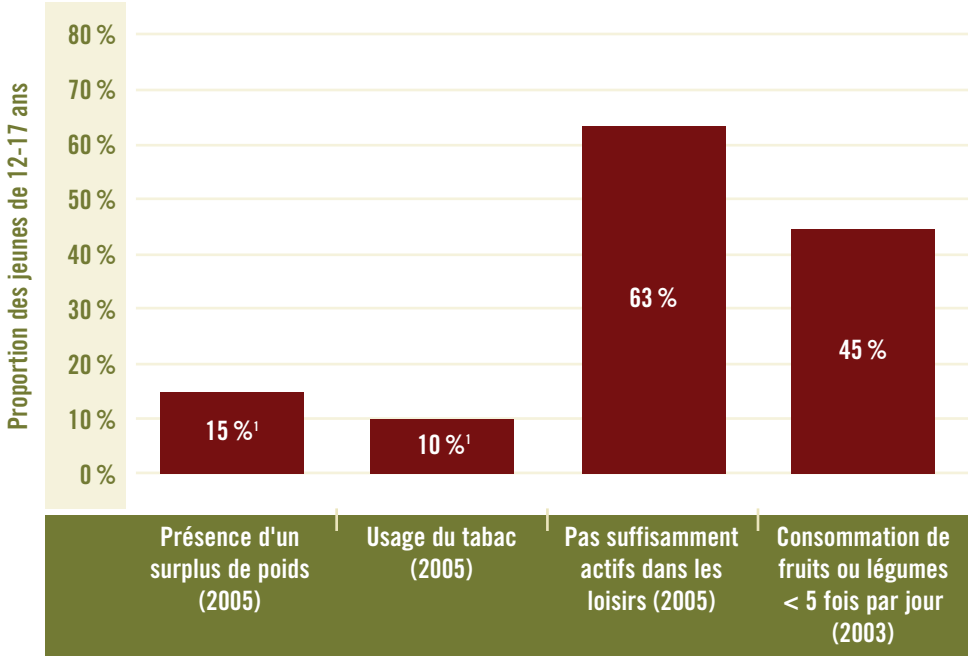
*(+) : significativement supérieur à la Montérégie au seuil de 5 %*

*Source : Enquête sur la prévalence du dépistage et du counseling en [sic] regard de la prévention des cancers et certains autres facteurs de risque des maladies cardiovasculaires en Montérégie*[35]

Les maladies chroniques s'installent silencieusement pendant plusieurs années, les premiers signes de leur présence se manifestant généralement après l'âge de 40 ans. Outre le surplus de poids, les principaux facteurs de risque des maladies chroniques demeurent le tabagisme, la sédentarité et une mauvaise alimentation. Les pratiques cliniques préventives (PCP), comme le counseling antitabagique ou la promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation, demeurent une stratégie efficace dont le plein potentiel n'a pas encore été exploité. Les interventions visant à optimiser la réalisation des PCP par les médecins et les infirmières (ex. : distribution d'outils, formation) méritent d'être mieux soutenues par les CSSS et par la DSP.

Enfin, une importante proportion de jeunes de 12 à 17 ans présente un risque de développer une maladie chronique à l'âge adulte, d'où l'importance de miser sur l'acquisition de saines habitudes de vie dès l'enfance et l'adolescence. Cela démontre la pertinence d'intensifier les actions visant à rendre l'environnement des jeunes plus favorable à de saines habitudes de vie, par exemple avec l'approche École en Santé ou encore par l'application de mesures plus spécifiques (respect de la *Loi sur le tabac*, politique alimentaire, etc.).

**PRÉVALENCE DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE DE MALADIES CHRONIQUES CHEZ LES 12-17 ANS, MONTÉRÉGIE, 2003 OU 2005**



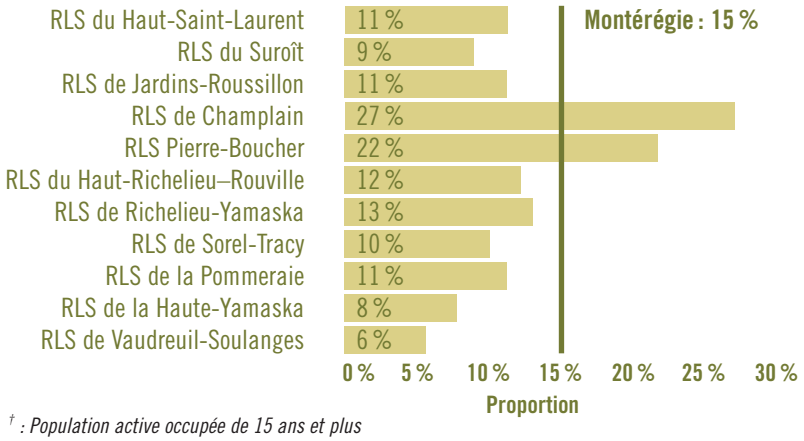

*[1] : À interpréter avec prudence, car le coefficient de variation fluctue entre 16 % et 33 %.*

*Sources : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) 2003 et 2005 (Statistique Canada)*[3]

## Derrière les individus, des environnements influents

L'acquisition et le maintien d'une habitude résultent de l'interaction entre plusieurs facteurs. Si l'intention et la motivation demeurent essentielles, celles-ci ne suffisent généralement pas : un environnement favorable au changement se révèle le plus souvent nécessaire. À titre d'exemple, la proportion de personnes utilisant le transport en commun, le vélo ou pratiquant la marche pour se rendre au travail est nettement plus élevée dans les RLS de Champlain et de Pierre-Boucher qu'ailleurs en Montérégie. La disponibilité d'un réseau de transport en commun offrant plusieurs circuits et des horaires conciliants simplifie certainement le recours à ces modes de transport. Des aménagements routiers sécuritaires, notamment en milieu rural, inciteraient aussi les citoyens à recourir à des modes de transport actifs. Diverses pistes d'action visant à favoriser l'utilisation du transport collectif ou actif, tant en milieu rural qu'urbain, sont abordées dans une autre section de ce rapport.

**USAGE DU TRANSPORT EN COMMUN, DU VÉLO OU DE LA MARCHE POUR SE RENDRE AU TRAVAIL SELON LE RLS CHEZ LES 15 ANS ET PLUS†, MONTÉRÉGIE, 2001**




*† : Population active occupée de 15 ans et plus*

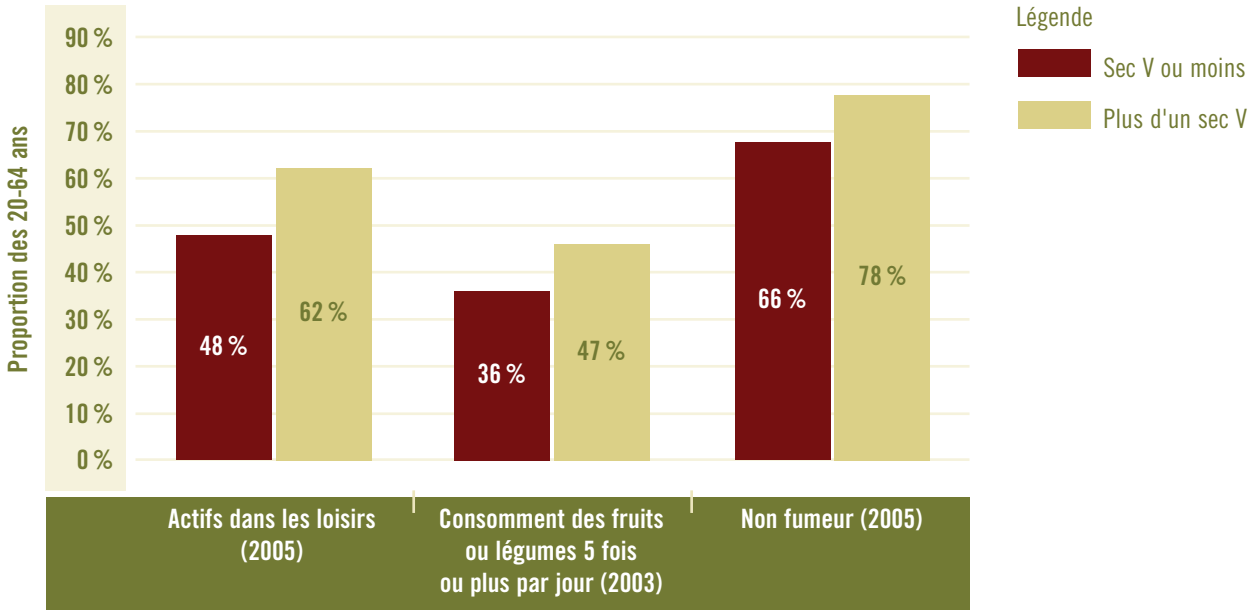
*Source : Recensement 2001 (Statistique Canada)*[17]

Les conditions socio-économiques des individus exercent également une puissante influence sur les habitudes de vie. Par exemple, en matière de coût par calorie, les aliments sains comme les fruits et les légumes coûtent souvent plus chers que les aliments riches en calories, en matières grasses et en sucres[36]. Les lieux où l'on peut trouver des aliments frais à moindre coût, comme les marchés publics, demeurent difficiles d'accès, à moins d'habiter tout près ou de pouvoir défrayer les coûts de transport (métro, autobus, voiture). La pratique d'activités physiques nécessite souvent l'achat d'un équipement de base et parfois d'un abonnement à des installations sportives. Ces coûts peuvent sérieusement compromettre un équilibre budgétaire précaire.

La création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie représente l'un des indispensables piliers d'une approche globale et efficace.

L'influence des déterminants socio-économiques est perceptible en Montérégie lorsqu'on examine certaines habitudes de vie sous l'angle de la scolarité, cette dernière étant fortement liée au revenu. On remarque que la proportion de Montérégiens de 20 à 64 ans déclarant avoir de saines habitudes de vie est significativement plus élevée chez ceux possédant une formation supérieure à un diplôme de secondaire V.

## PRÉVALENCE DE CERTAINES HABITUDES DE VIE SELON LA SCOLARITÉ CHEZ LES 20-64 ANS, MONTÉRÉGIE, 2003 OU 2005




*Sources : ESCC 2003 et 2005 (Statistique Canada)*[3]

Compte tenu de l'influence majeure de l'environnement physique et social sur l'adoption de saines habitudes de vie, la création d'environnements favorables représente l'un des piliers d'une approche globale et efficace. Chaque milieu de vie offre des occasions d'agir. Les milieux scolaires et de travail ont la possibilité, par exemple, d'améliorer la valeur nutritive des aliments offerts sur place et de favoriser l'activité physique en offrant des espaces sécurisés pour ranger les vélos. Le milieu municipal est en mesure de faciliter l'accès à des installations sportives sécuritaires, par exemple en augmentant les heures d'ouverture ou en diminuant, voire éliminant les coûts aux usagers. Les environnements physiques et sociaux favorables sont aussi susceptibles d'accroître l'efficacité d'autres stratégies telles les pratiques cliniques préventives du médecin ou de l'infirmière. Les CSSS sont bien positionnés pour motiver les acteurs locaux et leur procurer certains des outils nécessaires, notamment par leur expertise au sein de l'approche *0-5-30 Combinaison-Prévention*[18].

Outre les soins à donner aux personnes atteintes de maladies chroniques en 2008, de nombreux défis se pointent pour l'avenir. La croissance anticipée du fardeau lié aux maladies chroniques invite à la mise en place d'une approche globale vigoureuse. Celle-ci devra s'articuler autour de la prévention à l'échelle populationnelle, de l'organisation des soins

[18] Vise la promotion de 3 habitudes de vie quotidiennes, soit le non-tabagisme, la consommation de 5 fruits ou légumes ainsi que la pratique de 30 minutes d'activités physiques.

aux personnes atteintes et du soutien aux personnes aux prises avec les conséquences des maladies chroniques.

Au-delà du réseau de la santé, cette approche globale nécessitera l'implication et la collaboration des acteurs des autres secteurs de la société (éducation, municipal, communautaire, milieu de travail), car c'est à cette échelle que se situe l'action sur les principaux déterminants de la santé. L'approche populationnelle, se basant sur une planification intégrant les aspects préventifs, curatifs et de soutien, présente les principaux repères à suivre. En effet, qui serait tenté de s'engager dans une forêt dense et inconnue sans une bonne boussole?

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Le rapport annuel de la directrice de santé publique de 2005, *Face à la progression de l'obésité en Montérégie… Ensemble pour faire contrepoids*. Il offre une analyse détaillée de la problématique du surplus de poids et de l'obésité et est accessible sur le site Internet de la DSP de la Montérégie. Une mise à jour récente des données sur le surplus de poids, intitulée *Le point sur le surplus de poids* et diffusée en juin 2007, est également disponible sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.
- Un portrait global des principales maladies chroniques en Montérégie présenté dans un document intitulé *Les maladies chroniques : un problème en croissance*. Ce court document de 11 pages diffusé à la fin de l'année 2007 figure sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.
- Une série d'outils développés dans le cadre de l'approche *0-5-30 Combinaison-Prévention* visant à favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.
- Le guide élaboré dans le cadre de l'approche École en santé sur le site Internet du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Il explique en quelques pages comment cette approche vise à favoriser un meilleur état de santé chez les jeunes ainsi que la réussite scolaire.
- Un cahier de la Directrice, intitulé *Pour faire contrepoids en milieu scolaire*, sur le site de la DSP de la Montérégie. En complément au rapport de la directrice de santé publique 2005, il présente les interventions à privilégier en milieu scolaire pour la prévention des problèmes de santé liés au surplus de poids.
- Le suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques inspiré du *Chronic Care Model* élaboré par le Dr Ed H. Wagner et son équipe. Une édition spéciale du PRIISME Info, publié en mars 2005, offre plus de détails à ce sujet. Ce document est disponible au centre de documentation de l'Agence.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# SANTÉ MENTALE ET PSYCHOLOGIQUE...
## *une douleur bien réelle*

**Il n'y a pas de plaies à examiner, pas d'anomalies dans les analyses sanguines ni de fracture à la radiographie. Pourtant, la douleur et la détresse liées aux problèmes de santé psychologique et mentale sont bien réelles et, malheureusement, trop répandues. Bien que nous soyons tous susceptibles d'être victimes de ce type de problèmes à un moment de notre vie, certains facteurs influencent son apparition ou, le cas échéant, la capacité à avoir recours à de l'aide. Il est possible de mettre des actions de l'avant pour prévenir les problèmes de santé psychologique et mentale et venir en aide aux personnes qui en souffrent. Le développement de la compétence sociale et de l'estime de soi durant l'enfance et la jeunesse, le soutien aux groupes vulnérables et la consolidation des réseaux de services pour le traitement des personnes atteintes représentent les assises d'une stratégie d'intervention cohérente.**

### Des milliers à en souffrir, plus d'une centaine à en mourir

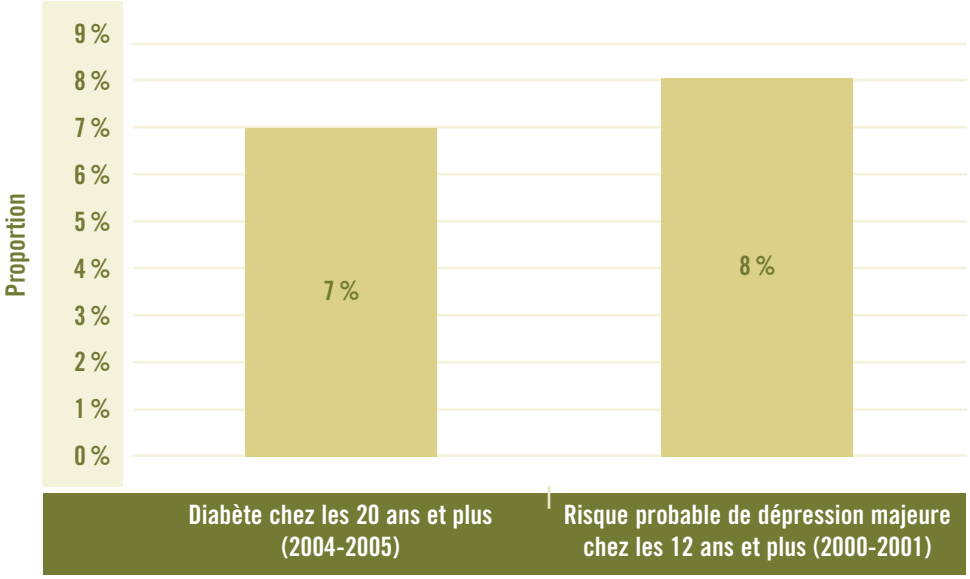
Les problèmes psychologiques ou de santé mentale ne sont ni rares, ni bénins. En 2000-2001, on estimait à environ 8 % la proportion de Montérégiens de 12 ans et plus ayant eu un risque probable d'avoir vécu une dépression majeure au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était aussi élevée que la proportion estimée de personnes diabétiques chez les 20 ans et plus en 2003-2004. À partir de ces données, on estime à 87 500 le nombre de Montérégiens à risque d'avoir vécu un épisode de dépression majeure au cours d'une année.

Les problèmes de santé mentale se traduisent également par des décès. Pendant la période 2000-2004, le suicide a causé en Montérégie au moins autant de décès que les accidents liés aux véhicules à moteur. On a estimé à environ 200 le nombre annuel moyen de décès par suicide dans la région durant cette période.

### Prévenir des situations difficiles

Bien des maladies surgissent sans que l'on parvienne à identifier pourquoi elles frappent un individu plutôt qu'un autre. Il en est de même pour les problèmes de santé psychologique et mentale : il n'est pas nécessaire d'avoir une « bonne raison » pour faire une dépression. Toutefois, sans être nécessairement des facteurs de risque proprement dits, certaines situations peuvent contribuer à l'émergence de tels problèmes. C'est notamment le cas du stress, de la consommation abusive d'alcool et de la violence.

**PRÉVALENCE DU DIABÈTE ET D'UN RISQUE PROBABLE DE DÉPRESSION MAJEURE, MONTÉRÉGIE, 2004-2005 ET 2000-2001**




*Sources : ESCC 2000-2001 (Statistique Canada)[17] et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) 2008[37]*

En 2005, 27 % des Montérégiens de 15 ans et plus qualifiaient la plupart de leurs journées comme étant stressantes[19]. Le monde du travail se modifie et peut lui aussi compromettre la santé mentale des travailleurs. Environ 45 % des travailleurs âgés de 15 à 74 ans ne disposeraient pas d'une grande latitude de prise de décision au travail[16]. Si ces mêmes travailleurs sont également soumis à une demande psychologique élevée dans le cadre de leur emploi, une telle situation peut devenir propice à un problème de santé mentale.

Une consommation élevée d'alcool peut non seulement indiquer la présence d'un problème, mais aussi en être la cause pour la personne ou son entourage. Or, en 2005, 17 % des Montérégiens âgés de 12 ans et plus déclaraient avoir eu une consommation élevée d'alcool[20] au moins 12 fois au cours de l'année précédente[17].

De même, l'entourage n'est pas épargné dans les situations de violence conjugale; victimes, enfants, proches et agresseurs sont tous à risque d'éprouver des problèmes de santé psychologique ou mentale. En 2004, les données tirées d'une enquête populationnelle indiquaient qu'au Québec, 4 % des hommes et 5 % des femmes de 15 ans et plus avaient déclaré avoir été victimes de violence physique de la part d'un conjoint actuel ou d'un ex-conjoint au cours des 5 années précédentes. La

[19] C'est-à-dire assez ou extrêmement stressantes.

[20] Avoir pris 5 consommations d'alcool ou plus en une même occasion.

violence déclarée était qualifiée de grave[21] dans environ 40 % des cas, tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les blessures physiques nécessitant des soins médicaux ont été plus fréquemment déclarées par les femmes que par les hommes (13 % c. 2 % au Canada[22]), tout comme le fait d'avoir eu peur pour sa vie (35 % c. 10 % au Canada[23])[38]. La violence sévit aussi chez les jeunes : en 1999, 69 % des enfants québécois de 9 ans déclaraient avoir vécu au moins une expérience de violence à l'école, comparativement à 46 % et 25 % des jeunes respectivement de 13 et 16 ans[39].

Favoriser la résilience chez les jeunes et procurer aide et soutien aux personnes vivant des situations difficiles contribuent à la prévention.

Bien que l'on ne puisse connaître précisément la proportion de la population à risque d'éprouver des problèmes de santé psychologique ou mentale, à l'évidence, de nombreuses personnes vivent des situations difficiles. Par ailleurs, l'acquisition durant l'enfance et l'adolescence de compétences sociales et d'une bonne estime de soi est reconnue pour exercer un effet protecteur. Celles-ci, combinées à d'autres facteurs de protection associés à la famille et à l'environnement, contribuent à augmenter la résilience des jeunes, c'est-à-dire leur capacité de traverser des situations difficiles sans développer de problèmes d'adaptation.

Les interventions visant à développer ces compétences, telles que le programme Fluppy ou l'approche École en santé, représentent de bonnes occasions d'agir dans le sens de la prévention. Le renforcement de l'utilisation des pratiques cliniques préventives reliées à la santé mentale, par exemple le dépistage par le médecin d'une consommation abusive d'alcool chez les adultes suivi d'un counseling, constitue également une

### PRÉVALENCE DE CERTAINS MARQUEURS DE RISQUE DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, POPULATIONS D'ÂGES VARIABLES, MONTÉRÉGIE, 2005

| Marqueurs de risque | Populations enquêtées | Proportion | Nombre estimé de personnes touchées |
|---|---|---|---|
| Stress quotidien élevé | 15 ans et plus | 27 % | 297 000 |
| Faible latitude décisionnelle au travail | Travailleurs de 15 à 74 ans | 45 % | 356 000 |
| Consommation élevée d'alcool | 12 ans et plus | 17 % | 198 500 |

*Source : ESCC 2005 (Statistique Canada)*[3]

[21] Avoir reçu un coup de pied, un coup de poing ou avoir été mordu; avoir été frappé avec un objet qui aurait pu blesser; avoir été battu ou étranglé; avoir été menacé d'être frappé avec un couteau ou une arme à feu; avoir été forcé de se livrer à une activité sexuelle non désirée par la menace, la contrainte physique ou la brutalité.

[22] On ne possède pas de données québécoises sur ce sujet.

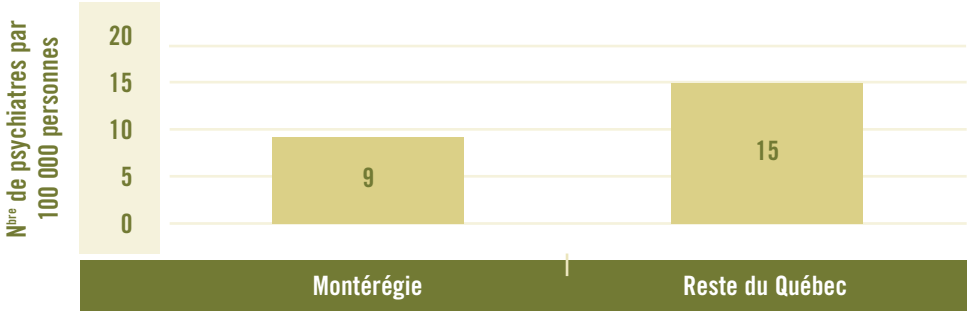
[23] Idem note précédente.

approche valable et complémentaire. Toutefois, lorsque les personnes éprouvent des problèmes de santé psychologique ou mentale, bénéficient-elles du soutien et des services que requiert leur état?

### Obtenir de l'aide : un parcours jonché d'obstacles

Loin d'être faciles à surmonter, les tabous en matière de santé mentale et psychologique demeurent le premier obstacle à franchir. Pour bon nombre de personnes, il est difficile d'oser avouer, à elles-mêmes et à autrui, qu'elles éprouvent des problèmes d'ordre psychologique et qu'elles auraient besoin d'aide. L'accès aux ressources représente un autre obstacle à franchir, et il est loin d'être négligeable. La Montérégie souffre d'une relative pénurie à cet égard, notamment en ce qui concerne les ressources spécialisées comme les psychiatres.

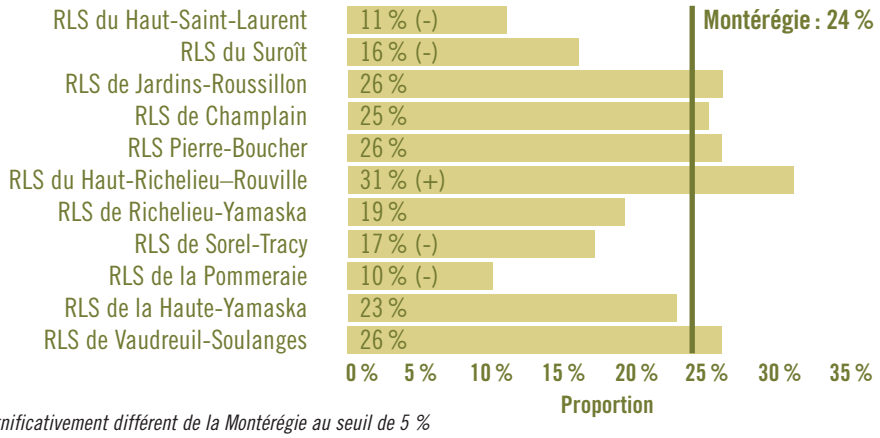
**NOMBRE DE PSYCHIATRES RÉMUNÉRÉS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) PAR 100 000 PERSONNES, MONTÉRÉGIE ET RESTE DU QUÉBEC, 2006**




*Sources : RAMQ et Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ)*[12, 3]

Ces données illustrent que la Montérégie n'est pas épargnée par les difficultés de recrutement et de rétention de personnel, particulièrement pour le traitement des problèmes de santé mentale. La proximité des régions universitaires de Montréal et de l'Estrie, dotées d'un fort pouvoir d'attraction et nettement mieux pourvues que la Montérégie en professionnels de la santé, n'est certes pas étrangère à cette situation. Les difficultés de recrutement se manifestent également en première ligne. À titre d'exemple, en 2005, environ le quart des Montérégiens de 18 ans et plus déclaraient ne pas avoir de médecin de famille[40]. Cela influence également la capacité de la région à répondre à la demande de soins de santé pour sa population, tant en santé mentale que pour d'autres problématiques. Cela limite également les occasions de prévention en contexte clinique.

## PROPORTION D'ADULTES DE 18 ANS ET PLUS DÉCLARANT NE PAS AVOIR DE MÉDECIN DE FAMILLE SELON LE RLS, MONTÉRÉGIE, 2005




*(-), (+) : significativement différent de la Montérégie au seuil de 5 %*
*Source : Enquête sur l'expérience de soins de la population à Montréal et en Montérégie*[40]

Ainsi, tabous et manque de ressources se combinent et créent une situation où des besoins de soins en santé mentale persistent dans la région. Parmi les 145 000 Montérégiens de 12 ans et plus estimant en 2005 avoir eu des besoins de soins non comblés, 14 %[24] mentionnaient des besoins de traitement pour un problème de santé mentale ou émotionnelle. L'organisation des services curatifs et de soutien en santé mentale revêt donc un caractère particulièrement crucial en Montérégie. L'accessibilité aux services pour les personnes atteintes, tant au niveau local que régional, doit figurer parmi les priorités des CSSS et de l'Agence.

Malgré les obstacles, en 2003, 8 % des Montérégiens âgés de 12 ans et plus déclaraient avoir consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale ou émotionnelle au cours des 12 derniers mois, soit environ 90 000 personnes. Ceci illustre l'ampleur des besoins en matière de santé psychologique et mentale. Des actions vigoureuses et coordonnées demeurent plus que jamais nécessaires. Les principaux axes d'interventions reposent sur l'amélioration des conditions de vie et de travail, la mise en œuvre d'interventions à visée préventive (ex. : développement des compétences personnelles, pratiques cliniques préventives) et la consolidation des réseaux de soins et de soutien aux personnes atteintes. Guidés par un leadership mobilisateur de chaque CSSS, une variété de collaborateurs potentiels (écoles, organismes communautaires, milieux de travail, etc.) sont appelés à s'impliquer afin d'améliorer la santé psychologique et mentale des Montérégiens.

L'accessibilité et la consolidation des services curatifs et de soutien revêtent un caractère crucial.

[24] La valeur doit être interprétée avec prudence, car le coefficient de variation fluctue entre 16 % et 33 %.

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Le guide élaboré dans le cadre de l'approche École en santé sur le site Internet du MELS. Il explique en quelques pages comment cette approche vise à favoriser un meilleur état de santé chez les jeunes et à stimuler la réussite scolaire.
- *Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* présente les orientations provinciales sur ce domaine sur le site Internet du MSSS.

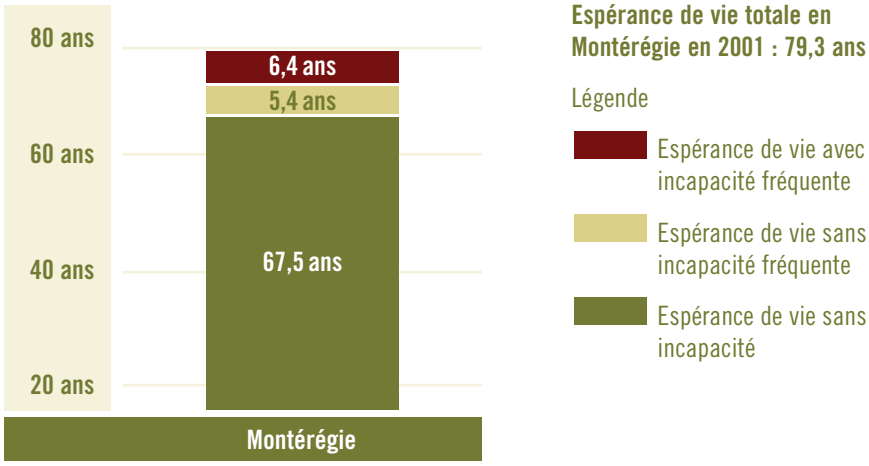
Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

**La plupart des personnes âgées s'estiment en bonne santé, ce qui leur permet de contribuer activement au bien-être de leur communauté de multiples façons (ex. : bénévolat, mentorat, aide aux jeunes familles). Cependant, pour bon nombre d'aînés, les problèmes de santé et les incapacités qu'ils subissent engendrent des besoins de soins et de soutien variés. Le vieillissement de la population invite l'ensemble des acteurs à faire preuve d'ingéniosité dès maintenant afin de répondre aux besoins des aînés d'aujourd'hui et de demain. À ce titre, la prévention des maladies chroniques, une organisation optimale des services de santé et de soutien ainsi que l'amélioration des conditions de vie des aînés figurent parmi les pistes d'action les plus prometteuses. Les aînés pourront ainsi continuer d'enrichir leur communauté grâce à leur présence et à leur expérience.**

## Tenir compte des incapacités chez les aînés

Si l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance indique une amélioration générale de l'état de santé de la population, elle n'est pas pour autant garante d'un bon état de santé à un âge avancé. Par exemple, on estime à environ 12 ans le nombre d'années vécues avec des incapacités plus ou moins importantes, soit près de 15 % de l'espérance de vie globale à la naissance estimée en 2001 en Montérégie[16].

### ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE SELON LA PRÉSENCE D'INCAPACITÉ†, MONTÉRÉGIE, 2001




*† : L'incapacité est définie à partir de deux questions du recensement, l'une portant sur les difficultés rencontrées dans les activités de la vie quotidienne et l'autre portant sur la réduction des activités à la maison, au travail ou à l'école. L'espérance de vie avec une incapacité fréquente inclut les personnes ayant répondu « oui, souvent » à au moins l'une des deux questions et celles vivant en institution. L'espérance de vie sans une incapacité fréquente inclut les personnes ayant répondu « oui, parfois » à l'une des deux questions[16].*

*Sources : Fichier des décès (MSSS), Fichier des naissances (MSSS) et Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ)[16]*

Les incapacités figurent en bonne place parmi les facteurs limitant la qualité de vie des personnes âgées. En 2001, environ 37 % des Montérégiens de 65 ans et plus vivant en ménages privés[25], soit environ 50 000 personnes, déclaraient être atteints d'une incapacité. La proportion de personnes âgées ayant une incapacité augmentait avec l'âge, passant de 28 % chez les 65-74 ans à 74 % chez les 85 ans et plus. Ces données

**PROPORTION ET NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES EN MÉNAGES PRIVÉS† SELON LE RLS ET LE TERRITOIRE DE MISSION CLSC, MONTÉRÉGIE, 2001**

| Territoire | 65-74 ans | | 75-84 ans | | 85 ans et plus | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre |
| RLS du Haut-Saint-Laurent | 21 | 400 | 33 | 365 | 53 | 125 |
| RLS du Suroît | 27 | 1 250 | 45 | 1 165 | 49 | 245 |
| RLS de Jardins-Roussillon | 18 | 1 820 | 32 | 1 415 | 46 | 345 |
| CLSC Châteauguay | 18 | 820 | 33 | 665 | 54 | 190 |
| CLSC Jardin du Québec | 23 | 360 | 36 | 270 | 46 | 85 |
| CLSC Kateri | 17 | 640 | 30 | 480 | 33 | 70 |
| RLS de Champlain | 22 | 2 650 | 36 | 2 120 | 44 | 570 |
| CLSC Saint-Hubert | 20 | 800 | 25 | 365 | 25 | 65 |
| CLSC Samuel-de-Champlain | 22 | 1 850 | 40 | 1 755 | 49 | 505 |
| RLS Pierre-Boucher | 26 | 3 640 | 37 | 2 545 | 48 | 565 |
| CLSC Longueuil-Ouest | 34 | 1 880 | 44 | 1 385 | 58 | 360 |
| CLSC Simonne-Monet-Chartrand | 25 | 900 | 36 | 645 | 41 | 120 |
| CLSC des Seigneuries | 17 | 860 | 26 | 515 | 33 | 85 |
| RLS du Haut-Richelieu–Rouville | 23 | 2 320 | 34 | 1 825 | 48 | 410 |
| CLSC Vallée des Forts | 23 | 1 665 | 35 | 1 340 | 44 | 310 |
| CLSC du Richelieu | 23 | 655 | 32 | 485 | 67 | 100 |
| RLS de Richelieu-Yamaska | 23 | 2 745 | 34 | 2 025 | 49 | 530 |
| CLSC des Patriotes | 20 | 1 115 | 32 | 765 | 43 | 160 |
| CLSC des Maskoutains | 26 | 1 390 | 35 | 1 080 | 52 | 315 |
| CLSC de la MRC d'Acton | 22 | 240 | 35 | 180 | 52 | 55 |
| RLS de Sorel-Tracy | 27 | 1 230 | 44 | 995 | 33 | 130 |
| RLS de la Pommeraie | 25 | 935 | 41 | 975 | 48 | 230 |
| RLS de la Haute-Yamaska | 28 | 1 520 | 42 | 1 115 | 41 | 175 |
| RLS de Vaudreuil-Soulanges | 21 | 1 195 | 32 | 925 | 41 | 230 |
| **Montérégie** | **23** | **19 705** | **37** | **15 470** | **46** | **3 555** |

*† : Personnes vivant à domicile dans des logements privés*
*Source : Recensement 2001 (Statistique Canada)*[17]

[25] Personnes vivant à domicile dans des logements privés

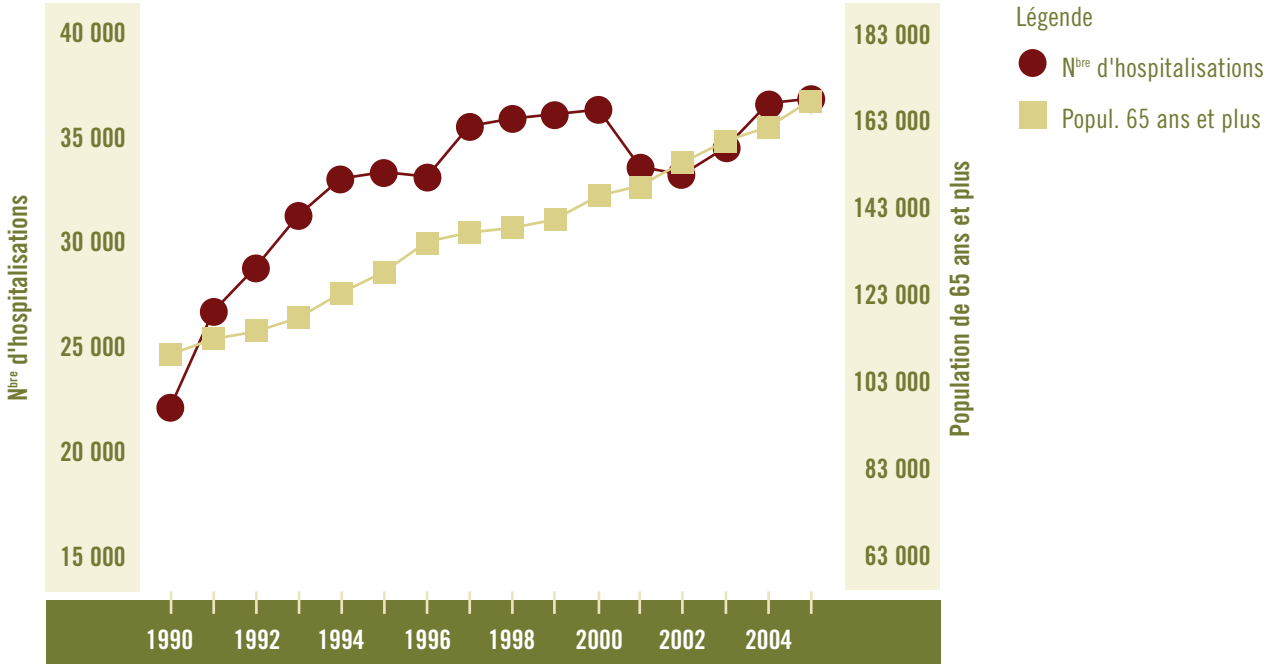
ne tenaient pas compte des aînés vivant en centre d'hébergement, lesquels représentaient en 2001 un peu plus de 8 % des Montérégiens de 65 ans et plus. Puisque la proportion d'aînés vivant seuls s'accroît aussi constamment avec l'âge, atteignant 46 % chez les 85 ans et plus en Montérégie, et bien davantage dans certains territoires de mission CLSC, les aînés disposent-ils des soins et du soutien dont ils ont besoin?

Les incapacités figurent en bonne place parmi les facteurs limitant la qualité de vie des personnes âgées.

## Prévenir et soutenir : des incontournables

Divers acteurs sociaux procurent des soins ou du soutien aux personnes âgées. La majorité des aînés en perte d'autonomie bénéficient du soutien de proches aidants, rôle qu'une part croissante de la population est appelée à jouer[41, 42]. En 2001, 18 % des Montérégiens de 15 ans ou plus offraient bénévolement des soins aux personnes âgées, comparativement à 16 % en 1996.

### NOMBRE D'HOSPITALISATIONS (TOUTES CAUSES) CHEZ LES 65 ANS ET PLUS ET NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS DANS LA POPULATION, MONTÉRÉGIE, 1990† À 2005†




*† : Correspond au début de l'année administrative concernée*

*Sources : Fichier MED-ÉCHO (MSSS), Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ) et Estimation de la population de 1981 à 2026, édition 2005 (MSSS)*[2, 17, 28]

Le réseau sociosanitaire est aussi fortement sollicité. En 2005, 96 % des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés avaient consulté un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, bien qu'on ignore la proportion d'aînés ayant alors bénéficié d'une réelle prise en charge. Le nombre d'hospitalisations chez les 65 ans et plus augmente également, reflet de l'accroissement du nombre de personnes âgées, mais aussi des modes d'organisation des services et de l'utilisation des ressources hospitalières.

L'infléchissement de la courbe depuis 2001 pourrait refléter les efforts faits par le réseau pour éviter, par divers moyens, le recours à l'hospitalisation. Par exemple, une prise en charge en première ligne tenant compte de l'ensemble des problèmes de santé de la personne âgée et un meilleur suivi en soins à domicile pourraient éviter certaines hospitalisations. Toutefois, en 2005, seulement 7 %[26] des Montérégiens de 65 ans et plus vivant en ménages privés déclaraient recevoir des services à domicile partiellement ou totalement couverts par l'État. Il est donc aussi possible que la diminution récente du nombre d'hospitalisations chez les aînés indique, dans une certaine mesure, une restriction de l'accès aux ressources hospitalières et qu'un nombre significatif de personnes âgées pourrait ne pas recevoir tous les services dont ils ont besoin.

Face à ces constats, le réseau sociosanitaire aura plusieurs défis à relever. Le premier touche le maintien de la santé ainsi que la prévention des maladies chroniques et des incapacités, et ce, à tous les âges de la vie, car la prévention reste encore de mise chez les aînés. L'engagement des aînés eux-mêmes dans cette voie ainsi que la contribution de tous les professionnels de la santé, plus particulièrement des médecins en cabinet privé, demeurent absolument essentiels.

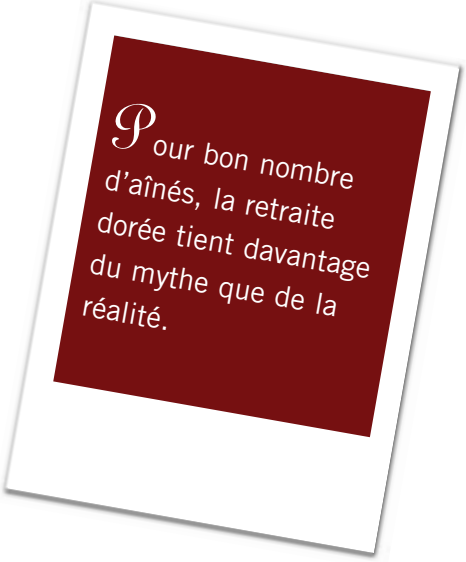
Le second défi est de s'assurer que les services de santé et de soutien sont offerts au bon moment et par le type de ressource approprié, surtout dans le contexte où le nombre d'aidants naturels pourrait diminuer ou ne pas suffire aux besoins, en raison de l'évolution démographique. On pense notamment à une articulation optimale entre les services hospitaliers, le soutien à domicile et l'hébergement. L'organisation des services devra également s'adapter à l'évolution des besoins des aînés, dont un nombre grandissant cumulera plus d'un problème de santé. À titre d'exemple, les établissements devront composer avec la complexité d'une demande croissante de prises en charge à domicile impliquant des personnes atteintes de démence, d'incapacités physiques ou sensorielles

[26] La valeur doit être interprétée avec prudence, car le coefficient de variation fluctue entre 16 % et 33 %.

(ex. : surdité) et de plusieurs maladies chroniques. Appuyé par l'Agence, l'engagement des CSSS dans l'adaptation de leur offre de services aux aînés est capital. En effet, la complexité de ces défis ne doit pas occulter la nécessité de trouver des solutions adaptées à chaque contexte local et de les mettre en œuvre, tout en tenant compte des besoins des personnes âgées les plus démunies.

## Des aînés particulièrement vulnérables

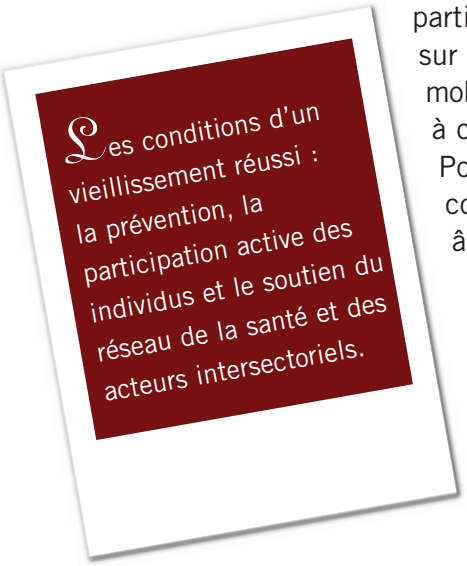
Pour plusieurs types d'entreprises, le vieillissement de la population évoque un marché en pleine croissance. Les entreprises privées spécialisées dans les services de santé et le soutien à domicile figurent parmi celles que la conjoncture démographique favorisera. En 2005, 8 % des aînés ont fait appel à des services de soins à domicile dont les coûts n'étaient pas couverts par l'État. De ceux-ci, 46 %[27] ont eu recours aux services d'une infirmière d'une agence privée, et ce phénomène pourrait fort bien s'accentuer[3]. Or, les coûts associés à ce type de services ne sont pas négligeables, et pour y avoir accès, encore faut-il pouvoir se les offrir, ce qui n'est pas le cas de nombreux aînés. En 2005, 44 % des aînés de la Montérégie bénéficiaient du Supplément de revenu garanti, une prestation offerte aux personnes âgées dont les revenus autres que la pension de la sécurité de la vieillesse sont faibles ou nuls[16]. Malheureusement, la proportion d'aînés recevant cette prestation augmente avec l'âge, tout comme les incapacités.




Pour bon nombre d'aînés, la retraite dorée tient donc davantage du mythe que de la réalité et la précarité financière reste une compagne beaucoup trop fidèle. Cela soulève la nécessité de repenser plus globalement les conditions favorisant une adaptation des divers secteurs de la société afin de faire face de manière plus adéquate au vieillissement anticipé de la population (ex. : réduction des inégalités sociales, soutien aux aidants naturels, soutien communautaire, services municipaux appropriés). Les acteurs locaux, notamment les CSSS, les organismes communautaires et les municipalités, auront un grand rôle à jouer à cet égard.

La plupart des aînés conservent un bon état de santé pendant plusieurs années et leur participation sociale contribue positivement à la vie communautaire de maintes façons. Par ailleurs, il reste beaucoup à faire pour qu'il en soit ainsi pendant de nombreuses années, et ce, pour une proportion grandissante de personnes âgées. L'approche Bien vieillir, en apportant une conception positive mais réaliste du vieillissement, semble

[27] La valeur doit être interprétée avec prudence, car le coefficient de variation fluctue entre 16 % et 33 %.




particulièrement prometteuse à cet égard. En effet, en mettant l'accent sur le maintien de la santé, la participation active des individus et la mobilisation des différents acteurs intersectoriels, cette approche cherche à concrétiser trois conditions importantes d'un vieillissement réussi. Pour nombre d'aînés, « années » rime déjà avec « santé ». L'enjeu consiste à faire en sorte qu'une proportion croissante de personnes âgées puisse entonner le même refrain!

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Plus de détails sur l'évolution démographique de chaque RLS et territoire de mission CLSC de la Montérégie sur le site de la DSP de la Montérégie.
- Une analyse des données québécoises colligées dans le cadre de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) et disponible sur le site Internet de l'ISQ. Bien que cette enquête ne contienne pas de données spécifiques pour la région ou les RLS, le rapport foisonne de données détaillées sur les types de limitations d'activités, sur les répercussions de celles-ci et sur les besoins d'aide non comblés. On y trouve un portrait de l'ensemble de la population, mais aussi des données pour les 65 ans et plus.
- Le *Plan d'action régional 2005-2010* de l'Agence au sujet des services aux personnes âgées sur le site Internet de l'Agence. Il présente un plan détaillé des orientations retenues pour cette clientèle.
- Le cadre de référence élaboré par le MSSS relativement au projet clinique sur le site Internet du MSSS. Il présente les caractéristiques et les éléments clés de l'implantation des différents modèles de soins, dont celui basé sur les soins et services intégrés, et mentionne que ce modèle s'avère pertinent pour les personnes atteintes de diverses problématiques, comme cela peut être le cas chez les personnes âgées.
- Le concept Bien vieillir est abordé dans la documentation du continuum d'intervention Perte d'autonomie liée au vieillissement, sur le site Internet de l'Agence.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# UNIQUE EN SON GENRE : *la santé au masculin et au féminin*

**Depuis 2003, le MSSS a décidé d'intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans l'ensemble de ses pratiques. Sans être une véritable ADS, ces quelques lignes visent plutôt à illustrer très brièvement les vulnérabilités spécifiques à chaque genre. D'ailleurs, celles-ci sont souvent plus complexes qu'il n'y paraît à première vue. Outre les conditions sociales et les habitudes de vie des hommes et des femmes, la société influence la manière dont chacun demande, mais aussi reçoit des services de santé, autant préventifs que curatifs. L'amélioration de l'état de santé de la population repose, entre autres, sur une organisation des soins et des services de santé adaptée aux caractéristiques de chaque genre, de même que sur la bonification des conditions de vie, surtout chez les sous-groupes plus vulnérables. Prendre en compte les particularités de chaque sexe permet de mieux adapter l'intervention aux besoins des personnes.**

### Qu'est-ce que l'analyse différenciée selon les sexes (ADS)?

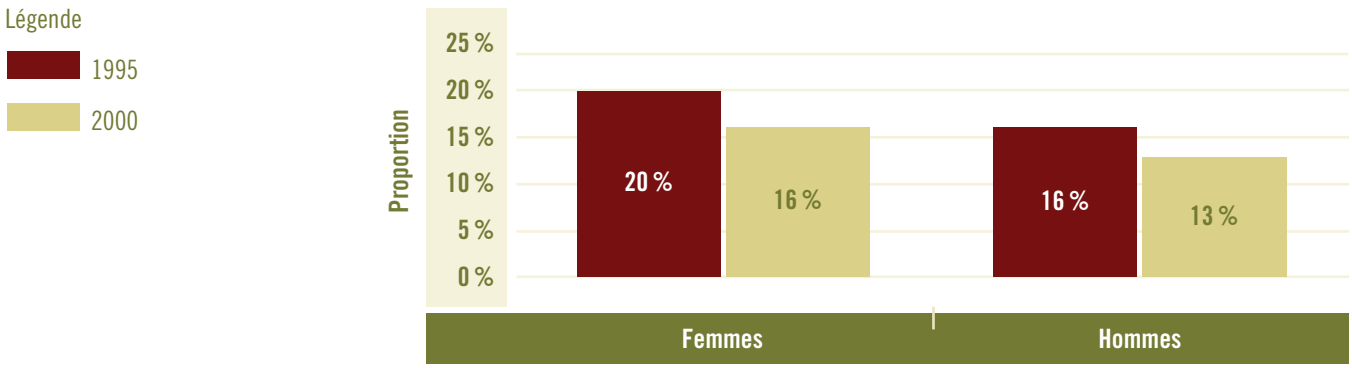
« L'ADS est un processus qui vise à discerner de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socio-économiques différentes qui les caractérisent. »[43]

« L'ADS permet ainsi d'éviter que les interventions gouvernementales créent ou renforcent des inégalités entre les sexes. En même temps, elle contribue à l'efficacité des interventions gouvernementales en les adaptant aux réalités particulières des femmes et des hommes. »[44]

## Davantage de femmes vivent sous le seuil de faible revenu, mais…

On remarque des différences nettes entre les sexes concernant les déterminants de la santé. Notamment, à l'égard du revenu, les femmes sont généralement moins favorisées que leurs concitoyens. Par exemple, davantage de femmes que d'hommes vivent sous le seuil de faible revenu. Bien que la situation de chaque sexe se soit améliorée entre 1995 et 2000, l'écart en faveur des hommes persiste encore.

## PROPORTION DE PERSONNES VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU SELON LE SEXE, MONTÉRÉGIE, 1995 ET 2000



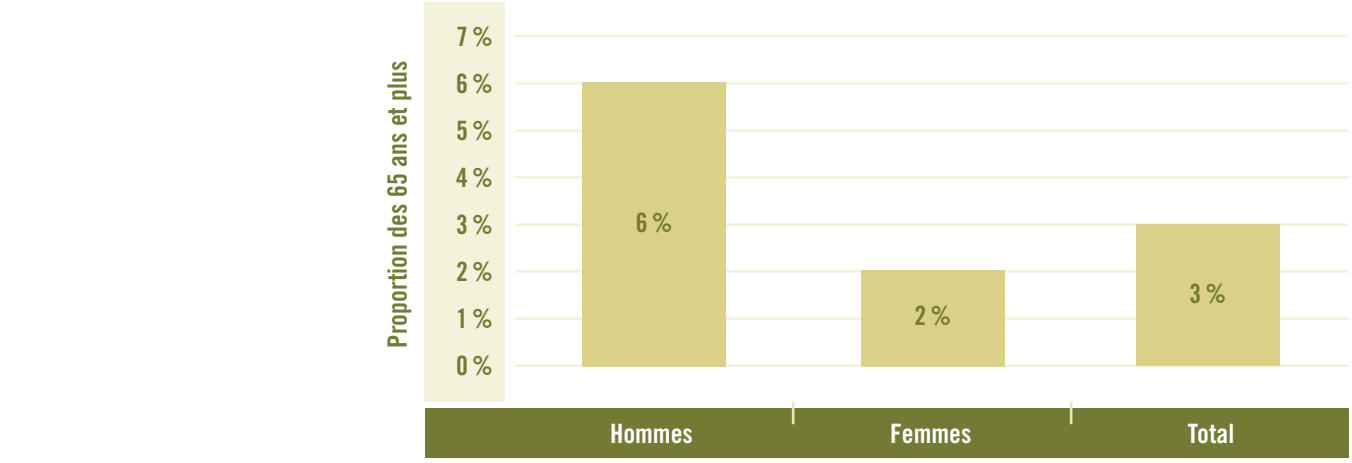

*Source : Recensement 2001 (Statistique Canada)*[17]

> Les hommes et les femmes ne constituent pas deux groupes parfaitement homogènes.

Par ailleurs, un examen attentif des données permet d'apporter quelques nuances à ce constat général. À l'instar de l'ensemble de la population, on retrouve deux fois plus de femmes que d'hommes vivant sous le seuil de faible revenu chez les 65 ans et plus (25 % c. 12 %). Par contre, chez les aînés dont les revenus sont encore plus bas, c'est-à-dire inférieurs à la moitié du seuil de faible revenu, cette proportion est presque trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes[45].

Les hommes et les femmes ne constituent donc pas deux groupes parfaitement homogènes. Si l'analyse des indicateurs selon les sexes permet de dégager quelques constats généraux, elle ne doit pas occulter la présence de sous-groupes d'hommes et de femmes particulièrement vulnérables.

## PROPORTION DE PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS AYANT DES REVENUS INFÉRIEURS À 50 % DU SEUIL DE FAIBLE REVENU SELON LE SEXE, MONTÉRÉGIE, 2000

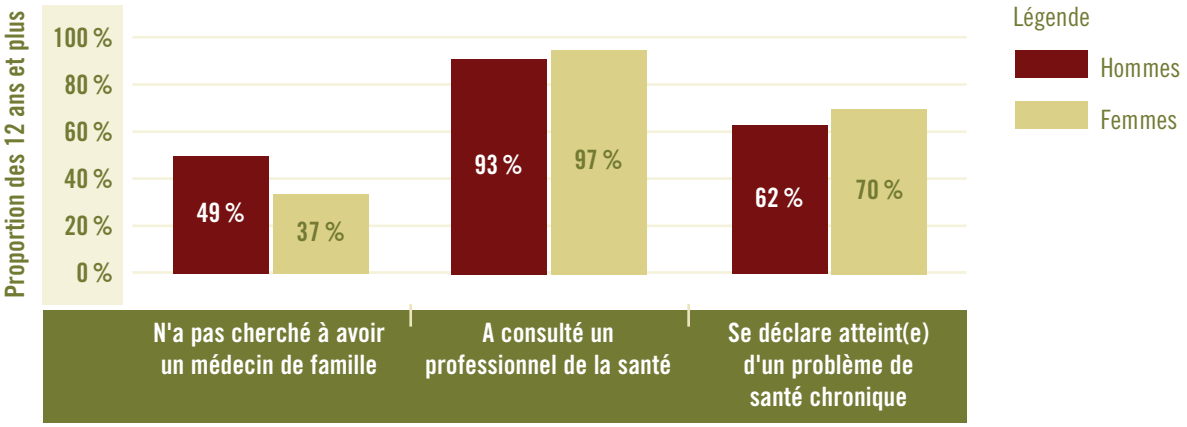



*Source : Recensement 2001 (Statistique Canada)*[45]

## Problèmes de santé : davantage chez les femmes, mais…

Le diagnostic d'un problème de santé repose d'abord sur la consultation d'un professionnel de la santé. Or, les hommes et les femmes se distinguent sur ces deux aspects. En 2005, 70 % des femmes de 12 ans et plus se déclaraient atteintes d'un problème de santé de longue durée[28] comparativement à 62 % des hommes du même âge. Par ailleurs, 83 % des Montérégiennes de 12 ans et plus déclaraient avoir un médecin de famille comparativement à seulement 69 % de leurs homologues masculins. Parmi les personnes n'ayant pas de médecin de famille, les hommes déclaraient plus fréquemment n'avoir pas tenté d'en obtenir un (49 % c. 37 %). Le recours aux services de santé semble donc différent selon le sexe.

### RÉPARTITION DE CERTAINES VARIABLES LIÉES À LA DEMANDE DE SOINS DE SANTÉ SELON LE SEXE, MONTÉRÉGIE, 2005




*Source : ESCC 2005 (Statistique Canada)*[3]

« Demandez et vous recevrez », dit le proverbe. En matière de soins de santé, chaque sexe possède une manière particulière de demander de l'aide. Pour un problème de santé donné, les hommes et les femmes ne frappent pas aux mêmes portes du réseau, ne consultent pas au même stade de la maladie et ne formulent pas leurs difficultés de la même façon. Par exemple, la dépression serait moins efficacement diagnostiquée chez les hommes et ceux-ci attendraient plus souvent d'être en situation de crise avant de consulter. Les hommes répondraient aussi plus favorablement aux traitements axés sur la résolution de problèmes que sur l'introspection[44]. En revanche, les Canadiennes atteintes d'un infarctus aigu du myocarde (communément appelé « crise cardiaque ») sont plus susceptibles de mourir à l'hôpital dans les 30 jours suivant

[28] Dans cette enquête, un problème de santé de longue durée est défini comme un état qui dure ou qui devrait durer plus de 6 mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.

l'événement que leurs homologues[29] [46]. Parmi les explications possibles, on mentionne que comparativement aux hommes, une plus grande part des femmes n'éprouveraient pas les douleurs typiques à la poitrine lors d'une crise cardiaque. Elles attendraient donc plus longtemps avant de se rendre à l'urgence[46].

À la lumière de ce qui précède, les distinctions entre les deux sexes exercent donc forcément une influence sur les services qui leur sont offerts et sur la façon dont ils y répondent. C'est pourquoi il est nettement préférable que les professionnels de la santé et les établissements adaptent leur approche, tant dans l'interaction avec la personne que dans l'organisation globale des services, afin d'offrir des soins et des services qui répondent aux besoins spécifiques des hommes et des femmes et, surtout, à leurs façons bien distinctes de les formuler.

### Les hommes meurent davantage de certaines causes, mais…

Depuis de nombreuses années, les hommes se démarquent par des taux de mortalité beaucoup plus élevés que leurs concitoyennes relativement à certaines causes de décès. C'est notamment le cas du suicide qui, bon an mal an, entraîne presque quatre fois plus de décès chez les hommes. En ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire, le taux de mortalité chez les deux sexes diminue presque au même rythme; toutefois, le taux de mortalité des hommes reste significativement plus élevé que celui observé chez les femmes.

**TAUX ANNUEL MOYEN AJUSTÉ DE MORTALITÉ POUR CERTAINES CAUSES DE DÉCÈS SELON LE SEXE, MONTÉRÉGIE, 1985-1989 ET 2000-2004**

| Causes de décès | Taux ajusté de mortalité (par 100 000) selon la période | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1985-1989 | | 2000-2004 | |
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Suicide | 24 | 7 | 24 | 7 |
| Appareil circulatoire | 522 | 310 | 277 | 187 |
| Cancer du poumon | 117 | 29 | 96 | 49 |

*Sources : Fichier des décès (MSSS), Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003 (ISQ) et Estimation de la population de 1981 à 2026, édition 2005 (MSSS)*[3,28]

[29] Excluant le Québec et la Colombie-Britannique, où la codification des données n'était pas comparable à celle des autres provinces pendant la période étudiée (2004-2005).

L'évolution de la mortalité selon le sexe révèle cependant quelques particularités féminines. Les hommes demeurent deux fois plus à risque de décéder d'un cancer du poumon que les femmes, mais il pourrait éventuellement en être autrement. En effet, le taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes ne cesse de diminuer, alors qu'il s'accroît chez les femmes de façon importante et soutenue. Ce profil reflète l'évolution du déclin du tabagisme chez les deux sexes. En effet, la proportion de fumeurs réguliers chez les Québécois a diminué de façon importante dès le milieu des années 1960, alors que chez les Québécoises, un déclin beaucoup plus modeste s'est amorcé, et ce, seulement au cours des années 1980[47, 48]. Des différences sont encore perceptibles en 2006, notamment chez les élèves du secondaire; le tabagisme y demeure encore plus fréquent chez les Québécoises que chez les Québécois (17 % c. 13 %)[49].

L'environnement social et physique ainsi que les comportements des hommes et des femmes évoluent rapidement, tout comme les impacts sur leur état de santé respectif.

Les conditions et habitudes de vie, de même que l'environnement social et physique des hommes et des femmes, évoluent constamment et rapidement, comme le démontre l'exemple du tabagisme. Ces changements méritent d'être observés avec vigilance afin de pouvoir ajuster les activités à mettre en place, notamment en matière de prévention. À titre d'exemple, pour ce qui est de la prévention du tabagisme chez les jeunes, il serait avantageux d'adapter certains messages et actions en fonction des caractéristiques de chaque sexe.

## Explorer et s'adapter à leurs particularités

La santé ou la maladie ne sont pas l'apanage d'un sexe en particulier. Les environnements physique, culturel et social de notre société exercent une forte influence sur ce que représente être un homme ou une femme et sur la relation que chaque sexe entretient avec la santé. Il n'est donc pas surprenant de constater certaines particularités et d'observer qu'elles évoluent, à l'image de notre environnement socioculturel.

L'analyse différenciée selon les sexes ne se limite pas à distinguer l'évolution de l'état de santé des hommes et des femmes. Les quelques exemples abordés précédemment illustrent d'ailleurs la complexité de la relation entre l'état de santé et le sexe, de même que l'intérêt d'explorer leurs particularités au-delà des généralités. La réduction des influences néfastes sur la santé des hommes et des femmes (déterminants sociaux, habitudes de vie, environnements social et physique) permettra

d'améliorer leur état de santé respectif. Parallèlement, une attention constante doit être accordée afin d'offrir des soins et des services adaptés aux besoins particuliers de chaque sexe, tant pour ce qui est de l'approche individuelle de chaque professionnel que pour la planification des services par les établissements, car les femmes et les hommes sont, et demeureront, uniques en leur genre!

Le milieu de la santé est convié à adapter les soins et services afin de répondre aux besoins de santé spécifiques des hommes et des femmes et, surtout, à leurs façons bien distinctes de les formuler.

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Deux publications distinctes sur les conditions de vie et la santé des hommes et des femmes, soit *La santé des hommes au Québec* et *La santé et les conditions de vie des Québécoises*, toutes deux publiées en 2005 par Les Publications du Québec.
- Le Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, contenant également un chapitre sur l'état de santé des hommes et des femmes, sur le site Internet de l'INSPQ.
- Un vaste recueil de données sur la santé et les situations de vie des Montérégiens et des Montérégiennes, intitulé *Des femmes et des hommes, des différences et des similitudes à connaître pour des interventions adaptées dans le domaine sociosanitaire*, récemment publié par la DSP de la Montérégie. Ce document est disponible au centre de documentation de l'Agence.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# MALADIES TRANSMISSIBLES : encore de belles batailles à livrer!

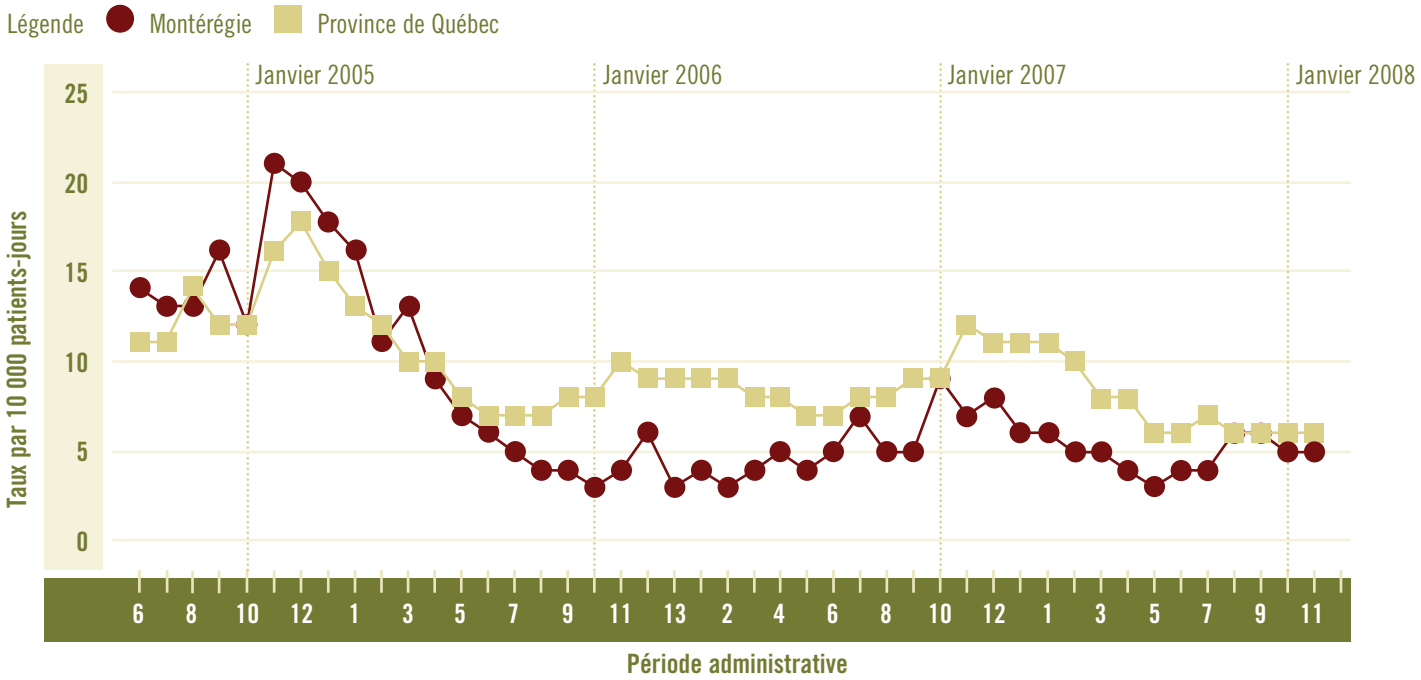
**Il y a quelques décennies, certains ont cru que les maladies infectieuses appartiendraient rapidement à une époque révolue. Bien au contraire, l'apparition de germes résistants aux antimicrobiens et la découverte chez l'humain de nouveaux types d'infections, tels que le SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère), ont démontré les limites de l'arsenal thérapeutique dans la lutte aux maladies infectieuses. Ces phénomènes illustrent également la formidable capacité d'adaptation des micro-organismes, de même que l'impact des changements des modes de vie sur les occasions de transmission. La lutte aux maladies infectieuses n'est donc pas terminée. Heureusement, des stratégies de prévention très efficaces, telles que la vaccination et le contrôle de la transmission des infections, sont toujours disponibles. Puisque l'efficacité de celles-ci dépend directement de leur usage, des améliorations à cet égard s'avèrent constamment nécessaires.**

## La lutte commence par la réduction de la transmission

L'évolution de l'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) met en lumière l'impact majeur d'une amélioration des pratiques de prévention et de contrôle des infections (PCI). En effet, depuis la fin de l'année 2005, les taux d'incidence de DACD en Montérégie sont généralement inférieurs à ceux du Québec. Les efforts consentis régionalement en PCI ont aussi contribué à réduire la transmission d'autres infections nosocomiales, telles que celles à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM). Par rapport à l'année précédente, une diminution de 22 % du nombre de nouveaux cas de colonisation ou d'infection à SARM a été enregistrée en Montérégie en 2006-2007.

Bien entendu, un portrait régional favorable n'exclut pas la survenue d'une éclosion locale. La protection conférée par les pratiques de PCI repose essentiellement sur leur utilisation rigoureuse et constante. Une brèche peut avoir de graves conséquences, tant pour les personnes atteintes que pour les milieux de soins concernés. Chaque CSSS doit donc demeurer vigilant, tant sur les pratiques de PCI, l'hygiène et la salubrité de l'établissement que sur l'évolution locale des données de surveillance.

**TAUX D'INCIDENCE DES DACD NOSOCOMIALES, MONTÉRÉGIE ET QUÉBEC, SEPTEMBRE 2004 À FÉVRIER 2008**

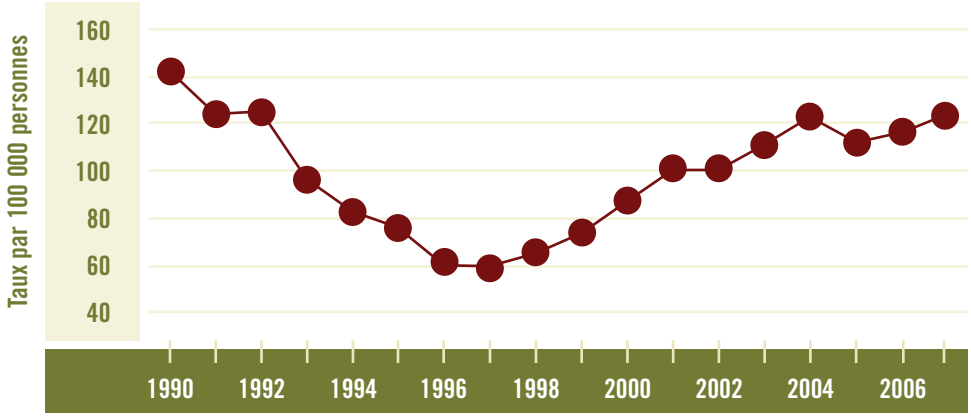



*Source : Système de surveillance des infections à Clostridium difficile*[50]

## Infections transmissibles sexuellement : urgent de remobiliser les troupes!

Le retour en force des infections transmissibles sexuellement (ITS) démontre les dangers de relâcher la vigilance en ce qui concerne les comportements préventifs individuels. Depuis la réapparition de la syphilis contagieuse en 2001, le nombre de cas déclarés en Montérégie a connu une croissance alarmante, passant de 1 cas en 2001 à 34 en 2007. Le taux d'incidence de la gonorrhée a lui aussi presque doublé entre 2004 et 2007. Enfin, le taux d'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de plus de 123 % entre 1997 et 2007; elle demeure donc, et de loin, la maladie à déclaration obligatoire (MADO) la plus fréquemment déclarée en Montérégie.

**TAUX D'INCIDENCE DES INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* PAR 100 000 PERSONNES, MONTÉRÉGIE, 1990 À 2007**




*Sources : Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire et Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003*[51, 52]

Les comportements individuels de prévention des ITS restent donc un sujet d'actualité. Les données illustrent qu'en matière de prévention, l'un des grands défis consiste à assurer le maintien des activités préventives, et ce, même lorsque les statistiques s'améliorent. Dès lors que la perception de la menace s'atténue, la tentation de baisser la garde grandit. C'est à travers la poursuite des activités et des programmes mis en place (ex. : École en santé, SIDEP[30]) que le succès réside. La DSP et les CSSS ont tout avantage à faire front commun pour promouvoir et, en partenariat avec les milieux concernés, mettre en œuvre des interventions de prévention dans les établissements et les milieux de vie. L'implication de leurs partenaires, tels que les réseaux scolaire et communautaire, demeure vital pour parvenir à rejoindre les clientèles les plus à risque (ex. : jeunes, itinérants). Leurs objectifs communs sont de donner de l'information, de faire la promotion des comportements préventifs, de procurer un environnement favorable à leur adoption, de rendre accessibles les moyens de prévention et d'offrir les services dont ces clientèles ont besoin.

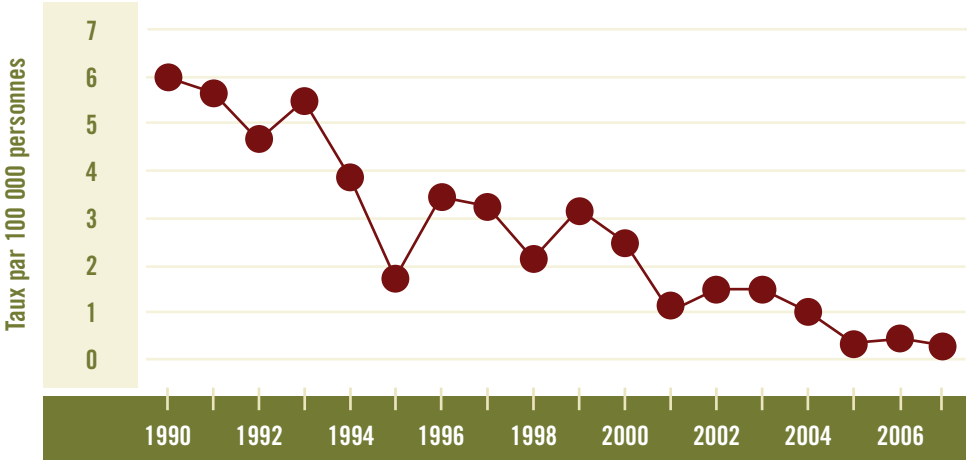
> Un des grands défis consiste à maintenir les activités préventives, surtout lorsque les statistiques s'améliorent.

## La vaccination : une alliée primordiale

L'évolution du taux d'incidence de l'hépatite B entre 1990 et 2006 illustre la contribution importante de la vaccination. Conjuguée aux programmes visant spécifiquement les clientèles à risque, la vaccination de plus de 90 % des jeunes de 4e année du primaire depuis 1999 a permis une diminution fort appréciable du nombre de nouveaux cas d'hépatite B déclarés[51, 53, 54].

[30] Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

### TAUX D'INCIDENCE DE L'HÉPATITE B AIGUË PAR 100 000 PERSONNES, MONTÉRÉGIE, 1990 À 2007




*Sources : Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire et Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003*[51, 52]

> L'ajout de nouveaux vaccins exigera des efforts constants de tous les vaccinateurs afin de s'assurer que les services de vaccination demeurent aisément accessibles.

La vaccination demeure une mesure extrêmement efficace lorsque les personnes visées reçoivent les vaccins recommandés dès qu'elles y sont éligibles. L'ajout rapide de nouveaux vaccins exigera des efforts constants de tous les vaccinateurs, notamment les CSSS, pour s'assurer que les services de vaccination demeureront aisément accessibles en temps opportun afin de maintenir les couvertures vaccinales suffisamment élevées pour protéger l'ensemble de la population.

## Se préparer à l'inévitable

L'émergence de nouvelles infections chez l'humain au cours des dernières années confirme la nécessité de maintenir une vigilance constante, tant au point de vue de la surveillance que de la prévention de la transmission des infections. À titre d'exemple, mentionnons l'apparition du virus du Nil occidental chez l'humain au Québec en 2002, ou encore le développement de résistances à plusieurs antibiotiques, comme observé avec le SARM ou l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV).

Si l'apparition de nouveaux germes est inévitable, une préparation adéquate des acteurs concernés et continuellement mise à jour représente un excellent moyen d'en limiter l'impact sur la santé de la population, surtout en situation d'urgence. Ainsi, on peut présumer que grâce aux travaux de préparation à une éventuelle pandémie d'influenza, la Montérégie est maintenant mieux outillée pour affronter non seulement cette éventualité, mais également des situations similaires, par exemple le SRAS. Les efforts de préparation ne sont donc jamais vains.

Le contrôle des maladies infectieuses et la vaccination figurent parmi les 10 plus grandes réussites en santé publique au cours du dernier siècle[55-57]. Si ces succès illustrent l'efficacité d'une action concertée vers des objectifs bien ciblés, les dernières années nous ont rappelé qu'il y aura encore de belles batailles à livrer. La surveillance, la vaccination, la prévention et le contrôle de la transmission des infections figureront toujours parmi les meilleurs mécanismes de défense dont nous disposerons.

La surveillance, la vaccination ainsi que la prévention et le contrôle de la transmission des infections figureront toujours parmi les meilleurs mécanismes de défense dont nous disposerons.

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- De multiples informations sur la surveillance et la prévention des infections nosocomiales sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.
- Le rapport annuel sur les MADO d'origine infectieuse présentant une analyse de l'évolution des déclarations en Montérégie, sur le site Internet de la DSP de la Montérégie. Vous y trouverez également des données sur les couvertures vaccinales pour les principaux programmes de vaccination ainsi que sur les manifestations cliniques inhabituelles survenant à la suite d'une vaccination.
- Le plan régional contre une pandémie d'influenza et de nombreuses informations relatives à une éventuelle pandémie d'influenza sur le site Internet de l'Agence.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# DES RISQUES DU MÉTIER TROP ÉLEVÉS

**Plus qu'une source de revenus, un emploi procure d'autres bienfaits tels que des occasions de socialisation, d'actualisation de soi ainsi que diverses possibilités de développement personnel. Pourtant, le travail prend encore trop souvent un visage moins réjouissant. De nombreux postes de travail comportent des risques pour la santé et pour la sécurité des travailleurs, risques encourus inutilement, car une bonne part d'entre eux pourraient être éliminés ou réduits. À cet égard, la stratégie la plus efficace consiste à éliminer les risques directement à la source; elle devrait donc être privilégiée au détriment de la protection individuelle des travailleurs. Sur cet aspect, il y a encore des gains appréciables à réaliser. En Montérégie, les risques du métier demeurent tout simplement trop élevés puisqu'on peut les éviter, et ce, au plus grand bénéfice des travailleurs et des employeurs.**

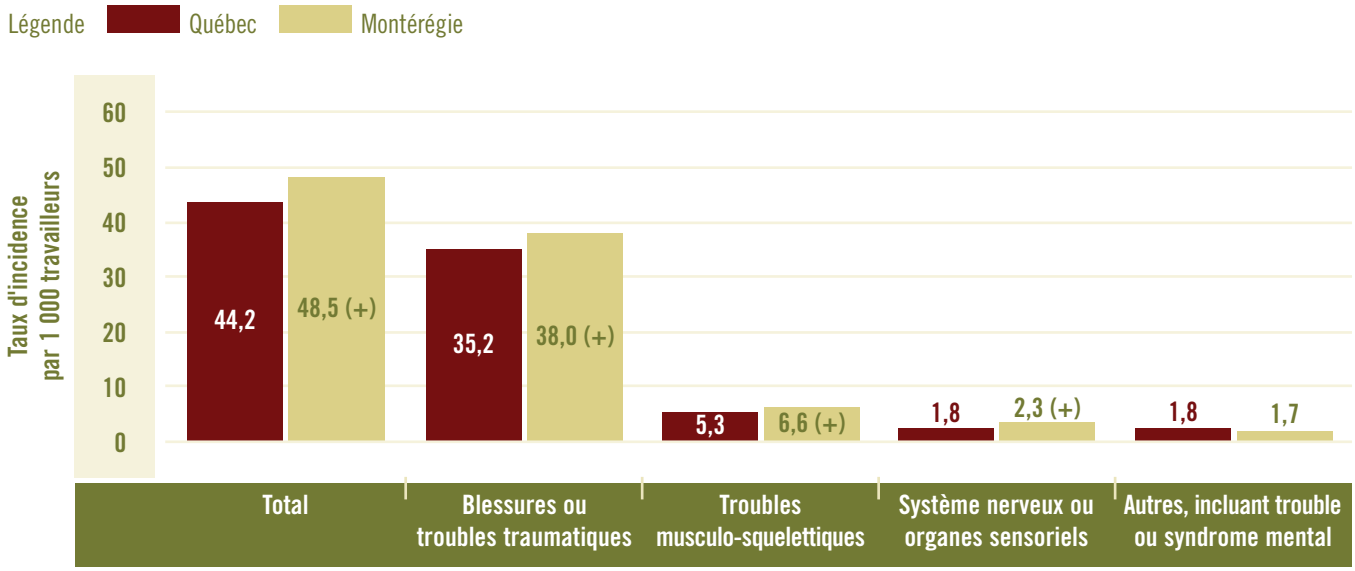
## Une distinction régionale bien peu enviable

> La Montérégie se distingue du reste du Québec par un taux plus élevé de maladies ou blessures survenues à l'occasion du travail.

Si lauréats et grands prix méritent d'être soulignés, d'autres distinctions, moins enviables celles-là, ne doivent pas être ignorées. En matière de santé et de sécurité au travail, la Montérégie fait piètre figure à certains égards puisqu'elle se distingue du reste du Québec par un taux d'incidence significativement plus élevé de maladies ou blessures survenues dans le cadre du travail et indemnisées par la CSST[31]. C'est notamment le cas des troubles musculo-squelettiques (ex. : bursite, tendinite), des blessures ou traumatismes, et des problèmes touchant le système nerveux ou les organes sensoriels, incluant entre autres la surdité causée par le bruit en milieu de travail[16]. Les conditions de travail dans les entreprises montérégiennes ne sont certes pas étrangères à ce triste portrait.

[31] On fait ici référence aux lésions professionnelles déclarées et pour lesquelles il y a eu des déboursés inscrits dans un dossier à la CSST. Il pouvait s'agir d'indemnités pour couvrir les frais médicaux ou de réadaptation, ou d'indemnités versées au travailleur ou à sa famille en guise de remplacement de revenus ou en compensation de dommages corporels ou de décès. Aucune donnée n'est disponible concernant les lésions déclarées et acceptées par la CSST, mais n'ayant pas fait l'objet d'indemnités, ou encore celles réfutées par la CSST.

## TAUX D'INCIDENCE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES DÉCLARÉES ET INDEMNISÉES PAR 1 000 TRAVAILLEURS SELON LA NATURE DE LA LÉSION, MONTÉRÉGIE (RÉGION DE TRAVAIL) ET QUÉBEC, 2001




*(+) : Taux significativement différent du reste du Québec au seuil de 5 %*

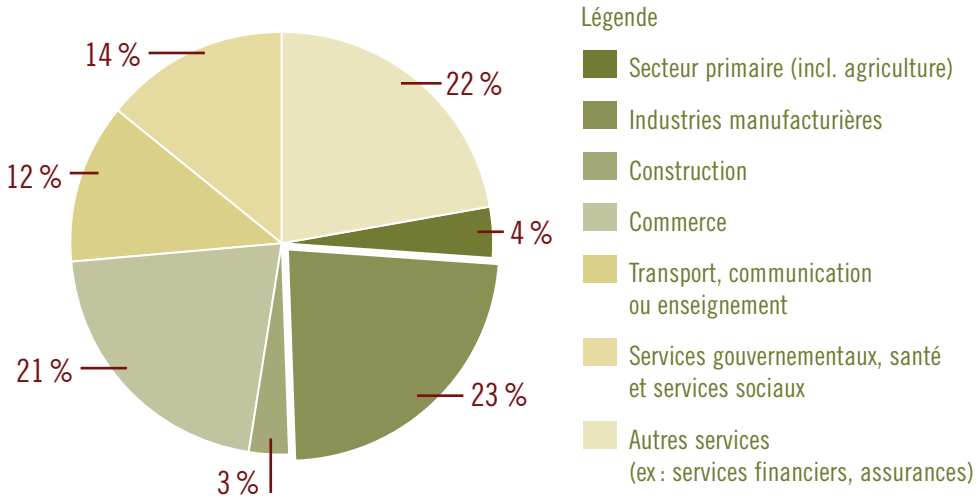
*Sources : Fichier des lésions professionnelles (CSST) et Recensement 2001 (Statistique Canada)*[16]

De nombreux travailleurs occupent des emplois comportant des facteurs de risque pour la santé. En 1998, soit la dernière année pour laquelle des données populationnelles sont disponibles, 21 % des personnes travaillant en Montérégie mentionnaient effectuer un travail répétitif avec les mains et les bras, et un travailleur sur cinq manipulait de lourdes charges. De plus, près du tiers des travailleurs rapportaient avoir des horaires irréguliers ou imprévisibles et 11 % déclaraient être rémunérés au rendement ou à la pièce. Fait distinctif, davantage de travailleurs de la Montérégie, comparativement au reste du Québec, déclaraient devoir faire des efforts en utilisant des outils ou de la machinerie (23 % en Montérégie c. 18 % au Québec). Bien que moins fréquents, les agresseurs chimiques contaminent également le milieu de travail de nombreux travailleurs. À titre d'exemple, près de 1 travailleur montérégien sur 10 se déclarait exposé aux solvants en 1998[16].

Le type d'industries présentes en Montérégie pourrait partiellement expliquer ce profil de risque plutôt inquiétant. La proportion de travailleurs œuvrant dans des industries manufacturières est particulièrement élevée en Montérégie. Or, en 2005, les Canadiens occupant des emplois dans le secteur des transports, de la machinerie, de la transformation et de la fabrication étaient de 2 à 3 fois plus à risque d'avoir subi au moins une blessure[32] au travail durant l'année précédente[58].

[32] Blessures non associées à des mouvements répétitifs et suffisamment graves pour limiter les activités normales.

**RÉPARTITION DES TRAVAILLEURS† SELON LE TYPE D'INDUSTRIES, MONTÉRÉGIE (RÉGION DE TRAVAIL), 2001**




*† : Population active occupée de 15 ans et plus*
*Source : Recensement 2001 (Statistique Canada)*[16]

Certains milieux de travail présentent des risques pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent. Le programme *Pour une maternité sans danger* permet à ces dernières de demander une évaluation des risques associés à leur poste de travail. Si ceux-ci ne peuvent être éliminés ou que la travailleuse ne peut être réaffectée temporairement à un poste sans danger pour elle ou l'enfant, elle est retirée du milieu de travail, ce qu'on appelle plus communément le retrait préventif. Pendant la période 2000-2004, 3 922 demandes soumises en moyenne annuellement par des travailleuses en Montérégie comportaient un ou plusieurs risques. Les contraintes ergonomiques représentaient le type de risque le plus fréquent.

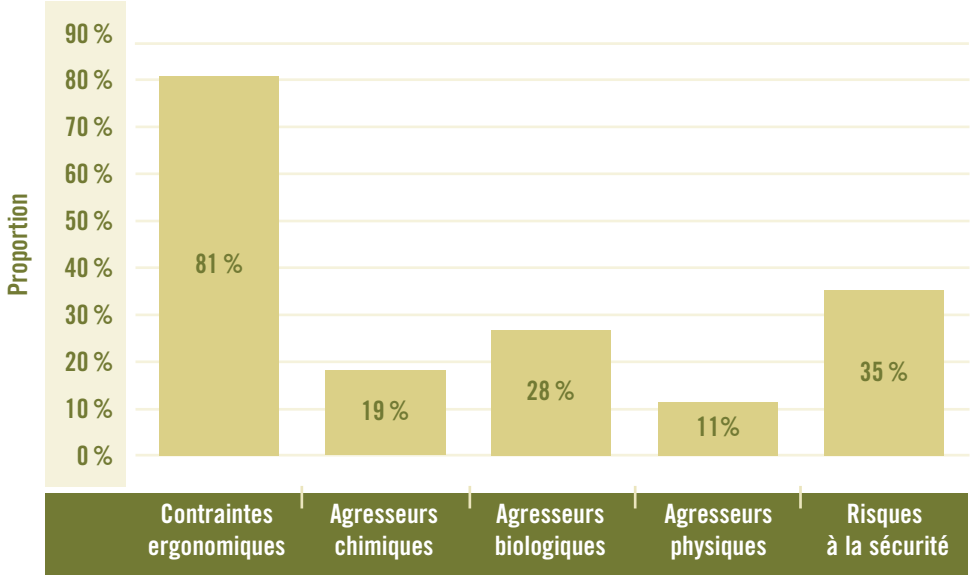
Le profil de la Montérégie permet de croire que des progrès en matière de prévention sont encore possibles. Que peuvent faire les entreprises pour réduire les risques pour la santé des travailleurs et ainsi mieux la protéger?

## Conjuguer « travail » et « santé » : rien de sorcier

Actuellement, environ 30 % des entreprises montérégiennes sont desservies par le réseau de santé publique pour des activités de prévention en santé au travail[33]. Malgré les efforts consentis par les entreprises, les progrès en ce qui concerne la prévention demeurent mitigés, comme l'illustre la problématique du bruit en milieu de travail. En effet, une

[33] La CSST classifie les entreprises selon 6 groupes prioritaires. Actuellement, le règlement sur les services de santé au travail ne s'applique qu'aux groupes 1 à 3. Pour davantage de détails à ce sujet, veuillez consulter le Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 de la Montérégie.

**PROPORTION DES DEMANDES DE RETRAIT PRÉVENTIF DE TRAVAILLEUSES ENCEINTES AVEC RISQUE À ÉLIMINER SELON LE TYPE DE RISQUES PRÉSENTS, MONTÉRÉGIE (RÉGION DE TRAVAIL), 2000-2004**




*Source : Système informatisé de surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs*[16]

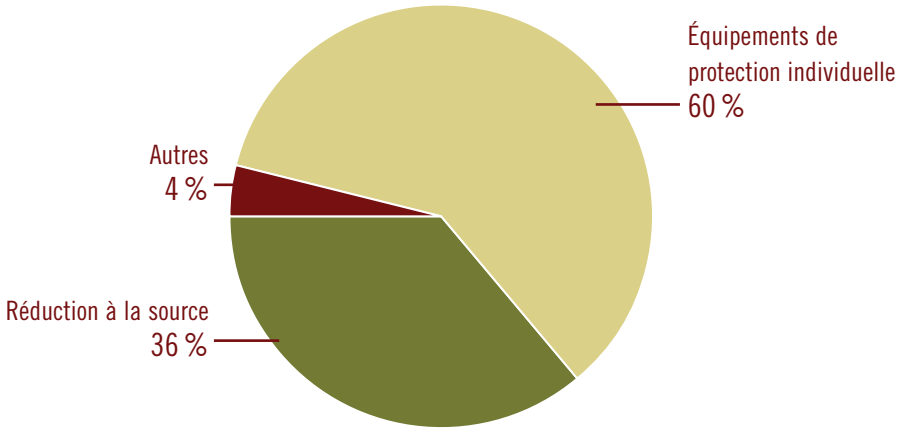
exposition à un niveau de bruit égal ou supérieur à 85 dBA[34] fait l'objet d'une surveillance particulière parce qu'elle peut être associée à une atteinte irréversible de l'audition. Pourtant, la situation ne s'améliore guère, car en 2003, 47 % des entreprises desservies comportaient au moins un travailleur exposé à un niveau de ≥ 85 dBA, soit exactement la même proportion qu'en 1998. En 2003, on comptait près de 5 000 travailleurs exposés de plus qu'en 1998, pour un total de 29 141 travailleurs répartis dans 893 entreprises. Moins de la moitié (48 %) de ces entreprises ont effectué des interventions visant à prévenir les effets néfastes du bruit. Parmi celles-ci, seulement 36 % ciblaient spécifiquement la réduction du bruit à la source (ex. : encoffrement des machines, cabine insonorisante pour le travailleur, installation de silencieux)[60].

Des stratégies de prévention efficaces, comme l'élimination ou la réduction des risques à la source, peuvent être implantées dans une multitude d'entreprises.

Malgré la disponibilité de multiples dispositifs permettant l'élimination ou la réduction des risques à la source, les entreprises privilégient encore trop souvent les équipements de protection personnelle (ex. : serre-tête antibruit, bouchons pour les oreilles). Souvent encombrants, inconfortables et de qualité variable, ces équipements ne favorisent pas une utilisation soutenue et ils peuvent même, dans certaines circonstances, représenter un danger pour la sécurité du travailleur (ex. : incapacité à entendre une sirène d'alarme).

[34] Il existe plusieurs réseaux de pondération de décibels (A, B, C et D). Le dBA est un réseau de mesure du niveau de pression sonore qui a été établi en fonction de la sensibilité de l'oreille humaine pour des sons d'amplitude relativement faible[59].

**RÉPARTITION DES RÉALISATIONS DE PRÉVENTION DU BRUIT EFFECTUÉES PAR LES ENTREPRISES SELON LE TYPE DE FACTEURS CIBLÉS, MONTÉRÉGIE, 2003**




*Source : Enquête Vision 2005*[60]

L'élimination ou la réduction des risques directement à la source demeure la stratégie de prévention la plus efficace puisqu'elle protège en tout temps l'ensemble des travailleurs. Flexible, elle revêt diverses formes selon le contexte (ex. : substitution de procédés ou de produits par d'autres plus sécuritaires, isolement de la machinerie à risque, captage et confinement des contaminants dès leur production). La CSST et les CSSS sont en mesure de fournir aux entreprises une expertise en matière de prévention des risques spécifiques aux différents milieux de travail, qui, desservis ou non par le réseau de la santé publique, ont un rôle crucial à exercer en cette matière.

En outre, non seulement les employeurs protègent ainsi la santé des travailleurs, mais ils bénéficient eux-mêmes des avantages ainsi générés (ex. : réduction des lésions professionnelles, diminution des cotisations à la CSST, réduction du roulement de personnel).

Les milieux de travail offrant un environnement favorable à la santé disposeront d'un atout significatif pour conserver leur main-d'œuvre qualifiée.

De façon plus globale, les employeurs sont des acteurs clés, car ils ont également la possibilité d'offrir à leurs travailleurs un environnement favorisant une bonne santé mentale et l'adoption de saines habitudes de vie. Ils contribuent ainsi significativement à la prévention de problèmes de santé très répandus tels que les problèmes de santé mentale, les maladies cardiaques ou le cancer. De plus, eux-mêmes profitent des bénéfices de ce type d'action : outre la réduction de l'absentéisme et le gain de productivité potentiel, ils disposent d'un atout significatif pour conserver leur main-d'œuvre qualifiée. Il y a donc de nombreux avantages, et de toutes sortes, à réduire les risques du métier!

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Des informations sur la nouvelle norme *Entreprise en santé* (BNQ 9700-800) sur le site Internet du Bureau de normalisation du Québec. Cette norme identifie des interventions et des mesures à mettre en place dans les milieux de travail pour favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie par les travailleurs et le maintient d'un milieu de travail favorable à la santé.

- Une multitude d'informations sur les activités et programmes de prévention ainsi que sur les services offerts par les équipes en santé au travail du réseau de santé publique, sur le site Internet du réseau public québécois en santé au travail.

- Le rapport, intitulé *Opération Vision 2005 : Portrait des établissements de la Montérégie*, présentant un profil détaillé des milieux de travail desservis par les services de santé au travail du réseau de santé publique : caractéristiques des milieux, risques présents, activités de prévention, et bien plus sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# LA QUALITÉ DE L'AIR ET DE L'EAU PRISE D'ASSAUT

**Ce n'est pas sans raisons qu'un nombre grandissant de voix s'élèvent pour sonner l'alarme en ce qui concerne l'environnement. La croissance démographique, le développement économique ainsi que l'évolution des modes de vie exercent une pression toujours croissante. Utilisé à maints usages (industriel, résidentiel, agricole), l'environnement montérégien subit l'assaut de menaces dont l'impact sur la santé de la population est déjà perceptible. La situation nécessite des actions vigoureuses, tant collectives qu'individuelles. Réduction des émissions de contaminants, protection des sources d'eau et des sols, accès et utilisation des modes de transport actif ou collectif : voilà un bref aperçu des actions à entreprendre par l'ensemble des acteurs de chaque communauté (industriels, MRC, CRE, municipalités, agriculteurs, citoyens, etc.). La clé de voûte d'une stratégie efficace : agir tous ensemble et dès maintenant.**

## Qualité de l'air extérieur : matière à susciter de vives inquiétudes

L'évolution du nombre de tonnes de matières et de contaminants relâchés dans l'air extérieur en Montérégie n'a rien de rassurant. Entre 2002 et 2005, les émissions reliées à l'activité industrielle se sont accrues de 34 % en Montérégie comparativement à une réduction de 11 % au Québec.

Ces données ne concernent toutefois qu'une portion des industries. En effet, la loi fédérale oblige seulement certains types d'industries à déclarer leurs émissions à l'Inventaire national des rejets polluants (INRP)[62]. De plus, ces déclarations ne font pas l'objet de vérifications par Environnement Canada. On peut donc raisonnablement supposer que la quantité de matières et de contaminants émis par les industries de la Montérégie est plus élevée que ce qui apparaît dans les statistiques disponibles.

Les industries n'apportent donc pas uniquement des emplois et une activité économique locale, elles entraînent parfois d'autres retombées nettement moins opportunes. Heureusement, la technologie met à la disposition de certaines industries des moyens de réduire les quantités de polluants émis. En modifiant leurs procédés en ce sens, les industriels investissent non seulement dans leurs entreprises, mais également dans une saine relation de

## NOMBRE DE TONNES DE POLLUANTS ATMOSPHÉRIQUES ÉMIS PAR LES INDUSTRIES ET NOMBRE D'INDUSTRIES AYANT DÉCLARÉ DES ÉMISSIONS ATMOSPHÉRIQUES, MONTÉRÉGIE, 2002 À 2005

*Source : Fichier de l'Inventaire national des rejets polluants (Environnement Canada)*[61]

bon voisinage et dans la santé de leurs employés et concitoyens. Les municipalités devraient aussi tenir compte des risques occasionnés par la dégradation de la qualité de l'air dans la planification de l'aménagement urbain autour des quartiers industriels, par exemple en limitant ou en évitant le développement domiciliaire aux abords de zones industrielles.

La qualité de l'air extérieur se dégrade également en raison des émissions liées au transport. En 2000, on estimait qu'en Montérégie, 60 % des émissions polluantes liées notamment aux gaz à effet de serre (GES) étaient générées par le transport[61]. L'étalement urbain contribue particulièrement à la dégradation de la qualité de l'air extérieur en stimulant le recours à la voiture. En 2001, 84 % de la population[35] de la Montérégie utilisait la voiture pour se rendre au travail, soit à peine 1 % de moins qu'en 1996. Dans la plupart des RLS, moins de 7 % de la population[36] utilise le transport en commun pour aller au travail, à l'exception des RLS Pierre-Boucher (17 %) et Champlain (23 %). L'usage du vélo ou le fait de marcher pour se rendre au travail reste encore marginal; tout au plus 10 % de la population recensée[37] y a recours dans les RLS où ils sont les plus populaires (RLS La Pommeraie et Haut-Saint-Laurent).

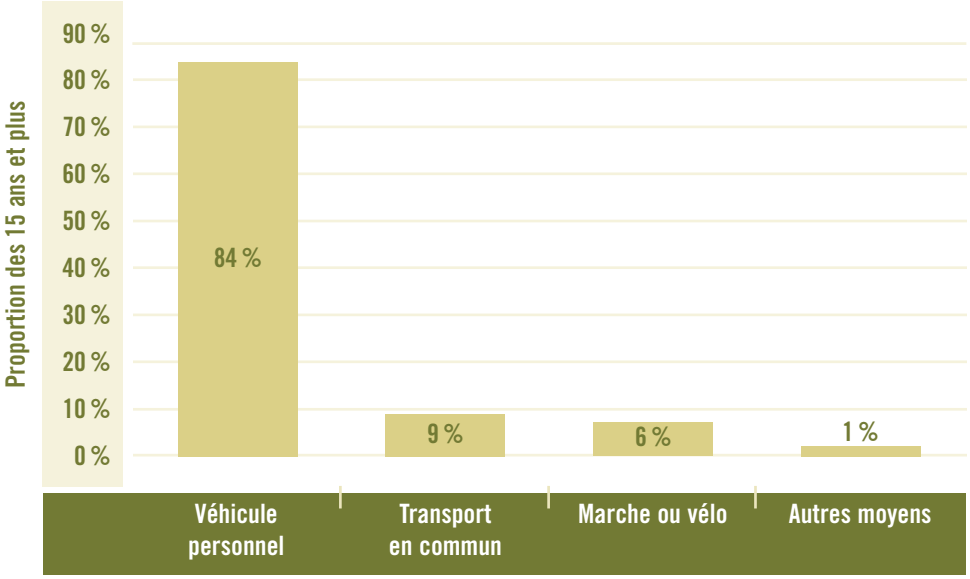
> Les industries n'apportent pas uniquement des emplois et une activité économique locale : elles entraînent parfois d'autres retombées nettement moins opportunes.

[35] La population concernée par cette donnée est la population active occupée de 15 ans et plus. Celle-ci correspond aux personnes de 15 ans et plus occupées pendant la semaine ayant précédé le jour du recensement, qu'elles aient été au travail ou temporairement absentes de leur travail pour diverses raisons.

[36] Idem note précédente.

[37] Idem note précédente.

**RÉPARTITION DE LA POPULATION† SELON LE MODE DE TRANSPORT UTILISÉ POUR SE RENDRE AU TRAVAIL, MONTÉRÉGIE, 2001**




*† : Population active occupée de 15 ans et plus*

*Source : Recensement 2001 (Statistique Canada)*[17]

Les actions vigoureuses visant à assainir l'air extérieur ne doivent souffrir d'aucun délai supplémentaire puisque les effets sur la santé de la population sont déjà présents. La DSP estime qu'annuellement, environ 820 décès, soit 9 % de tous les décès survenus en 2003 en Montérégie, seraient liés à une mauvaise qualité de l'air extérieur. De même, environ 3 280 hospitalisations liées à des conditions cardiaques ou pulmonaires seraient associées à la qualité de l'air extérieur, dont une centaine d'hospitalisations dues à l'asthme. Cela représente approximativement 3 % des hospitalisations de courte durée en Montérégie au cours d'une année[38] [61, 63]. Une amélioration de la qualité de l'air pourrait non seulement prévenir des décès et améliorer la santé de la population, mais aussi contribuer à libérer des lits d'hôpitaux.

Les autorités municipales peuvent limiter l'étalement urbain et favoriser les mesures visant à réduire l'usage des véhicules personnels. Dans cette perspective, l'amélioration du réseau de transport en commun représente une alternative plus qu'intéressante à valoriser. L'aménagement de circuits reliant entre elles les villes de la Montérégie, notamment celles de la couronne sud de Montréal[39], diminuerait les temps de parcours et le

[38] Ces estimations sont basées sur les équations développées par les travaux de Pengelly et Sommerfreud[63].

[39] La couronne sud de Montréal correspond à environ 71 % de la population montérégienne et est répartie dans 57 municipalités et une réserve indienne[64].

nombre de transferts requis, incitant ainsi davantage de personnes à utiliser les transports en commun. À relativement peu de frais, toutes les municipalités pourraient favoriser l'organisation d'autres modes de transport collectif, tels que les taxi-bus ou le covoiturage.

Non seulement le transport collectif réduit-il l'engorgement routier, mais il contribue également à diminuer les émissions des GES attribuables au transport et il favorise l'activité physique (pour se rendre à l'arrêt d'autobus par exemple). On mise donc ainsi sur une belle synergie : améliorer la qualité de l'air et contribuer à combattre le surplus de poids! Vu sous un autre angle, le transport collectif permet également de briser l'isolement social et de favoriser l'accès à davantage de services (éducation, santé) pour les personnes ne possédant pas de véhicule; il se révèle donc avantageux à plus d'un point de vue[65].

On ne peut non plus ignorer l'impact des GES sur le climat. L'activité humaine reste la principale cause de l'augmentation rapide et constante des émissions de GES, entraînant ainsi un réchauffement climatique. Subtilement, celui-ci a probablement contribué à prolonger la saison de pollinisation de l'herbe à poux, passée d'environ 71 jours en 1994 à 126 jours en 2003[64]. Ces 50 jours supplémentaires influencent directement l'état de santé des 260 000 Montérégiens qui, en 2008, y seraient allergiques. Les changements climatiques accroîtront aussi le nombre d'événements extrêmes tels que les tempêtes de verglas, les sécheresses prolongées ou les canicules, entraînant dans leur sillage une hausse des consultations médicales, des hospitalisations et des décès[66]. La Montérégie connaît bien les impacts de tels événements, tant sur la santé que sur d'autres secteurs (économie, agriculture, etc.). À moins d'agir rapidement et fermement, il faut s'attendre à devoir revivre éventuellement ce genre de désastre.

> La surveillance de la qualité de l'eau, la préservation de la ressource et la protection de la santé de la population s'avèrent plus que jamais essentielles.

## La qualité de l'eau : ça ne coule pas de source…

Ouvrir le robinet et boire l'eau qui en coule. Un geste dont la simplicité masque non seulement la complexité du processus d'approvisionnement en eau potable, mais également la vulnérabilité de la ressource. Environ 14 % des Montérégiens seraient alimentés en eau potable par un puits privé[17]. On possède peu de données sur la qualité de cette eau, car le *Règlement sur la qualité de l'eau potable* s'applique uniquement aux réseaux d'aqueduc municipaux ou privés[61].

La surveillance de l'eau distribuée par les réseaux d'aqueduc révèle que la qualité de l'eau pose parfois certains problèmes. Durant l'année 2006, en moyenne, quotidiennement, 4 800 Montérégiens n'ont pas eu accès à de l'eau potable en raison d'un avis de non-consommation ou d'ébullition.

## NOMBRE D'AVIS D'ÉBULLITION OU DE NON-CONSOMMATION DE L'EAU, MONTÉRÉGIE, 2002 À 2007

*Source : Système Eau potable (Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs)*[61]

Si la plupart des avis ne durent que quelques jours, 35 % des 246 avis émis entre 2002 et 2006 ont perduré pendant plus d'un mois, certains demeurant en vigueur pendant plus de 2 ans[61]. Cette problématique touche particulièrement les réseaux d'eau potable desservant moins de 1 000 personnes.

Il est surprenant de constater, qu'encore aujourd'hui, il soit difficile d'assurer à tous l'accès à de l'eau potable en tout temps. En ce sens, les acteurs locaux, notamment les municipalités et les gestionnaires de réseaux, ont un rôle critique à jouer afin de prévenir des problèmes de santé reliés à l'eau chez les usagers desservis par le réseau. On pense, entre autres, à la protection des sources d'eau, au traitement et à la distribution d'une eau saine ainsi qu'à la surveillance de la qualité de l'eau distribuée. La protection des sources d'eau potable interpelle aussi les industriels et les agriculteurs, comme le démontre la contamination de certaines nappes phréatiques par des produits chimiques ou par la présence de certains micro-organismes dans les eaux de surface situées en régions agricoles.

La dégradation des eaux de surface inquiète également à plusieurs égards, comme l'illustre la problématique des cyanobactéries. L'exposition potentielle des populations environnantes aux toxines produites par de grandes accumulations de ces algues ne constitue que l'une des nombreuses facettes de cette problématique. L'interruption de l'usage récréatif des plans d'eau touchés et les impacts économiques qui en découlent influencent aussi, mais d'une autre manière, la santé de ces communautés. Le développement des cyanobactéries étant favorisé par divers facteurs (ex. : excès de phosphore lié aux engrais agricoles et aux rejets domestiques, changements climatiques), de nombreux acteurs ont la possibilité d'agir[67]. La préservation de la qualité de l'eau, notamment par la réduction des rejets dans les plans d'eau, et la protection de la population en présence

de cyanobactéries sont nécessaires afin de mieux contrôler leur émergence et prévenir leurs impacts sur la population. Les municipalités, agriculteurs, riverains et citoyens sont conviés à s'impliquer en ce sens.

Les quelques données présentées dans ce chapitre illustrent la fragilité de l'état de l'environnement en Montérégie. Les modes de vie actuels ainsi que le développement économique ont un coût qu'il faut maintenant acquitter. Seule une modification des comportements et des façons de faire peut freiner la détérioration de l'environnement et prévenir les impacts néfastes sur la santé de la population. La clé de la réussite réside dans la synergie des gestes posés quotidiennement par tous les acteurs de la communauté.

En tant que décideurs, employeurs, agriculteurs, employés ou citoyens, tous les Montérégiens ont un rôle crucial à jouer pour réduire la détérioration de l'environnement.

Les occasions d'agir ne manquent pas, bien au contraire! Le deuxième rapport de la directrice de santé publique, intitulé *Des environnements physiques sains et sécuritaires : éléments clés pour la santé des communautés*, propose une foule de pistes d'action pour chaque secteur de la société ainsi que plusieurs exemples de « bons coups » réalisés par divers acteurs locaux[64]. En voici un aperçu : évaluer et réduire les impacts de l'aménagement du territoire (urbain, industriel, agricole) sur l'environnement; implanter des mesures visant à réduire la contamination de l'eau; réduire les émissions de contaminants; privilégier les modes de transport actif et collectif.

En tant que décideurs, employeurs, agriculteurs, employés ou citoyens, tous les Montérégiens ont un rôle crucial à jouer pour réduire la détérioration de l'environnement. Les effets sur la santé de la population sont d'ores et déjà apparents : il faut donc agir tous ensemble et dès maintenant.

## Pour en savoir plus. . . VOUS TROUVEREZ :

- Le Rapport de la directrice de santé publique 2006, intitulé *Des environnements sains et sécuritaires : éléments clés pour la santé des communautés*, abordant les environnements physiques sous divers angles et suggérant des pistes d'action pour tous les acteurs de la communauté, sur le site Internet de la DSP de la Montérégie.

- En complément au rapport annuel 2006, un bilan de la santé environnementale pour chaque territoire de RLS est présentement en élaboration. Intitulé *La santé environnementale en Montérégie et ses régions*, il sera accessible pour consultation sur le site Internet de la DSP de la Montérégie dès que finalisé.

Une liste des adresses Internet pour chacune de ces suggestions est disponible au « www.rrsss16.gouv.qc.ca/rapportdsp2008 ».

# CONCLUSION

À plusieurs égards, l'état de santé des Montérégiens s'est amélioré de façon appréciable au cours des dernières années, mais des gains peuvent encore être réalisés. En effet, le vieillissement de la population et la progression de certains facteurs de risque se traduiront vraisemblablement par une hausse du nombre de personnes atteintes de diverses maladies chroniques et des incapacités qui en résultent. L'offre de services de santé et de soutien devrait dès maintenant être planifiée pour être en mesure d'y faire face. Il faudrait examiner de plus près l'accessibilité locale et régionale aux services requis, par exemple en santé mentale, afin d'identifier l'implantation de mesures appropriées à chaque situation. Qu'elles soient locales ou régionales, toutes les améliorations apportées afin d'ajuster l'offre de services aux besoins de la population représentent un pas dans la bonne direction.

Par ailleurs, des actions limitées aux services de santé ne suffiront pas. De vigoureuses interventions préventives visant l'ensemble des déterminants demeurent indispensables pour améliorer l'état de santé de la population. C'est dans cette optique que se révèle le caractère stratégique des actions en prévention. Ces dernières restent essentielles, qu'il s'agisse de réduire l'impact sanitaire d'événements soudains (ex. : infections émergentes), de réduire le risque de maladies (ex. : maladies chroniques), de renverser une tendance défavorable (ex. : traumatismes routiers, ITS) ou d'éviter le développement de problèmes de santé et d'adaptation sociale.

En matière de prévention, il y a de multiples cibles à viser, selon le contexte et le thème choisis. Toutefois, une constante se profile, soit la nécessité de rendre les environnements et conditions de vie des individus favorables à la santé. Toutes les actions sont importantes, qu'elles soient locales (ex. : réaménager un site routier dangereux, réduire les risques à la source en milieu de travail), sous-régionales ou régionales (ex. : bonifier les circuits de transport en commun) et elles reposent principalement sur l'implication de l'ensemble des acteurs de la société. Ceux des milieux scolaire, municipal, économique, agricole et communautaire détiennent à ce chapitre un rôle irremplaçable et synergique. Puisque l'impact des actions d'un acteur se verra souvent amplifié par les actions d'un autre, la concertation locale recèle alors de nombreux avantages.

À travers un survol de quelques thèmes, ce rapport a illustré sous divers angles l'état de la santé de la population de la Montérégie. Il visait à éclairer la situation dans le but d'être utile à la planification locale et régionale, tant en matière de services de santé que d'actions intersectorielles et communautaires. L'amélioration de l'état de santé figure probablement parmi les plus beaux projets qu'une société ou une communauté puisse se donner. Une connaissance partagée de l'état de santé de la population et des principaux axes d'intervention nécessaires pour l'améliorer constitue, sans aucun doute, l'une des conditions favorables à la réussite d'un tel projet. C'est donc ce à quoi ce rapport espère avoir contribué de manière significative.

1. **CLARKE, J. N. (2004).** *Health, Illness, and Medicine in Canada*, 4e éd, Don Mills, Oxford University Press, 441 p.
2. **INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2005).** *Perspectives démographiques 2001-2026 basées sur le recensement 2001, édition 2003*, Gouvernement du Québec.
3. **DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE.** Traitement de données par le secteur Surveillance de l'état de santé de la population, [s.l.], Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
4. **ROSE, G. (1992).** *The strategy of preventive medicine*, New York, Oxford University Press, 138 p.
5. **HANCOCK, T. (1993).** « Health, human development and the community ecosystem : three ecological models ». *Health Promotion International*, vol. 8, n° 1, p. 41-46.
6. **COHEN, D. A., R. A. SCRIBNER et autres (2000).** « A structural model of health behavior : a pragmatic approach to explain and influence health behavior at the population level ». *Preventive Medicine*, vol. 30, n° 2, p. 146-154.
7. **STATISTIQUE CANADA (2006).** *Faible rémunération et faible revenu*, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 14 p.
8. **BRUNNER, E. et M. MARMOT (2006).** *Social organization, stress and health*, dans M. Marmot et R.G. Wilkinson Éditeurs, *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, p. 6-30.
9. **ROSS, N. A. (2004).** *Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population?*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 28 p.
10. **WILKINSON, R. G. (2006).** *Ourselves and others - for better or worse : social vulnerability and inequality*, dans M. Marmot et R.G. Wilkinson Éditeurs, *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, p. 341-357.
11. **RAPHAEL, D. (2006).** *Les inégalités de santé au Canada : faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités*, dans M. O'Neil et autres Éditeurs, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Lévis, Les Presses de l'Université Laval, p. 138-159.
12. **EVANS, R. G. (1996).** *Introduction*, dans R.G. Evans et autres Éditeurs, *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 13-35.
13. **HEISZ, A. (2007).** *Inégalité et redistribution du revenu au Canada : 1976 à 2004*, Ottawa, Statistique Canada, 63 p.
14. **MORISSETTE, R. et X. ZHANG (2006).** « Inégalité de la richesse : second regard ». *L'emploi et le revenu en perspective*, vol. 7, n° 12, p. 7-19.
15. **BARTHOLOMEW, S., J. CRAIN et autres (2003).** *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 232 p.
16. **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006).** *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, [s. l.], Gouvernement du Québec, 659 p.
17. **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC.** *Portail informationnel de l'Infocentre de santé publique du Québec. Portrait de santé - mesures et outils.* [En ligne]. **https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/portail/sante/public/infocentre/accueil/?lang=fr. (2007).**
18. **PAQUET, G., P. GAMACHE et autres.** *Avant les première années scolaires, peut-on déjouer l'adversité liée au fait de vivre au bas de l'échelle?* Présentation lors des JASP 2006, [En ligne], **http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives/pdf/2006/JASP2006-Enfance-GPaquet3.PDF.**
19. **PAQUET, G. et D. HAMEL (2005).** *Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale*, [s. l.], Institut de la statistique du Québec, 16 p.
20. **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2007).** *Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, [s. l.], Gouvernement du Québec, 162 p.
21. **INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006).** *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, [s. l.], Gouvernement du Québec, 85 p.
22. **CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE (2006).** *Rapport annuel 2005-2006. Une année tremplin*, [s. l.], 42 p.
23. **ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2007).** *Évolution des services de première ligne offerts à la clientèle jeunesse en général et aux jeunes en difficulté par les CSSS - mission CLSC (2002-2003 à 2005-2006)*, [s. l.], AQESSS, 32 p.

24. **MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2007).** *Indicateurs de l'éducation - édition 2007*, [s. l.], Gouvernement du Québec, 131 p.

25. **MARTIN, C. et L. ARCAND (2005).** *École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, [s. l.], Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, 66 p.

26. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997).** *Promoting health through schools. Report of a WHO expert committee on comprehensive school health education and promotion*, Geneva, World Health Organization, 93 p.

27. **BELLEROSE, C., J. BEAUDRY et autres (2002).** *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie. Rapport général*, Longueuil, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 194 p.

28. **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC.** La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026, édition 2005, Gouvernement du Québec.

29. **GAGNÉ, M.** Traitement de données sur les hospitalisations liées aux traumatismes routiers, Institut national de santé publique du Québec.

30. **HAMEL, D. (2001).** *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 462 p.

31. **PRÉVOST, C. (2006).** *Décès par intoxication involontaire au monoxyde de carbone au Québec non liés à des incendies (1989 à 2001)*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 45 p.

32. **AUCOIN, L. (2005).** « La gestion des maladies chroniques ou comment améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des malades tout en sauvant des sous ». PRIISME Info. *Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois*, p. 15-22.

33. **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004).** *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, [s. l.], Gouvernement du Québec, 75 p.

34. **BIBBINS-DOMINGO, K., P. COXSON et autres (2007).** « Adolescent overweight and future adult coronary heart disease ». *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 23, p. 2371-2379.

35. **BARON, G., A. TREMBLAY et autres (À paraître).** *Prévalence du dépistage et du counseling en [sic] regard de la prévention des cancers et certains autres facteurs de risque des maladies cardiovasculaires en Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

36. **DREWNOSWSKI, A. (2004).** « Obesity and the food environment. Dietary energy density and diet costs ». *American Journal of Preventive Health*, vol. 27, n° 3S, p. 154-162.

37. **INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC.** Estimation de la donnée de prévalence du diabète, Gouvernement du Québec (communication personnelle).

38. **LAROCHE, D. (2007).** *Contexte et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes au Canada en 2004*, [s. l.], Institut de la statistique du Québec, 117 p.

39. **FORTIN, L. (2002).** *Violence et problèmes de comportement*, dans C. Daveluy et autres Éditeurs, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*, [s. l.], Institut de la statistique du Québec, p. 451-470.

40. **LÉVESQUE, J.-F., R. PINEAULT et autres (2007).** *L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales [sic] à Montréal et en Montérégie*, [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 83 p.

41. **STATISTIQUE CANADA (2007).** *Analyse du Fichier de microdonnées de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2005*, Gouvernement du Canada.

42. **HÉBERT, R., N. DUBUC et autres (1997).** *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, [s. l.], Les Publications du Québec, 279 p.

43. **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004).** *Guide-mémoire de l'analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux*, [s. l.], Gouvernement du Québec, 15 p.

44. **TREMBLAY, G., R. CLOUTIER et autres (2005).** *La santé des hommes au Québec*, Québec, Les Publications du Québec, 179 p.

45. **LEDUC, F. (2006).** *Des femmes et des hommes, des différences à connaître pour des interventions adaptées dans le domaine sociosanitaire*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 69 p.

46. **INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2006).** *Les soins de santé au Canada*, [s. l.], Statistique Canada, 80 p.

47. **INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000).** *Enquête sociale et de santé 1998*, [s. l.], Gouvernement du Québec, 642 p.

48. **ROY, L. (1985).** *Le point sur les habitudes de vie : le tabac*, [s. l.], Conseil des affaires sociales et de la famille, 122 p.

49. **DUBÉ, G. (2007).** *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006 : les faits saillants*, [s. l.], Institut de la statistique du Québec, 8 p.

50. **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC.** Données du système de surveillance des infections à *Clostridium difficile*, Gouvernement du Québec.

51. **PERRON, L., L. DE LA BOISSIÈRE et autres (2007).** *Rapport annuel 2006. Les maladies infectieuses en Montérégie, incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO)*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 82 p.

52. **LEVAC, É.** Extraction de données du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

53. **PERRON, L., L. DE LA BOISSIÈRE et autres. (2006).** *Les maladies infectieuses en Montérégie, incluant les maladies à déclaration obligatoire (MADO). Rapport annuel 2005*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 76 p.

54. **CLOUÂTRE, A.-M.** Données sur la couverture vaccinale du vaccin contre l'hépatite B en 4e année du primaire 2006-2007, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (communication personnelle).

55. **CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1999).** « Achievements in Public health, 1900-1999 : control of infectious disease ». *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 48, n° 29, p. 621-629.

56. **CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1999).** « Achievements in Public health 1900-1999 : impact of vaccines universally recommended for children - United States, 1900-1998 ». *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 48, n° 12, p. 243-247.

57. **COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL SUR L'IMMUNISATION (2006).** Guide canadien d'immunisation, 7e éd, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 410 p.

58. **WILKINS, K. et S. G. MACKENZIE (2007).** « Les blessures au travail ». *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3, p. 27-45.

59. **TROTTIER, M., T. LEROUX et autres (2004).** *Bruit*, dans B. Roberge, et autres Éditeurs, *Manuel d'hygiène du travail : du diagnostic à la maîtrise des facteurs de risque*, Mont-Royal, Modulo-Griffon, p. 163.

60. **GERVAIS, L. (2006).** *Opération Vision 2005 : Portrait des établissements de la Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 144 p.

61. **MERCIER, M.** Traitement de données sur l'environnement en Montérégie, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

62. **ENVIRONNEMENT CANADA.** *Inventaire national des rejets polluants.* [En ligne]. **www.ec.gc.ca/pdb/npri/npri_about_f.cfm.** (15 février 2007).

63. **PENGELLY, L. D. et J. SOMMERFREUD (2004).** *Air pollution-related burden of illness in Toronto : 2004 update - Technical report*, Toronto, Toronto Public Health, 38 p.

64. **DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2006).** *Des environnements physiques sains et sécuritaires : éléments clés pour la santé des communautés. Rapport de la directrice de santé publique 2006*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 82 p.

65. **WOODCOCK J., BANISTER D. et autres (2007).** « Energy and transport ». *Lancet*, vol. 370, n° 9592, p. 1078-1088.

66. **INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE (2007).** *Climate Change 2007 : The physical science basis. Summary for policymarkers,* Genève, IPCC secretariat, 18 p.

67. **LAVOIE, I., I. LAURION et autres (2007).** *Les fleurs d'eau de cyanobactéries, document d'information vulgarisée*, [s. l.], INRS, 25 p.

La Direction de santé publique a choisi d'imprimer les pages intérieures de son rapport sur du papier Enviro 100 : un papier québécois contenant 100 % de fibres postconsommation, sans chlore, accrédité FSC recyclé et fabriqué à partir d'énergie biogaz.

pour position seulement

*Agence de la santé*
*et des services sociaux*
*de la Montérégie*
Québec

**Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie**
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443
**www.rrsss16.gouv.qc.ca**