



LE DÉFI



de la responsabilité populationnelle

CSSS PIERRE-BOUCHER



Mot de la directrice de santé publique

La responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux implique une stratégie de planification de l'offre de service basée sur l'ensemble des besoins sociaux et de santé de la population d'un territoire donné, que ceux-ci soient connus ou non, exprimés ou non, de façon à maintenir ou améliorer l'état de santé et de bien-être des membres de cette collectivité.

Cette approche populationnelle repose d'abord sur une analyse de l'ensemble des facteurs qui façonnent l'état de santé et de bien-être. Cette première étape permet de connaître la population et ses caractéristiques (démographiques, économiques, culturelles, sociales et de santé) en prenant soin de considérer les groupes vulnérables. Il s'agit, en quelque sorte, de poser un « **diagnostic populationnel** » visant à identifier les besoins de la population.

Cette nouvelle perspective modifie l'objectif de la planification sanitaire. Plutôt que de chercher à « **répondre aux demandes de service** », celle-ci doit désormais identifier l'ensemble des **services nécessaires à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et de bien-être de la population du territoire**. Cette planification cherche à bonifier la gamme de services s'adressant aux individus (prévenir, guérir, soutenir) en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Elle doit aussi mettre l'accent sur l'action dans la communauté visant l'amélioration

des conditions de vie, la promotion de modes de vie sains et le développement d'environnements physique et social favorables à la santé et au bien-être. L'utilisation des données probantes et l'évaluation continue des résultats complètent cette stratégie de planification.

L'identification des besoins de santé et de bien-être constitue le point d'ancrage du projet clinique et de la responsabilité populationnelle. Puisque les CSSS sont déjà conviés à cet exercice, ce document veut illustrer, à l'intention des administrateurs et du personnel des CSSS, quelques dimensions à explorer pour mener une telle analyse. Quatre domaines importants en matière de santé et de bien-être ont été retenus à cette fin : les maladies chroniques, la santé mentale, le vieillissement de la population ainsi que le développement et la santé des jeunes. Un portrait succinct de ces problématiques est tracé à l'aide de données concernant la population de votre territoire et d'estimations faites à partir de sources de données montréalaises et québécoises. Des enjeux importants pour la planification des services se dégagent de chacune de ces brèves présentations.

Jocelyne Sauvé, M.D.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montréal



Connaître sa population : quelques balises

Le Québec dispose de nombreuses sources de données et d'information permettant d'identifier les problèmes de santé et de bien-être présents au sein de sa population. À la lumière des connaissances actuelles, on s'entend généralement pour reconnaître que les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent les Québécois aux divers âges de la vie sont les suivants :

La santé et le bien-être ne sont plus perçus aujourd'hui simplement comme l'absence de maladie et de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt «la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie» (*Loi sur les services sociaux et de santé, 1991*).

Tableau 1 - Aperçu des principaux problèmes de santé de la population québécoise en fonction de l'âge

	SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE
0-14 ANS	Retard de croissance intra-utérine, prématurité Maladies de l'appareil respiratoire ou digestif Empoisonnement et blessures Maladies infectieuses	Retard de développement Troubles d'apprentissage ou de conduite Abus et négligence, agression sexuelle Troubles d'anxiété et dépression Gestes et idéations suicidaires
15-24 ANS	Accidents et blessures ITSS, grossesse à l'adolescence ou non désirée Certains cancers	Détresse psychologique, idéations suicidaires et suicide Dépression et autres troubles mentaux Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
25-64 ANS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies de l'appareil génito-urinaire ou digestif Accidents et blessures	Dépression et autres troubles mentaux Suicide Violence Impact de l'usage ou dépendance aux drogues, alcool ou tabac
65 ANS ET PLUS	Maladies chroniques (cardiaques, respiratoires, cancers, diabète) Maladies ostéoarticulaires, troubles sensoriels Accidents et blessures (ex. : chutes) Limitation d'activités à long terme	Isolement Dépression et autres troubles mentaux Suicide Abus et négligence

(Inspiré du Programme national de santé publique, MSSS 2003)

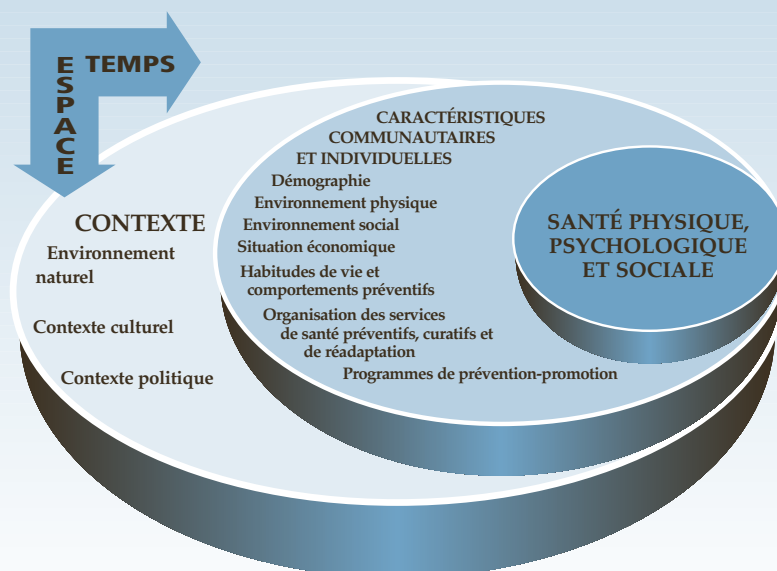
Une multitude de facteurs environnementaux, communautaires et individuels interagissent et déterminent l'état de santé et de bien-être de la population (Figure 1).

Ces facteurs doivent être pris en compte dans la planification sociosanitaire et la démarche préalable de connaissance de la population.

Un large éventail de mesures s'avère nécessaire pour décrire l'état de santé et de bien-être d'une population. Le contour d'un tel portrait est modelé par la disponibilité des données et ne peut prétendre à l'exhaustivité. Les aspects psychosociaux, de la santé notamment, sont plus difficiles à documenter.

La gamme de données disponibles à l'échelle d'un territoire de CSSS est un peu plus restreinte. *Le portrait de santé - La Montérégie et ses territoires de CLSC* (Sauvageau, 2003), produit par la DSP de la Montérégie, fait un tour d'horizon des principaux indicateurs sociosanitaires disponibles par territoire de CLSC. Une mise à jour de certains indicateurs par territoire de CSSS sera disponible sous peu sur le site Internet de l'Agence.

Figure 1 - Un modèle des différents facteurs influençant l'état de santé et de bien-être d'une population



Adapté de : Shaping a Health Statistics vision for the 21st Century, U.S. Department of Health and Human Services *et al.*, 2002

La population du CSSS en bref

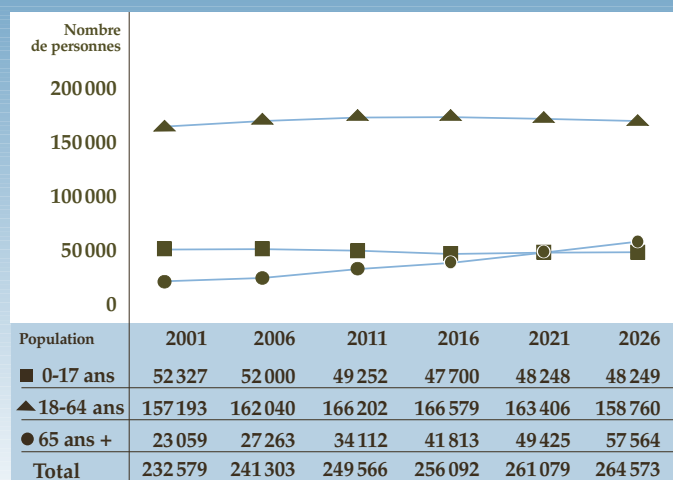
Démographie

En 2001, le territoire du CSSS Pierre-Boucher comptait 232 579 personnes. Cette population comprend 22 % de jeunes de 0-17 ans, 68 % d'adultes de 18-64 ans et 10 % de personnes de 65 ans et plus. En Montérégie, ces proportions sont respectivement de 23 %, 66 % et 11 %.

Les perspectives démographiques pour votre territoire prévoient que :

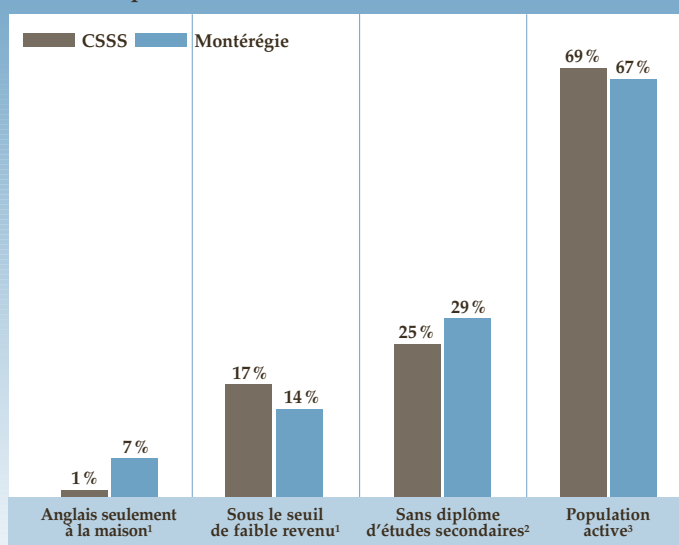
- par rapport à 2001, la population se sera accrue de 7 % en 2011 et de 14 % en 2026 ;
- la structure par âge de votre population évoluera d'une façon parallèle à celle de la Montérégie durant les deux prochaines décennies : la proportion de jeunes de moins de 18 ans demeurera équivalente à celle de la région, alors la proportion de personnes de 65 ans et plus se situera un peu en deçà de la valeur régionale et celle des 18-64 ans, un peu au-dessus ;
- la proportion de personnes de 65 ans et plus sera plus élevée que celle des jeunes de moins de 18 ans à partir de 2021 environ.

Figure 2 - Perspectives démographiques 2001-2026.
CSSS Pierre-Boucher



Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 3 - Population dans les ménages privés selon certaines caractéristiques. CSSS Pierre-Boucher, 2001



¹ Population de tous âges • ² Population de 20 ans et plus • ³ Population de 15 ans et plus

Source : Recensement canadien 2001

Caractéristiques socioéconomiques

La Figure 3 présente quelques caractéristiques usuelles concernant la population vivant en ménages privés. En 2001, parmi les résidents de votre territoire :

- 1 % parlaient uniquement anglais à la maison ;
- 17 % faisaient partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Selon la municipalité, cette proportion varie de 6 % à 25 % sur votre territoire ;
- 25 % des personnes de 20 ans et plus n'avaient pas de diplôme d'études secondaires ;
- 69 % de la population de 15 ans et plus faisait partie de la population active (taux d'activité) ; cette dernière comprend toutefois 6 % de chômeurs.

Les disparités socioéconomiques semblent importantes au sein de la population du CSSS.

- La population du CLSC Longueuil-Ouest est celle qui présentait les caractéristiques les moins favorables en 2001 : 29 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu, 34 % de la population de 20 ans et plus n'avait pas de diplôme d'études secondaires et le taux d'activité se situait à 62 % ;
- La population du CLSC Simonne-Monet-Chartrand comportait aussi une proportion élevée de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (22 %), alors que la situation au regard de la faible scolarité (26 %) et du taux d'activité (68 %) était assez semblable à celle de la Montérégie ;
- Le profil le plus favorable se retrouvait sur le territoire du CLSC des Seigneuries où les proportions sont de 7 % pour le faible revenu, 19 % pour la faible scolarité et 73 % pour le taux d'activité.

Les maladies chroniques...

Un large éventail de problèmes

Chez les Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile, près de 2 personnes sur 3 déclarent souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Pour le CSSS Pierre-Boucher, cette proportion représenterait plus de 122 000 personnes. Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés sont mentionnés au tableau ci-contre.

Les personnes atteintes de maladies chroniques requièrent davantage de services de santé que la population générale. L'accessibilité et la continuité des soins de première ligne deviennent alors des cibles stratégiques pour alléger la pression sur les ressources du système de santé.

L'enregistrement dans les GMF ou l'inscription de patients au service 24/7 d'Info-Santé CLSC offrent l'avantage de permettre en tout temps une prise en charge des patients inscrits, prévenant ainsi les visites à l'urgence et assurant une réponse adaptée aux besoins. Jusqu'à maintenant, 20 GMF ont vu le jour en Montérégie; par ailleurs en 2004-2005, 1 919 appels ont été faits par la clientèle inscrite de votre territoire au service 24/7 les soirs et fins de semaine.

Les principales maladies chroniques évitables

Trois types de maladies chroniques retiennent l'attention en raison de leur impact sur la santé et les services de santé. Il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire (maladie cardiaque, hypertension, AVC), des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (asthme, MPOC, etc.).

Tableau 2 - Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques en Montérégie et estimation pour le CSSS Pierre-Boucher. Population de 12 ans et plus vivant en ménages privés. 2000-2001

Principaux problèmes de santé chroniques déclarés	Montérégie %	CSSS Pe*
Au moins un problème de santé chronique	63,8	122 160
Allergies autres qu'alimentaires	27,5	52 655
Maux de dos (autres que arthrite / rhumatisme)	13,5	25 850
Hypertension	13,0	24 890
Arthrite / rhumatisme	11,9	22 785
Asthme	9,9	18 955
Migraines	7,5	14 360
Allergies alimentaires	6,2	11 870
Problème de la glande thyroïde	5,0	9 575
Maladie cardiaque	4,9	9 380
Diabète	4,3	8 235
Cataracte	4,2	8 040
Sensibilité aux agresseurs chimiques	3,3	6 320
Ulcères à l'estomac/intestin	2,5	4 785
Cancer	1,4	2 680
Autres problèmes chroniques	9,4	18 000

*Pe: Population estimée pour le territoire du CSSS
Source: ESCC 2000-2001 (Montérégie)

À titre d'exemple, chez les personnes de 35 ans et plus de votre territoire, 41 % de toutes les hospitalisations en CH de courte durée entre 1999 et 2003 étaient attribuables à ces trois catégories de maladies chroniques (Tableau 3). Ceci représente en moyenne plus de 5 000 hospitalisations par année, totalisant plus de 57 000 jours d'hospitalisation, soit 40 % de toutes les journées d'hospitalisation des gens de ce groupe d'âge.

Tableau 3 - Hospitalisations et jours d'hospitalisation en CH de courte durée pour certaines causes. Population de 35 ans et plus. CSSS Pierre-Boucher, 1999-2003

Cause principale d'hospitalisation	Moyenne annuelle			
	Hospitalisations		Jours d'hospitalisation	
	Nb	% ⁽¹⁾	Nb	% ⁽²⁾
Tumeurs	1 255	10	16 800	12
Maladies de l'appareil circulatoire	2 689	22	29 979	21
Maladies de l'appareil respiratoire	1 078	9	10 367	7
Total	5 022	41	57 146	40

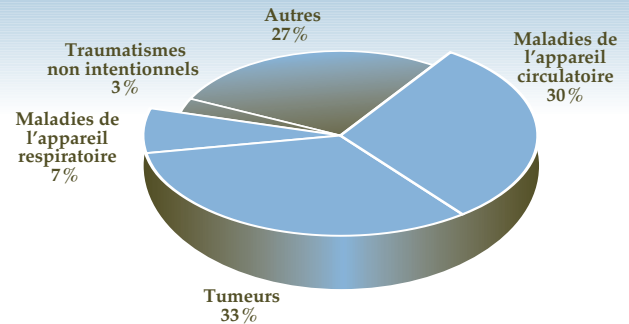
¹ p/r au nombre total d'hospitalisations de personnes de 35 ans et plus

² p/r au nombre total de jours d'hospitalisation de personnes de 35 ans et plus
Source: Fichier MED-ÉCHO, MSSS

...l'urgence d'agir

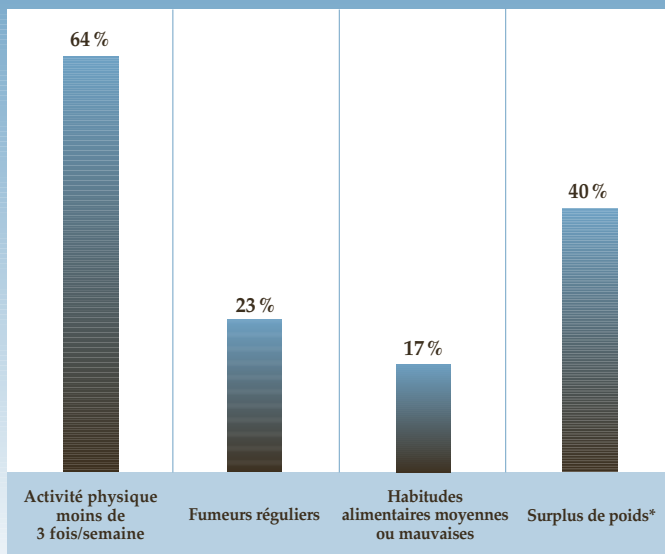
Enfin, à elles seules, ces maladies sont responsables de 70 % des 1309 décès annuels survenus chez les résidents du territoire du CSSS Pierre-Boucher en 2000 et 2001 (moyenne annuelle) (Figure 4).

Figure 4 - Importance relative des principales causes de décès, CSSS Pierre-Boucher, 2000-2001



Source : Fichier des décès, MSSS

Figure 5 - Facteurs de risque de la population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. CSSS Pierre-Boucher, 2000



* Population de 18 ans et plus
Source : Enquête SOM 2000

Des groupes à risque

Les problèmes cardiovasculaires et respiratoires de même que plusieurs cancers ont en commun certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir : le tabagisme notamment, mais aussi le manque d'activités physiques, le surplus de poids et une mauvaise alimentation.

Les perspectives d'avenir demeurent inquiétantes considérant la présence importante de certains facteurs de risque chez la population de 15 ans et plus de votre territoire : 64 % est sédentaire, 23 % fume régulièrement et 17 % déclare avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. De plus, 40 % des adultes présentent un surplus de poids (Figure 5).

Des gains doivent absolument être réalisés à ce chapitre.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- Mettre l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et la valorisation d'environnements favorables à celles-ci.
- Optimiser les pratiques cliniques préventives en première ligne auprès des personnes à risque.
- Intégrer et systématiser les approches cliniques afin d'en accroître la pertinence et l'efficacité et ainsi favoriser une prise en charge globale et intégrée des personnes atteintes.

En santé mentale...

L'Organisation mondiale de la santé prévoit que, dans moins de 20 ans, la dépression sera une des premières causes d'incapacité dans le monde. En 1998, les troubles mentaux occupaient le troisième rang parmi les problèmes de santé les plus coûteux au Canada en termes de coûts directs au système de santé.

Une réalité difficile à cerner

Il demeure difficile d'évaluer la prévalence et la gravité de l'ensemble des problèmes d'ordre émotionnel et de santé mentale au sein de la population considérant leur diversité et leur complexité. Quelques données disponibles pour la région ou le CSSS donnent un aperçu sommaire de cette réalité.

Autoévaluation de sa santé mentale:

- en 2000, 4,3 % des personnes de 15 ans et plus de votre territoire évaluent leur état de santé mentale comme moyen ou mauvais.

Suicide:

- en 2000-2001, 3 % des Montérégiens de 15 ans et plus déclarent avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois;
- en 2000 et 2001, près de 200 décès par suicide ont été enregistrés chaque année en Montérégie, soit une moyenne de 43 décès chez les femmes et 154 décès chez les hommes.

Utilisation des services de santé:

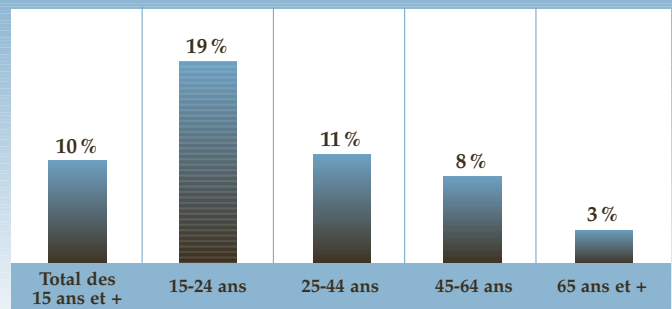
- en 2000-2001, 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus déclarent avoir consulté au cours des 12 derniers mois au moins une fois un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) au sujet d'un problème d'ordre émotionnel ou de santé mentale;
- entre 1999 et 2003, pour la population de votre territoire, on dénombre en moyenne 1 418 hospitalisations par année pour troubles mentaux (ex.: psychoses, etc.) dans un CH de courte durée.

La pointe de l'iceberg

Une enquête canadienne sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002) a permis d'établir la prévalence de certains troubles mentaux au sein de la population.

Au cours des 12 mois précédant cette enquête, environ 10 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivant à domicile ont connu un épisode de trouble mental (trouble dépressif majeur, épisode de manie, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie) ou de dépendance à des substances. À l'échelle du CSSS Pierre-Boucher, ceci représenterait environ 18 300 personnes. La proportion de personnes à risque de présenter de tels problèmes est particulièrement élevée chez les jeunes de 15-24 ans (19 %) (Figure 6).

Figure 6 - Présence d'un trouble de santé mentale ou dépendance à des substances selon l'âge. Population de 15 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 2002.



Source : ESCC 2002 (Québec)

Peu de gens consultent

Malgré la détresse associée à ces problèmes, à peine le tiers des Québécois ayant de tels symptômes consultent un professionnel de la santé (médecin de famille, psychiatre, médecin spécialisé, psychologue, infirmière), ce qui correspondrait à environ 6 100 personnes si la même situation prévalait sur votre territoire.

Les adolescents et les jeunes adultes sont moins susceptibles d'utiliser les ressources de santé mentale malgré la plus forte prévalence des troubles.

...des besoins à satisfaire

Des groupes vulnérables

De nombreux facteurs (personnels, familiaux, sociaux et économiques) influencent le sentiment de bien-être et peuvent affecter la santé mentale. Le tableau 4 en présente quelques-uns et donne un aperçu du nombre de personnes confrontées à la détresse, au stress et à l'isolement, qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale.

Tableau 4 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité reliés à la santé mentale. Population vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Population	Sources variées	CSSS
		%	Nb ou Pe*
Risque de dépression possible ou probable	12 ans et plus ²	8,0	15 320*
Niveau faible de soutien social	12 ans et plus ²	15,0	28 720*
Insatisfaction face à la vie sociale	15 ans et plus ¹	5,8	10 638
Situation économique perçue comme pauvre ou très pauvre	15 ans et plus ¹	9,9	17 419
Niveau élevé de stress dans la vie quotidienne	18 ans et plus ²	31,3	54 695*

*Pe: Population estimée pour le territoire du CSSS Pierre-Boucher sur la base du groupe d'âge concerné

Sources: ¹ Enquête SOM 2000

² ESCC 2000-2001 (Montréal)

Les troubles mentaux sévères et persistants : une clientèle bien différente

Il s'agit là d'une facette bien spécifique de la santé mentale car ces personnes requièrent des services particuliers de manière à leur assurer la meilleure intégration sociale possible. Le MSSS a estimé, pour chaque tranche de 100 000 habitants, le nombre d'individus ayant besoin de soutien dans la communauté. Sur la base de ces estimations, on peut penser que sur votre territoire, environ 230 personnes ont besoin « d'un soutien intensif et intégré », 580 personnes ont besoin de « soutien d'intensité variable et de coordination de services » et qu'un « soutien de base non intensif » est requis pour 1 160 personnes.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- Investir dans le domaine de la promotion, de la prévention et du soutien aux personnes vulnérables de concert avec les acteurs des différents secteurs (milieux municipal, communautaire, de l'éducation, du travail, etc.) tant locaux que régionaux. Cette approche contribuera à réduire le nombre de personnes à risque et favorisera l'émergence des facteurs de protection chez les jeunes générations.
- Assurer l'accessibilité à des services de première ligne comme condition essentielle à la prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, anxieux ou des dépendances.
- Favoriser la prise en charge des personnes souffrant de troubles sévères et persistants, en mettant l'accent sur une approche de soins partagés en réseau par les ressources de première ligne, les ressources spécialisées et communautaires de façon à améliorer la continuité des services.

Le vieillissement de la population...

Démographie

Les perspectives démographiques indiquent que le nombre et la proportion des aînés de votre territoire augmenteront au cours des 20 prochaines années. Entre 2001 et 2026, la population de 65 ans et plus du CSSS Pierre-Boucher passera de 23 059 à 57 564 personnes (Figure 2). En 2026, le poids démographique de la population de cet âge aura plus que doublé par rapport à 2001. Cet accroissement important au cours des prochaines décennies concerne autant les 65-74 ans que les 75 ans et plus (Figure 7).

Milieu de vie

En 2001, 93 % des personnes de 65 ans et plus de votre territoire vivent à domicile et 7 % se trouvent dans un établissement collectif, institutionnel ou non.

Les personnes âgées à domicile vivent seules dans 30 % des cas.

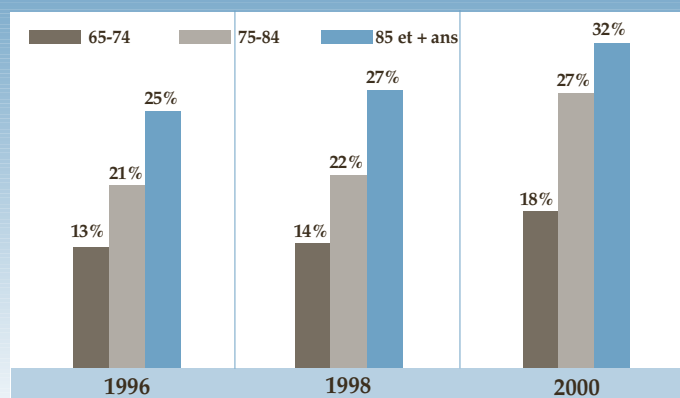
Chez les personnes plus âgées (85 ans et plus), 65 % vivent à domicile et parmi ces dernières, près de la moitié (48 %) demeurent seules dans leur logement.

La santé et le bien-être des aînés

En Montérégie, en 2000-2001, 72 % des personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile considèrent que leur état de santé général est bon, très bon ou excellent. Malgré tout, 9 personnes sur 10 présentent au moins un problème de santé chronique et 67 % en déclarent même plusieurs.

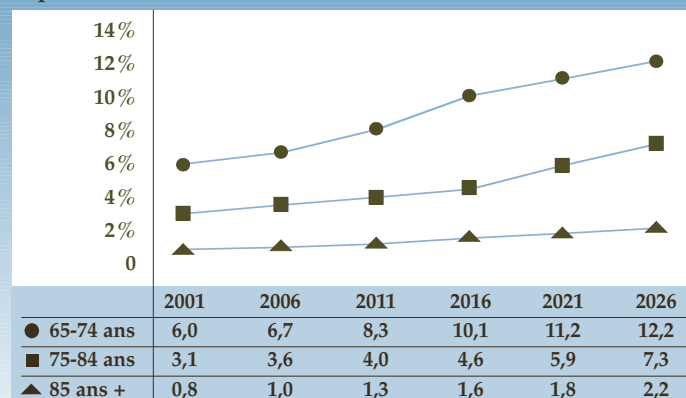
Les problèmes de santé peuvent entraîner différentes incapacités et causer des limitations d'activités. Au Québec, 42 % des personnes de 65 ans ou plus ont au moins une forme d'incapacité, soit une personne sur trois chez les 65-74 ans (35 %) et une personne sur deux (55 %) chez celles de 75 ans et plus. Les formes d'incapacité les plus répandues concernent la mobilité et l'agilité. Mais quelle que soit la nature de l'incapacité, les personnes de 75 ans et plus y sont plus sujettes que celles de 65-74 ans (Figure 8).

Figure 9 - Polymédication : personnes de 65 ans et plus ayant 5 ordonnances actives et plus. Montérégie, 1996-2000



Source : RAMQ (Barnard et autres 2001)

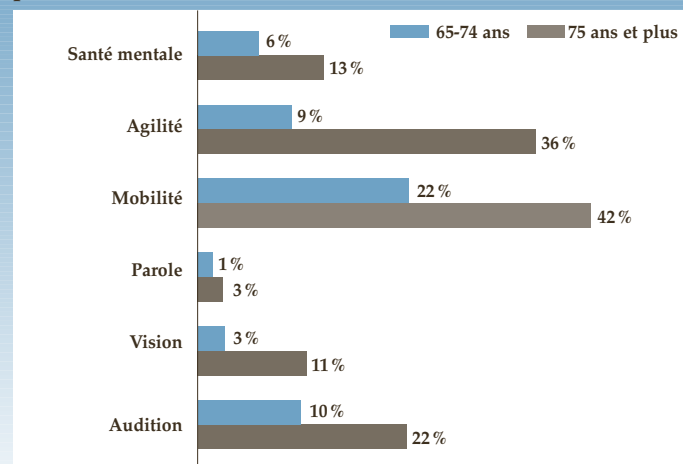
Figure 7 - Poids démographique¹ des personnes âgées de 65 ans et plus. CSSS Pierre-Boucher, 2001-2026



¹ % par rapport à la population totale du CSSS

Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

Figure 8 - Prévalence de l'incapacité selon la nature de l'incapacité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés. Québec, 1998



Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998.

Sur votre territoire, 38 % des personnes de 65 ans et plus vivant en ménages privés en 2001 déclarent avoir une limitation d'activités à long terme, soit 8 325 individus.

Souvent attribuable ou à l'origine de l'incapacité, le phénomène des chutes chez les personnes âgées est aussi une problématique importante. On estime que 15 % de la population de cet âge est sujette à faire des chutes répétées.

De plus, la polymédication est un phénomène très présent chez les aînés. Il augmente avec l'âge et peut susciter des problèmes variés (Figure 9).

...des services à repenser

Enfin, diverses autres situations ou conditions peuvent affecter la santé et le bien-être des aînés. Le tableau 5 évoque quelques-unes : risque de dépression, mauvaise alimentation, précarité économique et isolement social.

Tableau 5 - Prévalence de certains facteurs de vulnérabilité. Population de 65 ans et plus vivant en ménages privés

Conditions de vulnérabilité	Sources variées	CSSS
	%	Nb ou Pe*
Risque de dépression : possible ou probable (2001) ¹	5,3	1 170*
Habitudes alimentaires perçues comme mauvaises ou plutôt mauvaises (1998) ²	10,0	2 205*
Niveau faible de soutien social (2001) ¹	29,7	6 545*
Situation économique précaire : pop. sous le seuil de faible revenu (2001) ³	27,1	6 010

*Pe : Population estimée pour le territoire du CSSS Pierre-Boucher.

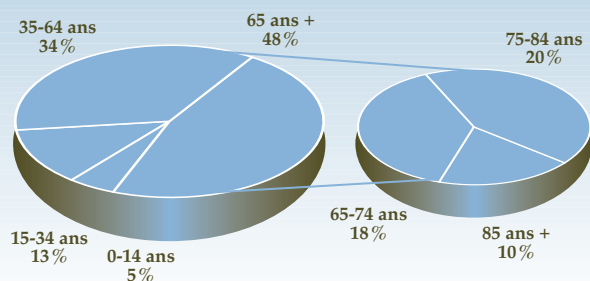
Sources : ¹ ESCC 2000-2001 (Québec)

² Enquête sociale et de santé 1998 (Québec)

³ Recensement canadien 2001

Au cours des dernières décennies, le nombre des hospitalisations a augmenté au Québec. Entre 1982-1983 et 1997-1998, ce nombre s'est accru de 41 % pour les personnes de 65 à 74 ans et de 105 % pour les 75 ans et plus.

Figure 10 - Répartition des journées d'hospitalisation en CH de courte durée selon l'âge. CSSS Pierre-Boucher, 1999-2003



Source : Fichier MED-ECHO, MSSS

Divers facteurs sont à l'origine de ce changement. Outre une longévité accrue, la plus grande diversité des interventions médicales disponibles, le manque de soutien à domicile et l'épuisement du réseau de soutien naturel peuvent expliquer cette hausse. En contrepartie, la durée moyenne de séjour a diminué du tiers environ, indiquant un besoin croissant pour assurer les soins et services à domicile requis après l'hospitalisation (Pelletier, 1999).

Quelques données sur l'utilisation de divers services de santé par la population de votre territoire indiquent que :

- entre 1999 et 2003, 48 % des journées d'hospitalisation dans un CH de courte durée étaient attribuables aux personnes de 65 ans et plus (Figure 10) ;
- pour l'année 2003-2004, 3 408 usagers du CLSC étaient inscrits au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ;
- le programme de vaccination contre l'influenza a rejoint 62 % des personnes âgées en 2004-2005 alors que l'objectif est de 80 %.

L'APPROCHE POPULATIONNELLE : QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- Assurer à la population âgée une combinaison appropriée de services préventifs, curatifs et de soutien, et ce, en fonction des besoins évolutifs et de la situation de vie de chaque personne.
- Favoriser des stratégies visant divers facteurs de risque : le développement d'environnements sains et sécuritaires, la présence de soutien social et la qualité de l'environnement social, la promotion de saines habitudes de vie de même que l'accès et l'utilisation de services préventifs doivent être inscrits à l'agenda.
- Assurer une prise en charge globale des aînés en misant de plus en plus sur des alternatives sécuritaires à l'hospitalisation et à l'hébergement (interventions multidisciplinaires, intervenants-pivots, adaptation des milieux de vie, soutien aux aidants naturels, etc.).

L'enfance et la jeunesse...

Démographie

Selon les perspectives actuelles, le nombre de jeunes de 0-17 ans du territoire du CSSS passera de 52 327 à 47 700 entre 2001 et 2016 et se maintiendra autour de 48 000 jusqu'en 2026. (Figure 2). Le poids démographique des enfants de 0-4 ans évoluera peu après 2006. Il en sera de même pour les jeunes de 5-11 ans après 2011, et pour les adolescents de 12-17 ans après 2021 (Figure 11).

Conditions gagnantes?

Les conditions de vie

En 2001, votre territoire compte 29 720 familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. Des conditions économiques précaires peuvent nuire au développement de l'enfant. Or, 22 % des enfants de moins de 5 ans de votre territoire vivent dans une famille à faible revenu. Cette proportion est de 19 % pour les enfants de 6-17 ans.

Les séparations, les divorces et les recompositions familiales modifient l'environnement familial dans lequel les enfants évoluent. Ces situations peuvent générer des besoins sociaux et de santé spécifiques pour l'enfant et sa famille. En 2002, 15 % des jeunes Québécois de 2 ans ne vivent pas avec leurs deux parents.

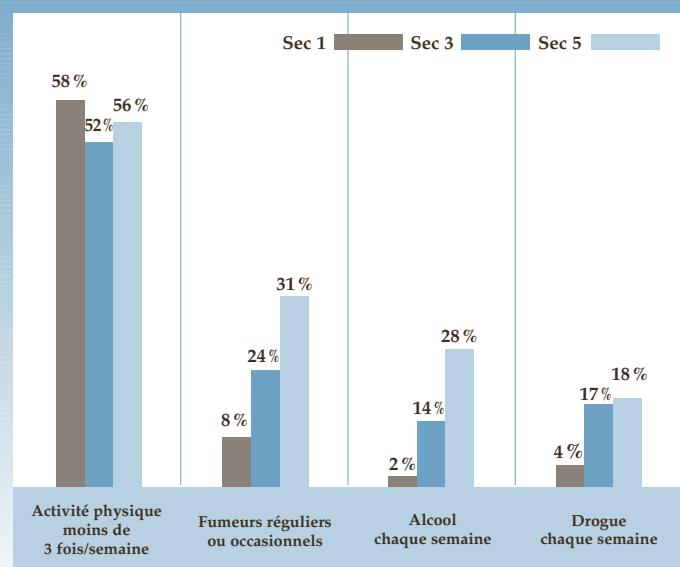
Tableau 6 - Caractéristiques des naissances.
CSSS Pierre-Boucher, 1999-2001

2 419 naissances vivantes par année en moyenne

- 5,3 % ont un poids insuffisant (< 2 500 grammes)
- 7,1 % sont prématurées (moins de 37 semaines)
- 13 % sont issues de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 ans)

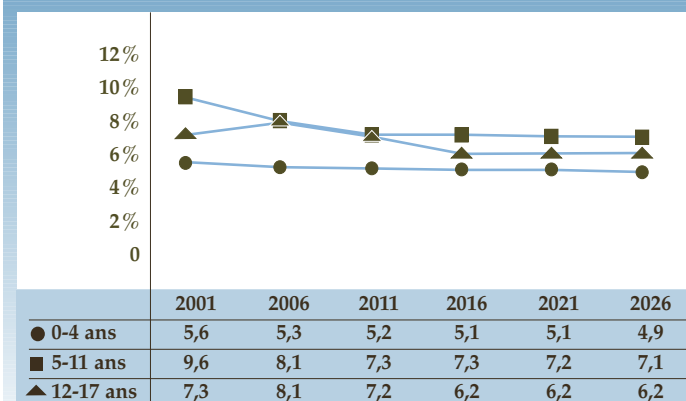
Source : Fichier des naissances, MSSS

Figure 12 - Habitudes de vie des jeunes du secondaire, Montérégie, 1998



Source : DSP Montérégie
Enquête : Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie

Figure 11 - Poids démographique¹ des jeunes de 0-17 ans.
CSSS Pierre-Boucher, 2001-2026



¹ % par rapport à la population totale du CSSS
Source : Institut de la statistique du Québec, 2003

La naissance

L'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité sont d'importants facteurs de risque pour le développement de l'enfant. Ceux-ci sont toutefois plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Protégeant les nourrissons contre divers types d'infections, l'allaitement est un atout important pour les nouveau-nés. En 2004-2005, 85 % des bébés nés au CH Pierre-Boucher ont reçu au moins une fois du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital.

« Être jeunes et en santé »?

Même si la majorité des jeunes Montérégiens de 12-19 ans (94 %) se considère en bonne santé, certaines problématiques méritent une attention particulière, notamment :

- *les traumatismes (routiers, récréatifs ou survenant à domicile)* figurent parmi les premières causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes ;
- *les infections transmises sexuellement* : en 2004, 70 % des ITS déclarées (chlamydia, syphilis, gonorrhée) en Montérégie l'ont été chez les 15-24 ans, la majorité des cas étant des infections de chlamydia. La tendance ne semble pas vouloir ralentir, le taux d'incidence des ITS chez les jeunes de moins de 18 ans ayant augmenté de 56 % entre 1997 et 2002 dans la région ;
- *le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et les mauvaises habitudes alimentaires* sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques. Certains jeunes s'initient très tôt à ces comportements (Figure 12).

...des étapes déterminantes

Les difficultés d'ordre émotionnel ou psychosocial peuvent compromettre le développement harmonieux et l'adaptation sociale des jeunes à court ou long terme. Pensons notamment:

- *à la santé mentale et au suicide*: en 2000-2001, chez les jeunes Québécois de 12-19 ans, 7% présentaient un risque de dépression; par ailleurs 12% des jeunes de 15-19 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (dont le tiers au cours des 12 mois précédents);

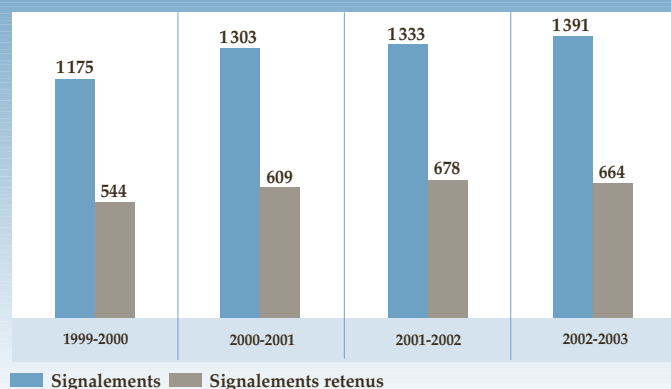
- *aux grossesses à l'adolescence*: entre 1999 et 2001, en Montérégie, près de 2% des adolescentes de 14-17 ans seraient devenues enceintes chaque année, comparativement à 6% des filles de 18-19 ans. Ces taux semblent relativement stables, bien que le recours à l'interruption volontaire de grossesse paraisse légèrement en hausse chez les 18-19 ans;
- *aux jeunes contrevenants*: en 2002, 5 000 jeunes de 12-17 ans ont commis une infraction contrevenant au Code criminel et aux lois sur le territoire de la Montérégie.

Les jeunes en difficulté... de même que leurs parents

Pour votre territoire, 1391 signalements ont été faits en 2002-2003 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces signalements ont été retenus dans une proportion de 48%.

Les nombres de signalements et de cas retenus ont tendance à augmenter à l'échelle du Québec. Il semble en être de même sur votre territoire (Figure 14). Généralement, on attribue en partie cette hausse à un dépistage plus raffiné de la part des intervenants et peut-être aussi à l'intolérance croissante de la population face à la maltraitance.

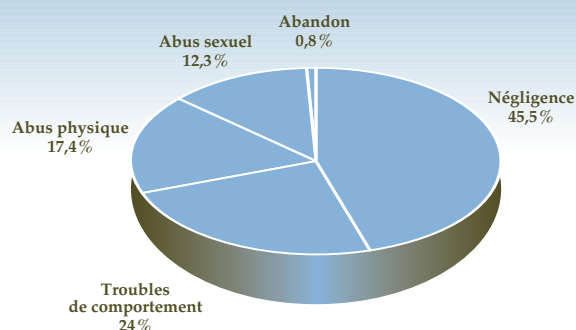
Figure 14 - Évolution du nombre de signalements de jeunes de 0-17 ans. CSSS Pierre-Boucher, 1999-2003



Source: Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

Par ailleurs, il a été démontré que souvent les parents en cause présentent plus de besoins de services que leur enfant. Même pour les signalements non retenus, un besoin de services pour les parents est souvent indiqué (Tourigny et autres, 2002). La négligence est la forme de mauvais traitements la plus fréquente parmi les cas signalés et retenus sur votre territoire (Figure 15).

Figure 15 - Cas signalés et retenus (%) selon la problématique, CSSS Pierre-Boucher, 2001-2003



Source: Portrait de la clientèle signalée CJM et RCLSCM

L'APPROCHE POPULATIONNELLE: QUELQUES ENJEUX POUR LA PLANIFICATION

- Mettre en œuvre des interventions favorisant un développement harmonieux dès le jeune âge et le soutien à la famille, tout particulièrement lorsque des facteurs de vulnérabilité sont présents.
- Favoriser le développement des jeunes, leur adaptation psychosociale et l'acquisition de saines habitudes de vie par des actions concertées avec les milieux scolaire (ex.: École en santé), municipal et communautaire.
- Favoriser la formalisation d'ententes de service et le réseautage des partenaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé physique ou psychosociale qui ciblent particulièrement les jeunes.

Un regard neuf pour une planification améliorée

Ce document a voulu poser les premiers jalons d'une analyse des besoins de santé de la population de votre territoire. Le CSSS doit maintenant compléter et parfaire cette analyse pour améliorer sa compréhension de l'état de santé et de bien-être de sa population et planifier les services en fonction de ces besoins. Pour ce faire, des renseignements de nature fort diverse doivent être pris en compte concernant la santé de la population, l'organisation des services et la disponibilité des ressources.

Pour soutenir cette démarche, l'Agence met à la disposition des CSSS divers outils, notamment par l'entremise de son site Internet. La Direction de santé publique y diffusera, entre autres, les résultats des travaux menés dans le cadre

de son mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. La Direction de la gestion de l'information et des connaissances, quant à elle, alimentera plus spécifiquement la réflexion sur les continuums de services.

Planifier l'ensemble des interventions et services sociosanitaires pour améliorer la santé et le mieux-être d'une population: un défi certes, mais aussi une opportunité unique d'adopter une réelle perspective populationnelle!

Principales sources de données

1. Données pour le CSSS

- Recensement canadien 2001 (Statistique Canada)
- Perspectives démographiques par territoire de RLS - 2001-2026. Édition 2003 Scénario A (Institut de la statistique du Québec)
- Fichiers des naissances et des décès (MSSS)
- Fichier MED-ÉCHO sur les hospitalisations (MSSS)
- Sondage téléphonique régional SOM- Printemps 2000 (Direction de santé publique de la Montérégie)
- Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse-Rapport annuel 2004
- Rapport I-CLSC EGB2R7
- Système d'information Info-Santé CLSC, 2003-2004

2. Estimations pour le CSSS à partir d'enquêtes menées auprès de la population régionale ou québécoise, vivant à domicile, notamment:

- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada)
Cycle 1.1 - 2000-2001 (compendium de tableaux de l'ISQ)
Cycle 1.2 - 2002 Volet santé mentale et bien-être (PUMF)
- Enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec
Enquête sociale et de santé 1998

Dans ce cas, nous avons estimé quel serait le nombre de personnes concernées sur votre territoire si les proportions présentées s'appliquaient à votre population; le sigle Pe (population estimée) est alors utilisé. Ces estimations sont établies sur la base de la population vivant en ménages privés en 2001, selon les groupes d'âge concernés puisqu'un grand nombre d'indicateurs se rapportent à cette période.

Exceptionnellement, certaines données se rapportent à des périodes antérieures lorsque les mises à jour ne sont pas disponibles.

Principales références

BARNARD, L. et autres (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*, Régime d'assurance-médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000. Régie de l'assurance maladie du Québec.

BELLEROSE, C. et autres (2002). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*, Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 193 p.

DESROSIERS, H et coll. (2002). «Grandir dans un environnement en changement» dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 2., 65 p.

HAIEK, L. et autres (2005). *Monitoring des taux d'allaitement dans les CH de la Montérégie, 2004-2005*, Direction de santé publique de la Montérégie, document interne.

LAFONTAINE, P. et M. CLARKSON (2004). *Les personnes âgées à travers les enquêtes de santé*, Rapport conjoint du MSSS et de l'ISQ, Montréal, 68 p.

MSSS (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Direction générale des services à la population, Québec, 28 p.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, Québec, 133 p.

MSSS (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Direction générale de santé publique, Québec, 61 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - la santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*, Genève, 182 p.

PAGEAU, M. et autres (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Institut national de santé publique, Les publications du Québec, Québec, 432 p.

PELLETIER, G. (1999). *L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec, statistiques évolutives, 1982-1983 à 1997-1998*, MSSS, Québec, 204 p.

RRSSS Montérégie (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2003-2007- Montérégie. Vers une action renouvelée en santé publique*, Direction de santé publique, Longueuil, 184 p.

SAUVAGEAU, Y. (2003). *Le portrait de santé: La Montérégie et ses territoires de CLSC*, RRSSS Montérégie, Direction de santé publique, Longueuil, 432 p.

TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

Ce document a été produit sous la direction du Dre Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique de la Montérégie, comme complément de sa présentation aux *Rencontres d'information et d'échanges avec les CSSS et leurs partenaires des RLS* en mai 2005.

Citation suggérée:

Bellerose C., M. Richard, M. Blackburn, E. Savoie et M. Lavoie (2005). *Le défi de la responsabilité populationnelle. CSSS Pierre-Boucher*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Secteur surveillance (DSP), Longueuil, 12 p. www.rrsss16.gouv.qc.ca

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Édition: Direction des services administratifs et des communications

Conception graphique: René Larivière

Remerciements: Robert Sainte-Marie et Lynn Villeneuve, Direction de la gestion de l'information et des connaissances

ISBN: 2-89342-313-2
SANTÉCOM: 16-2005-008