

Portrait sociosanitaire de la population
CSSS Lucille-Teasdale

Description du milieu socioéconomique
et déterminants de l'état de santé



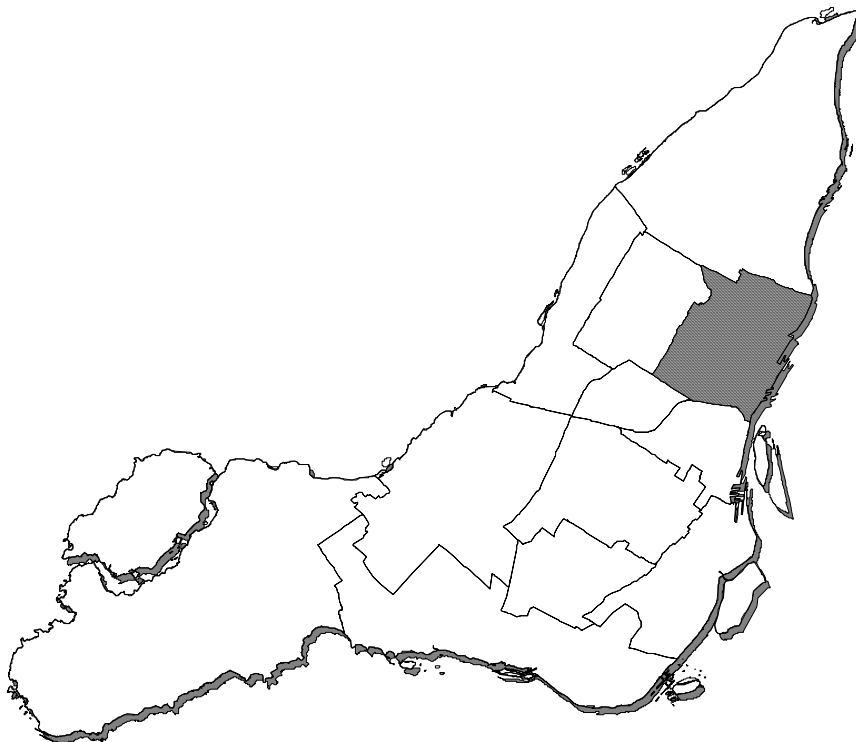
Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 
Santé publique



Portrait sociosanitaire de la population CSSS Lucille-Teasdale

Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé



*Michèle A. Dupont
Jean Gratton
James Massie*

Octobre 2006

***Une réalisation du secteur Planification, orientations et évaluation
Centre universitaire de santé McGill, mandataire.***

Michèle A. Dupont

Agent de recherche – Équipe de surveillance

Jean Gratton

Agent de recherche – Équipe de surveillance

James Massie

Technicien – Équipe de surveillance

MISE EN PAGE

Karine Bruegghe

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

Linda Larouche

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

INFOGRAPHIE

Javier Valdés

Infographe – Équipe de l'information

Portrait sociosanitaire de la population, CSSS Lucille-Teasdale

Série de quatre cahiers

1 - Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé

2 - Santé mentale des jeunes

3 - Santé mentale des adultes

4 - Perte d'autonomie liée au vieillissement

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006)

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN : 2-89494-545-0 (version imprimée)

ISBN : 2-89494-546-9 (version PDF)

Prix : 15 \$ pour la série de quatre cahiers

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 
Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
POPULATION DU CSSS LUCILLE-TEASDALE	13
DESCRIPTION SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION	13
CONDITIONS DE VIE DANS LE TERRITOIRE DU CSSS LUCILLE-TEASDALE	16
Défavorisation matérielle et sociale.....	16
Conditions de vie des jeunes	20
Capital économique : la propriété.....	22
ESPÉRANCE DE VIE	24
IMMIGRATION ET SANTÉ	25
DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	26
CAUSES DE MORTALITÉ ET D'INCAPACITÉ	27
FACTEURS DE RISQUE : AGIR EN AMONT.....	31
HABITUDES DE VIE	33
QUELQUES DÉFINITIONS	37
ANNEXE - RÉPARTITION DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS LUCILLE-TEASDALE PAR SECTEUR DE RECENSEMENT, 2001	

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Pyramides des âges, CSSS Lucille-Teasdale, 2001, 2011, 2021	15
Figure 2	Proportion de la population selon le niveau de défavorisation matérielle, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal et reste du Québec, 2001	18
Figure 3	Proportion de la population selon le niveau de défavorisation sociale, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal et reste du Québec, 2001	19
Figure 4	Proportion des familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2000.....	21
Figure 5	Proportion des 15-24 ans ne fréquentant pas l'école, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2001	21
Figure 6	Proportion des logements occupés par un propriétaire ou un locataire, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2001.....	23
Figure 7	Proportion des ménages propriétaires ou locataires consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour se loger, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2001	23
Figure 8	Espérance de vie à la naissance selon le sexe, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 1998-2002..	24
Figure 9	Estimation de l'incidence des déterminants de la santé sur l'état de santé de la population.....	26
Figure 10	Principales causes des années de vie ajustées sur l'incapacité, économies de marché établies, 1990	29
Figure 11	Années vécues avec une incapacité selon la cause, économies de marché établies, 1990	30
Figure 12	Répartition des décès associés aux principaux facteurs de risque.....	31
Figure 13	Répartition des années vécues avec une incapacité attribuable aux principaux facteurs de risque	32
Figure 14	Répartition des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuable aux principaux facteurs de risque	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des ménages et des familles, CSSS Lucille-Teasdale, 2001	14
Tableau 2	Répartition de la population selon l'âge, CSSS Lucille-Teasdale, 2006	14
Tableau 3	Répartition en nombre et en pourcentage de la population par quintile de défavorisation matérielle, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal et reste du Québec, 2001	18
Tableau 4	Répartition en nombre et en pourcentage de la population par quintile de défavorisation sociale, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal et reste du Québec, 2001	19
Tableau 5	Familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon la structure familiale, CSSS Lucille-Teasdale, 2000	20
Tableau 6	Enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon l'âge des enfants, CSSS Lucille-Teasdale, 2000	20
Tableau 7	Principales causes de décès, années de vie perdues (AVP), années vécues avec une incapacité (AVI) et années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), économies de marché établies, 1990	28
Tableau 8	Proportion de la population selon certains facteurs de risque pour la santé et selon le sexe et l'âge, Montréal, 2003	33
Tableau 9	Niveau d'activité physique de loisir selon le sexe, 18 ans et plus, Montréal et ensemble du Québec, 2003	35

POINT DE MÉTHODE

Les taux et les proportions présentés dans ce document sont parfois calculés à partir d'effectifs inférieurs à la population visée. Il s'agit donc d'estimations qui peuvent être soumises à des variations aléatoires et présenter une certaine imprécision. Ainsi, afin de permettre la comparaison entre les valeurs estimées pour ce CSSS et celles de l'ensemble de l'île de Montréal, un test statistique permet de déterminer si la valeur obtenue dans un CSSS est semblable ou différente de celle de Montréal, et ce, 19 fois sur 20. Dans les tableaux et les figures, les estimations (taux ou proportions) se rapportant aux CSSS sont donc marquées d'un plus (+) ou d'un moins (-) selon qu'elles sont statistiquement plus élevées ou plus faibles que la valeur correspondante pour Montréal. Ce sont ces résultats présentant des différences significatives qui ont été retenus pour la majeure partie des faits saillants.

INTRODUCTION

Le projet clinique des CSSS soutiendra l'implantation de neuf programmes de services. En appui à cette démarche, nous avons préparé une série de quatre cahiers thématiques réunissant des informations de nature descriptive sur la santé de la population en fonction des trois programmes de services suivants : santé publique, perte d'autonomie liée au vieillissement de la population, santé mentale des adultes et celle des jeunes. Le présent cahier vise plus particulièrement le programme de santé publique; il contient des informations générales sur la population du territoire. Il complète les cahiers destinés aux autres programmes de services.

Dans la première section se trouve une description de la population du CSSS fondée sur ses caractéristiques sociodémographiques et ses conditions de vie. L'espérance de vie de la population du CSSS dans son ensemble et dans chacun de ses secteurs fait l'objet de la section suivante : outre le fait qu'elle indique le niveau de mortalité dans une population, c'est aussi un indicateur de son état de santé général. Ensuite, la question de l'immigration et de la santé est traitée afin de comprendre comment un territoire réunissant un nombre élevé d'immigrants — lesquels connaissent des conditions économiques souvent précaires — présente une espérance de vie élevée, alors que le profil classique chez une population défavorisée est une espérance de vie inférieure à la moyenne. Enfin, étant donné l'incapacité que génèrent certaines maladies et les possibilités d'agir en amont de celles-ci, une réflexion sur ces questions et une brève présentation des habitudes de vie des Montréalais constituent la dernière section.

Les données présentées ici proviennent pour une part du recensement de 2001, du fichier des décès, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003) et, pour le reste, d'une publication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

POPULATION DU CSSS LUCILLE-TEASDALE

DESCRIPTION SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION

Au recensement de 2001, la population du CSSS Lucille-Teasdale représentait 9,3 % de la population de Montréal. Moins de la moitié des ménages étaient familiaux, c'est-à-dire constitués de familles avec enfants et de couples sans enfant (tableau 1). Ce CSSS devrait compter 176 000 personnes en 2006 (tableau 2). On estime la croissance de sa population à 1,9 % entre 2006 et 2011, comparativement à 3,7 % pour l'ensemble de Montréal. Plus précisément, on prévoit une diminution de 0,9 % du nombre de jeunes de moins de 15 ans, ainsi que des augmentations de 2,9 % des 15-64 ans et de 3,8 % des 65 ans et plus.

En 2001, 15,3 % de la population de ce CSSS était formée d'immigrants. Parmi les 12 CSSS de la région, il se classait au dernier rang pour la proportion d'immigrants sur son territoire. Toutefois, avec ses 25 500 immigrants, il se situait au 11^e rang en nombres absolus. Le secteur Rosemont comptait un peu plus de la moitié d'entre eux. De l'ensemble des immigrants, 3,9 % étaient arrivés entre 1996 et 2001.

Une projection de la répartition par âge et par sexe de la population recensée en 2001 — construite à travers les pyramides des âges pour les années 2001, 2011 et 2021 — permet de comparer la structure de la population de ce CSSS à trois moments dans le temps et d'en percevoir l'évolution (figure 1). En 2021, le vieillissement de la population est fort marqué : peu de jeunes gens à la base et une nette augmentation des effectifs à partir de 45 ans. Rappelons que c'est la fécondité qui détermine principalement l'allure générale de la pyramide des âges et non la mortalité ou les mouvements migratoires. (Les projections de population sont établies à partir de diverses hypothèses de fécondité, de mortalité et de mouvements migratoires faites par l'Institut de la statistique du Québec.)

Tableau 1 Répartition des ménages et des familles, CSSS Lucille-Teasdale, 2001

Ménage ou famille	CSSS Lucille-Teasdale		CLSC		
	n	%	Hochelaga- Maisonneuve n	Olivier- Guimond n	Rosemont n
Ménages	86 340	100	24 655	19 610	42 075
Ménages familiaux*	41 825	48	10 630	10 965	20 230
Ménages non familiaux	44 510	52	14 020	8 645	21 845
Ménages d'une seule personne	39 070	45	11 540	7 830	19 700
Autres ménages	5 440	6	2 480	815	2 145
Familles avec enfants	24 630	100	6 595	6 355	11 680
Familles avec enfants de moins de 18 ans	16 265	100	4 640	3 935	7 695
Biparentales	9 705	60	2 445	2 575	4 690
Monoparentales	6 560	40	2 195	1 360	3 005
Couples sans enfant	17 745	100	4 195	4 755	8 795

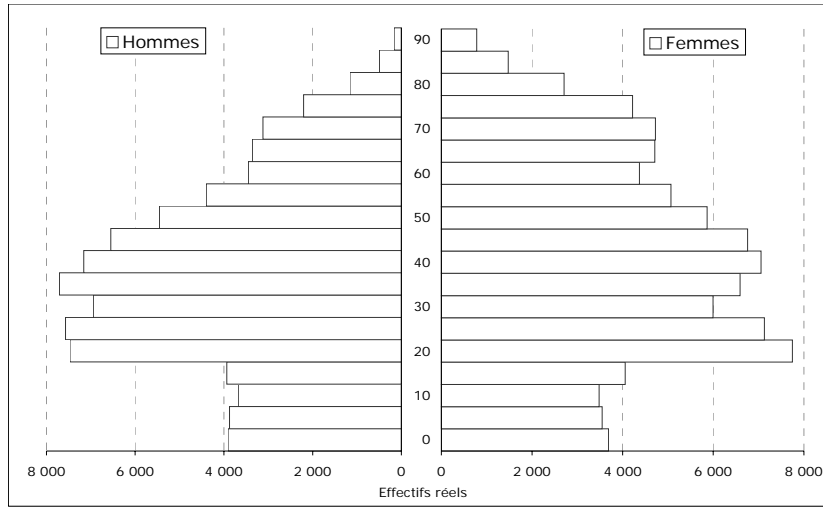
* Les ménages familiaux se composent d'au moins une famille, parfois de deux ou plus.
C'est pourquoi le nombre total de ménages familiaux peut être inférieur au nombre de familles.
Celles-ci comprennent des familles avec enfants et des couples sans enfants.
Source : Statistique Canada, recensement de 2001

Tableau 2 Répartition de la population selon l'âge, CSSS Lucille-Teasdale, 2006

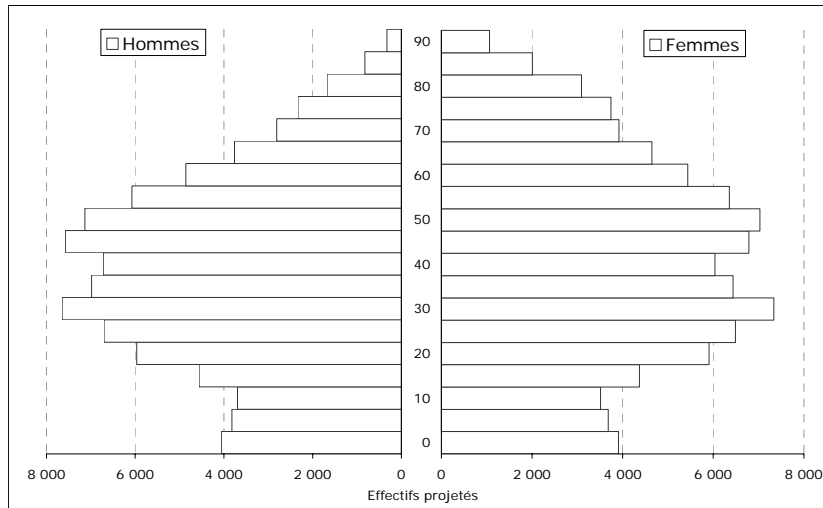
Catégorie d'âge	CSSS Lucille-Teasdale		CLSC		
	n	%	Hochelaga- Maisonneuve n	Olivier- Guimond n	de Rosemont n
Moins de 5 ans	8 078	4,6	2 481	1 728	3 869
5-11 ans	10 007	5,7	2 936	2 290	4 781
12-17 ans	9 642	5,5	2 868	2 389	4 385
18-24 ans	14 820	8,4	5 098	3 307	6 415
25-44 ans	57 024	32,4	18 432	11 934	26 658
45-64 ans	47 180	26,8	12 676	12 315	22 189
65 ans et plus	29 105	16,6	5 952	8 400	14 753
65-74 ans	14 569	8,3	3 168	4 264	7 137
75-84 ans	11 100	6,3	2 086	3 223	5 791
85 ans et plus	3 436	2,0	698	913	1 825
Total	175 856	100,0	50 443	42 363	83 050

Source : ISO, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

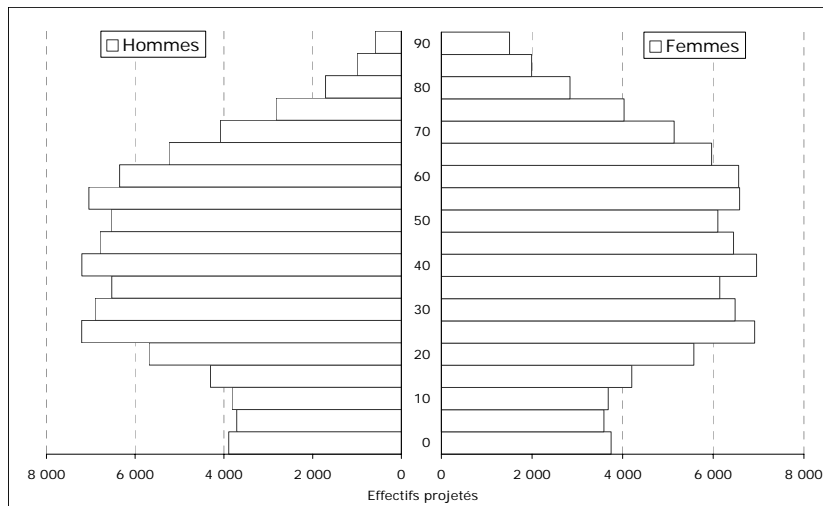
Figure 1 Pyramides des âges, CSSS Lucille-Teasdale, 2001, 2011, 2021
2001



2011



2021



Source : ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

CONDITIONS DE VIE DANS LE TERRITOIRE DU CSSS LUCILLE-TEASDALE

Les comportements des gens, leur patrimoine génétique, l'accès à des traitements et à des soins sont autant d'éléments qui agissent sur leur santé et donc sur la durée de leur vie. D'autres facteurs contribuent à expliquer les variations parfois considérables de l'état de santé et de la longévité. En effet, les conditions de vie de la population constituent l'un des principaux déterminants de la santé et du bien-être. Ces conditions créent des inégalités qui proviennent de ce que nous possédons ou ne possédons pas : des biens (maison, voiture, actions), un revenu d'emploi ou d'autres sources, des relations sociales, un diplôme, des habiletés à s'exprimer et à se faire comprendre, des connaissances, etc. Ces conditions font en sorte que des individus vivent dans certains environnements social et physique plutôt que dans d'autres; ces environnements agissent à leur tour sur l'état de santé et donc sur la longévité des gens.

La défavorisation dans le territoire du CSSS et ses secteurs de CLSC, la proportion de familles et celle d'enfants vivant sous le seuil de faible revenu et la propriété sont autant de mesures complémentaires pour décrire la situation socioéconomique propre à votre CSSS.

DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

L'indice de défavorisation matérielle et sociale est un résumé des facteurs qui conditionnent la vie matérielle (chômage, revenu, diplomation) et la vie sociale (situation conjugale, familiale et résidentielle) des gens. La défavorisation matérielle est proche de la notion de pauvreté, tandis que la défavorisation sociale rend compte d'une certaine fragilité du réseau social ou de l'isolement des gens. De nombreuses études ont montré que ces deux formes de défavorisation sont étroitement liées à la mortalité générale et à la mortalité due à des causes spécifiques, à l'espérance de santé, aux traumatismes, etc.

Les gens défavorisés le sont relativement aux membres qui constituent leur société : ici, les seuils de défavorisation ont été fixés en fonction de l'ensemble de la population du Québec. Avec cet indice, la population est répartie en cinq niveaux de défavorisation qui correspondent chacun à un quintile (20 %). Le quintile 1 regroupe les plus favorisés de la population et, à l'inverse, le quintile 5 représente les plus défavorisés.

Pour en savoir plus sur la confection de l'indice de défavorisation, consulter le site Internet suivant : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php>

FAITS SAILLANTS

- ✦ Seulement 17 % de la population de ce CSSS est très défavorisée (quintile 5) au plan matériel. On observe toutefois de vives disparités entre les secteurs : Hochelaga-Maisonneuve compte 19 300 personnes dans cette situation, soit 43 % de ses résidents, alors qu'on n'en dénombre respectivement que 6 500 (8,5 %) et 2 000 (5,2 %) dans les secteurs Rosemont et Olivier-Guimond. Ces deux derniers secteurs réunissent environ 20 % de gens extrêmement favorisés au plan matériel par rapport à 2 % dans Hochelaga-Maisonneuve (figure 2 et tableau 3).
- ✦ Dans ce CSSS, 105 000 personnes — soit 65 % de la population — ont un réseau social susceptible d'être un maillon faible dans leur environnement puisqu'elles se situent dans la catégorie extrême de défavorisation sociale (quintile 5). Cette proportion est imposante par comparaison avec Montréal. Encore une fois, le secteur Hochelaga-Maisonneuve est particulièrement touché par ce phénomène, avec 79 % de gens dans cette situation. Il est suivi de près par celui de Rosemont, avec 72 % (figure 3 et tableau 4).
- ✦ On compte 21 400 personnes extrêmement défavorisées, tant aux plans matériel que social, dans ce CSSS, soit 15 600 dans Hochelaga-Maisonneuve, 5 000 dans Rosemont et le reste dans le secteur Olivier-Guimond. Cette situation les expose à une plus grande vulnérabilité au plan sanitaire. Il n'y a personne qui soit doublement favorisé dans ce CSSS.

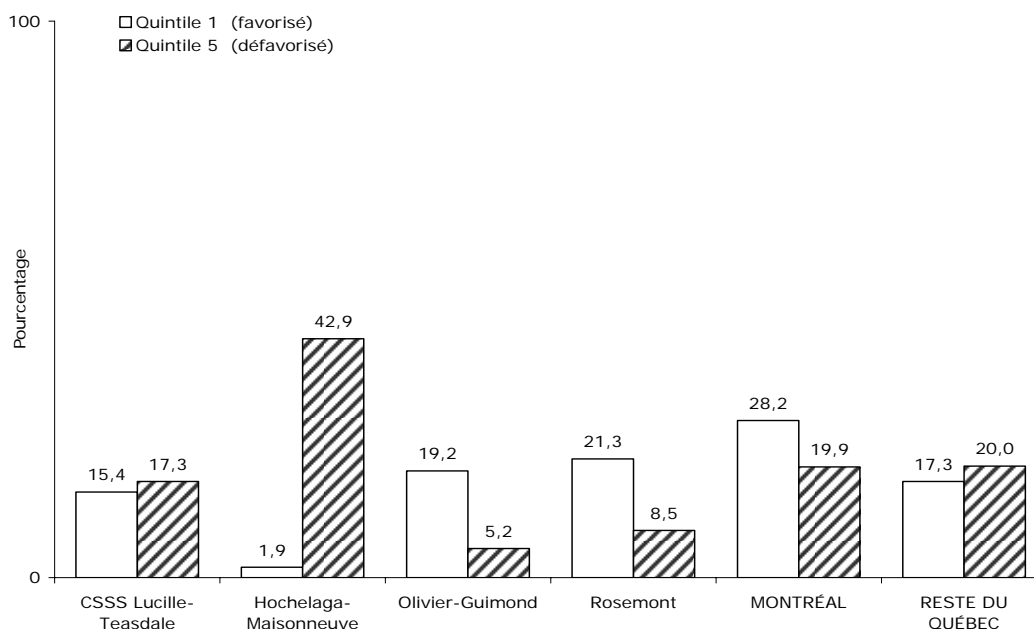
Tableau 3 Répartition en nombre et en pourcentage de la population par quintile de défavorisation matérielle, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal et reste du Québec, 2001

Territoire	Nombre				
	Quintile 1 (favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (défavorisé)
CSSS Lucille-Teasdale	24 814	40 721	34 574	33 257	27 908
Hochelaga-Maisonneuve	852	7 182	5 925	11 730	19 325
Olivier-Guimond	7 594	10 537	13 030	6 350	2 075
Rosemont	16 368	23 003	15 619	15 177	6 508
Montréal	493 060	322 650	286 180	297 845	347 560
Reste du Québec	921 140	1 092 900	1 128 645	1 116 808	1 067 810

Territoire	%				
	Quintile 1 (favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (défavorisé)
CSSS Lucille-Teasdale	15,4	25,2	21,4	20,6	17,3
Hochelaga-Maisonneuve	1,9	16,0	13,2	26,1	42,9
Olivier-Guimond	19,2	26,6	32,9	16,0	5,2
Rosemont	21,3	30,0	20,4	19,8	8,5
Montréal	28,2	18,5	16,4	17,0	19,9
Reste du Québec	17,3	20,5	21,2	21,0	20,0

Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/defav/pop2001_matclsc8.xls

Figure 2 Proportion de la population selon le niveau de défavorisation matérielle, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal et reste du Québec, 2001



Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/defav/pop2001_matclsc8.xls

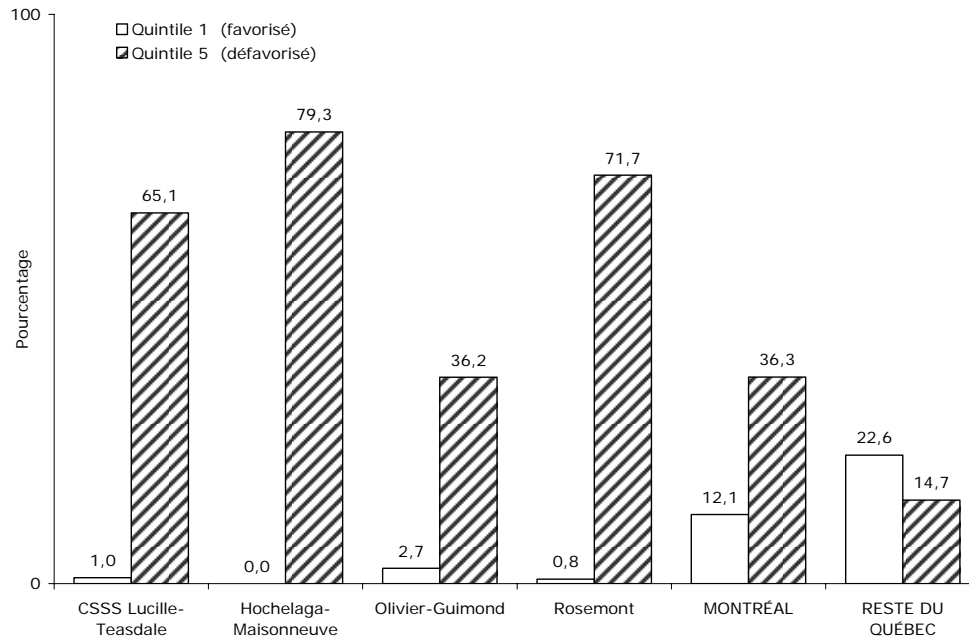
Tableau 4 Répartition en nombre et en pourcentage de la population par quintile de défavorisation sociale, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal et reste du Québec, 2001

Territoire	Nombre				
	Quintile 1 (favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (défavorisé)
CSSS Lucille-Teasdale	1 680	480	16 970	37 095	105 049
Hochelaga-Maisonneuve	0	0	2 510	6 800	35 704
Olivier-Guimond	1 070	480	10 103	13 588	14 345
Rosemont	610	0	4 357	16 707	55 000
Montréal	211 805	182 795	254 155	464 705	633 835
Reste du Québec	1 202 495	1 232 460	1 161 015	949 993	781 340

Territoire	%				
	Quintile 1 (favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (défavorisé)
CSSS Lucille-Teasdale	1,0	0,3	10,5	23,0	65,1
Hochelaga-Maisonneuve	0,0	0,0	5,6	15,1	79,3
Olivier-Guimond	2,7	1,2	25,5	34,3	36,2
Rosemont	0,8	0,0	5,7	21,8	71,7
Montréal	12,1	10,5	14,5	26,6	36,3
Reste du Québec	22,6	23,1	21,8	17,8	14,7

Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/defav/pop2001_socclsc8.xls

Figure 3 Proportion de la population selon le niveau de défavorisation sociale, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal et reste du Québec, 2001



Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/defav/pop2001_socclsc8.xls

FAITS SAILLANTS

- En 2000, dans ce CSSS, quatre familles sur dix ayant des enfants de moins de 18 ans, vivaient sous le seuil de faible revenu, une proportion supérieure à celle de Montréal. Le quart des familles ayant un couple à leur tête vivait dans ces conditions; alors que cette proportion s'élevait à 60 % dans le cas des familles monoparentales. Cette situation de pauvreté est plus particulièrement présente dans les secteurs Hochelaga-Maisonneuve et Rosemont où elle touche un proportion significativement plus élevée de familles qu'à Montréal, ce qui se reflète d'ailleurs sur le CSSS dans son ensemble (tableau 5 et figure 4).
- Quatre enfants sur dix font partie de familles dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu. La proportion de très jeunes enfants vivant dans ces conditions est un peu plus importante. Qu'ils soient d'âge préscolaire ou scolaire, les enfants des familles monoparentales sont plus nombreux que les autres, tant en nombre qu'en proportion, à connaître la pauvreté (tableau 6).
- Comparativement à Montréal, ce CSSS compte une plus forte proportion (42 %) de jeunes de 15 à 24 ans qui ne fréquentent plus l'école. Bien que cela soit le cas de chacun des secteurs du CSSS, Hochelaga-Maisonneuve, où la moitié de ces jeunes est dans cette situation, contribue davantage à ce résultat (figure 5).

Tableau 5 Familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon la structure familiale, CSSS Lucille-Teasdale, 2000

Territoire	En couple		Monoparentales		Total	
	n	%	n	%	n	%
CSSS Lucille-Teasdale	2 425	25,0	3 865	58,9	6 290	38,7
Hochelaga-Maisonneuve	900	36,8	1 540	70,2	2 440	52,6
Olivier-Guimond	495	19,2	690	50,7	1 185	30,1
Rosemont	1 030	22,0	1 635	54,4	2 665	34,6

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

Tableau 6 Enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon l'âge des enfants, CSSS Lucille-Teasdale, 2000

	0-5 ans		6-17 ans		0-17 ans	
	n	%	n	%	n	%
Enfants	4 020	45,2	7 015	40,1	11 035	41,8
Dans familles biparentales	1 920	31,9	2 640	25,9	4 560	28,2
Dans familles monoparentales	2 050	73,0	4 255	60,3	6 305	63,9
Autres	50	83,3	120	44,4	170	51,5

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

Figure 4 Proportion des familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2000

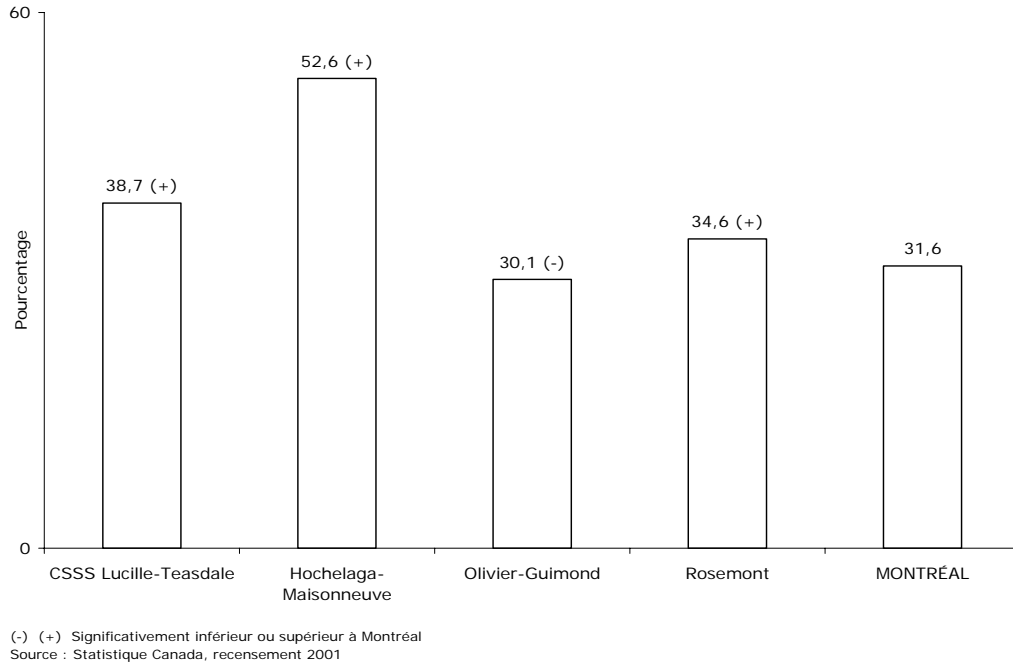
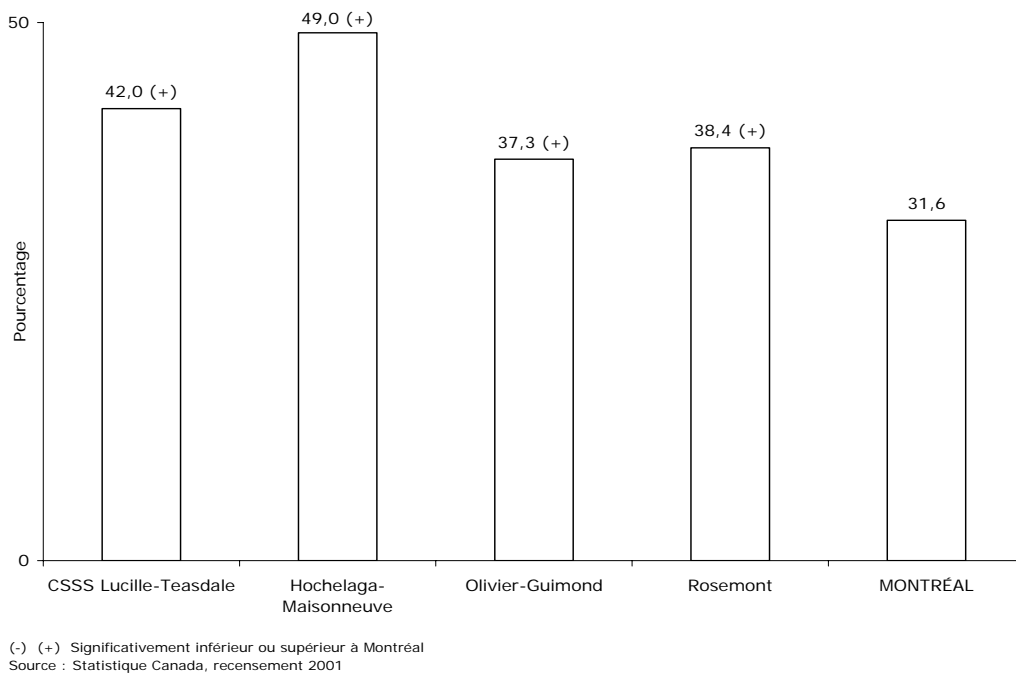


Figure 5 Proportion des 15-24 ans ne fréquentant pas l'école, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2001



CAPITAL ÉCONOMIQUE : LA PROPRIÉTÉ

La propriété et l'état du logement sont une autre manière d'avoir une idée du capital économique de la population du CSSS Lucille-Teasdale.

FAITS SAILLANTS

- ✦ Dans ce CSSS, la location demeure le mode d'habitation privilégié : seulement 26 % des logements sont occupés par leur propriétaire comparativement à 36 % à Montréal. Un faible 15 % des logements sont habités par leur propriétaire dans le secteur Hochelaga-Maisonneuve. Dans tout le territoire, 23 % des propriétaires, contre 19,8 % à Montréal, doivent consentir un effort important pour le paiement de leur propriété (figures 6 et 7).
- ✦ Des nombreux locataires, seuls ceux de Hochelaga-Maisonneuve sont proportionnellement plus nombreux que les Montréalais à fournir 30 % ou plus de leur revenu pour se loger, soit quatre locataires sur dix dans ce secteur (figures 6 et 7).
- ✦ Au recensement de 2001, 7 830 logements privés nécessitaient des réparations majeures dans ce CSSS (9,1 % du parc de logements privés par rapport à 8,5 % à Montréal), soit 1 365 (7 %) dans le secteur Olivier-Guimond, 3 000 (12,2 %) dans le secteur Hochelaga-Maisonneuve et 3 465 (8,2 %) dans celui de Rosemont. Un peu plus du quart nécessitait des réparations mineures et le reste, un entretien régulier.

Figure 6 Proportion des logements occupés par un propriétaire ou un locataire, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2001

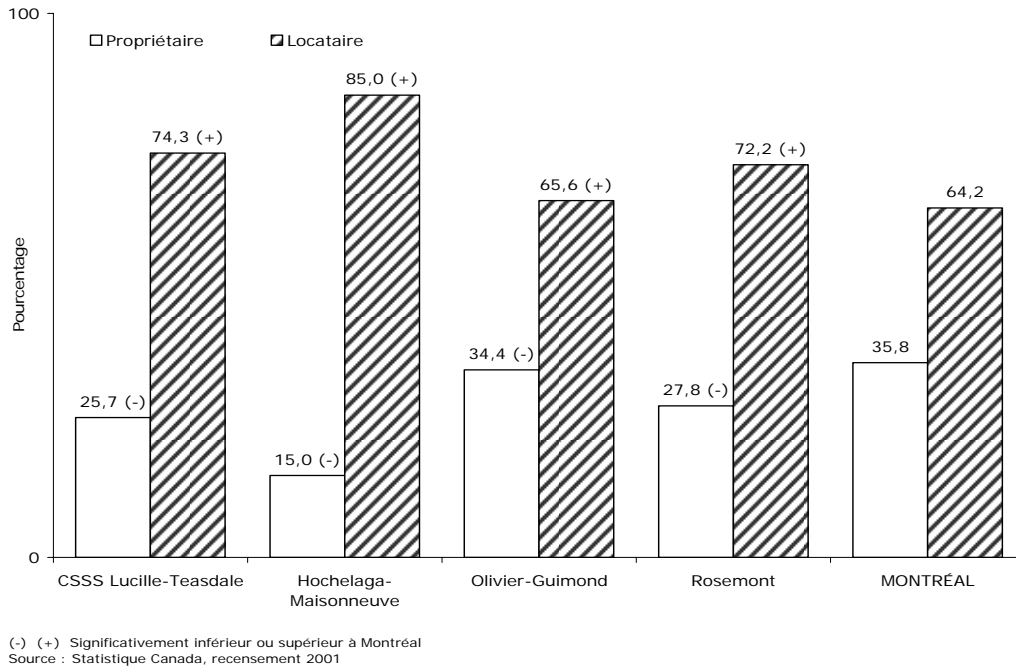
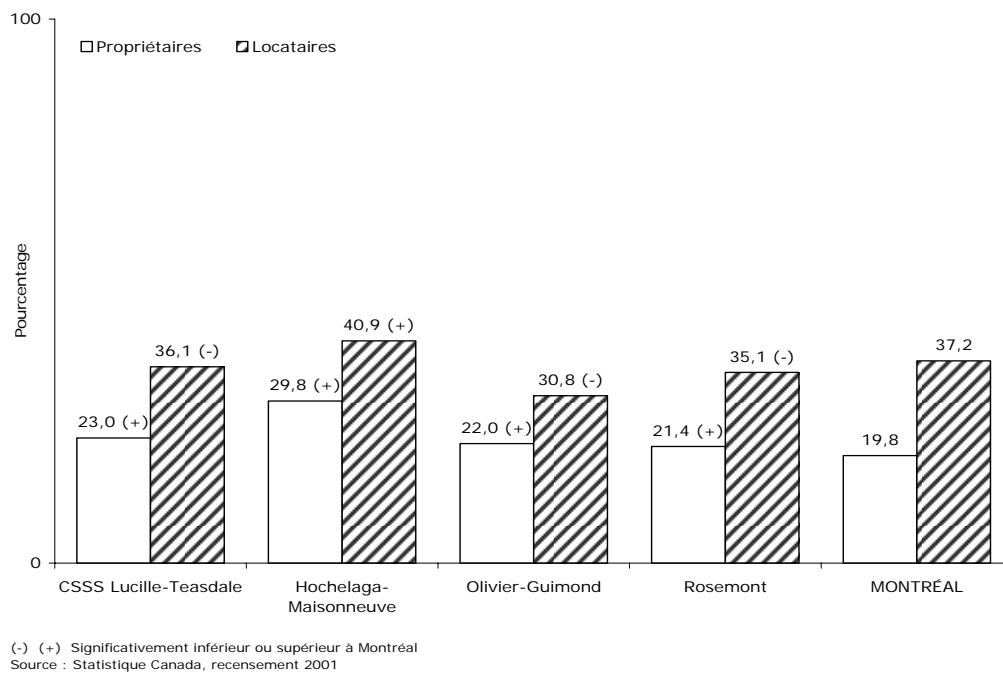


Figure 7 Proportion des ménages propriétaires ou locataires consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour se loger, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2001



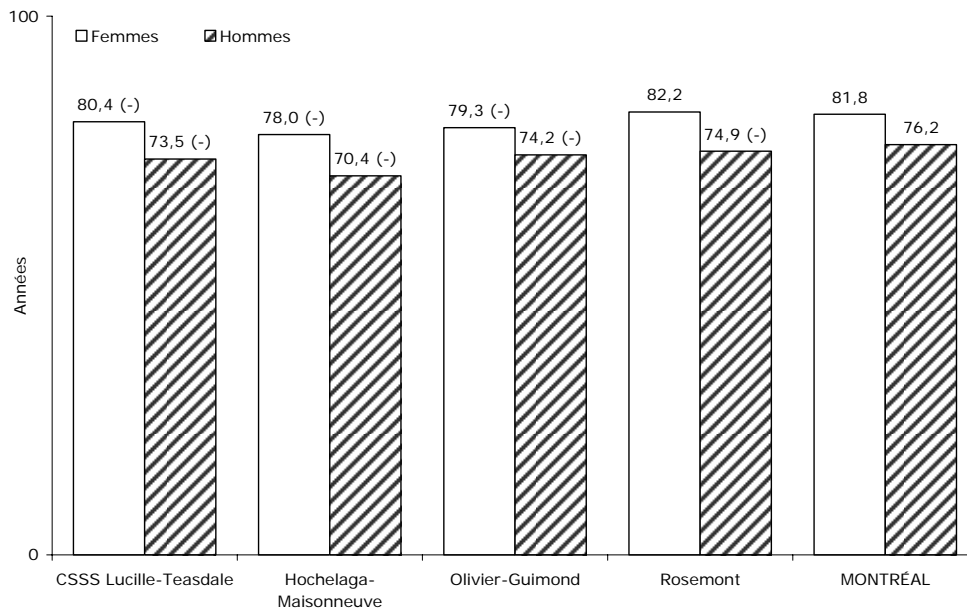
ESPÉRANCE DE VIE

La maladie affecte la longévité. Les différences de santé entre les gens sont souvent exprimées par une mesure : l'espérance de vie. Celle-ci correspond au nombre moyen d'années que peut espérer vivre une personne soumise aux conditions de mortalité de la période d'observation considérée. De manière générale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. L'espérance de vie des Montréalais varie selon leur secteur de résidence, ce qui illustre les différences de l'état de santé entre les sous-groupes qui composent cette population.

FAIT SAILLANT

- ◆ Dans le CSSS Lucille-Teasdale, comme dans chacun de ses trois secteurs, l'espérance de vie des femmes comme celle des hommes (exception faite des femmes de Rosemont), sont significativement inférieures à celle des Montréalaises et des Montréalais (figure 8).

Figure 8 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 1998-2002



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
 Sources : MSSS, fichier des décès, 1998-2002; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

IMMIGRATION ET SANTÉ

Si les conditions de vie déterminent largement l'état de santé d'une population, on ne s'étonnera pas d'apprendre que l'espérance de vie des résidents du secteur Lac Saint-Louis dans l'ouest de l'île — l'un des secteurs les plus favorisés au Québec — soit supérieure à celle de l'ensemble des Montréalais. On ne sera pas davantage surpris de savoir que les résidents de Pointe Saint-Charles dans le sud-ouest de l'île — l'un des secteurs les plus défavorisés au Québec — vivent moins longtemps que les autres Montréalais. Alors comment comprendre que l'espérance de vie des résidents de Parc-Extension, qui constituent la population la plus défavorisée au plan matériel de toute l'île, soit par contre plus élevée que celle de l'ensemble des Montréalais?

Une bonne partie de l'explication de ce paradoxe se trouve dans la composition même de la population de ces deux derniers secteurs : Parc-Extension comptait 58 % d'immigrants en 2001, Pointe Saint-Charles, 5 %. Or, pour obtenir la résidence permanente canadienne, un immigrant économique, comme ses parents qui viendront le rejoindre en vertu du regroupement familial, doit obligatoirement répondre à certains critères de sélection. Celui d'avoir un bon état de santé physique et mental est essentiel à l'acceptation de son entrée en tant que résident permanent. Seuls les réfugiés peuvent être admis sans satisfaire à cette exigence. C'est pourquoi dans le domaine de la santé, il importe de distinguer les réfugiés et les migrants économiques, les premiers pouvant constituer un sous-groupe vulnérable. Par ailleurs, on parle également d'autosélection de la part des immigrants parce qu'en général, la décision d'émigrer repose sur le fait d'être jeune, en bonne santé et d'avoir une bonne capacité d'adaptation.

Autrement dit, le fait d'avoir des immigrants sur son territoire constitue un gain pour la santé de la population canadienne en général et de la population montréalaise en particulier. En effet, plusieurs études ont mis en évidence l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité (dite aussi espérance de santé) des immigrants et celles des Canadiens de naissance. Cela tient à une prévalence moins élevée de problèmes de santé chroniques ou d'incapacités (autoévaluation) et de dépression majeure chez les premiers que chez les derniers.

Cependant, des changements de l'état de santé sont observés chez les immigrants au fur et à mesure que s'accroissent leurs années vécues au Canada. Une étude longitudinale a notamment montré que les immigrants non européens sont plus nombreux à déclarer une détérioration de leur état de santé que les autres, et qu'il y a augmentation de leur fréquence de consultation médicale, tandis que les changements de l'état de santé des immigrants européens se comparent à ceux des Canadiens de naissance. De certaines études transversales, il ressort aussi que l'augmentation de la durée de résidence est associée à l'augmentation de problèmes de santé chroniques déclarés et de dépression. Si l'avantage relatif de l'état de santé des immigrants par rapport aux autres Canadiens demeure, il s'estompe quelque peu avec leur durée de résidence.

Sources :

Chen, J., R. Wilkins, E. Ng « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 », *Rapports sur la santé*, vol. 8, no 3, mars 1996, [En ligne], Statistique Canada, pp. 31-41, [<http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-003-X19960033016>].

Ng, E., R. Wilkins, F. Gendron et J. M. Berthelot. L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : Constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population, [En ligne], Ottawa, Statistique Canada, 2005, 13 p., [<http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-618-M2005002>].

Ali, J. « La santé mentale des immigrants au Canada », *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 13, 2002, [En ligne], Ottawa, Statistique Canada, 13 p., [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/2002001/pdf/82-003-SIF2002006.pdf>].

Pérez, C. E. « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants », *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 13, 2002, [En ligne], Ottawa, Statistique Canada, 14 p., [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/2002001/pdf/82-003-SIF2002005.pdf>].

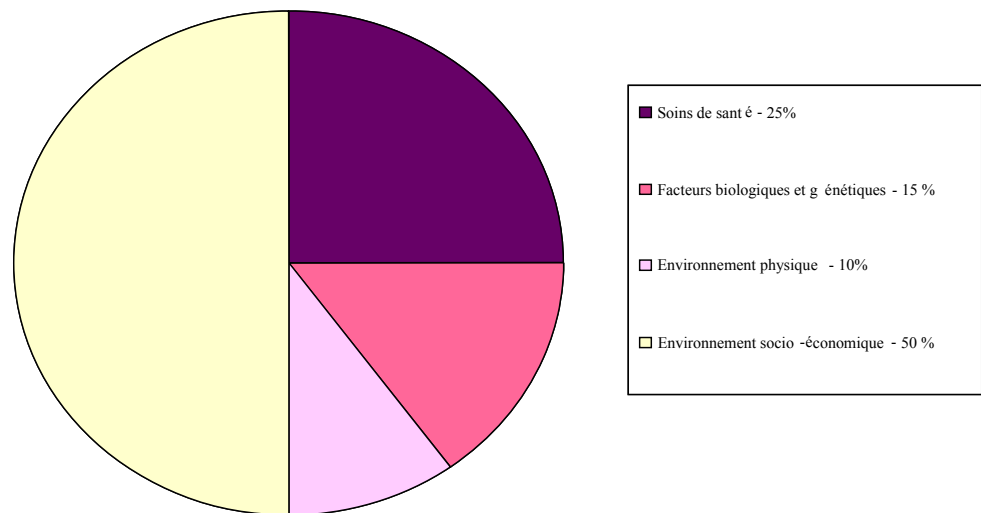
Wu, Z., et C. M. Schimmele. « The Healthy Migrant Effect on Depression : Variation over Time ? », *Canadian Studies in Population*, vol. 32, no 2, 2005, pp. 271-295.

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Dans une société où les maladies chroniques ont supplanté les maladies transmissibles, les soins de santé jouent un plus grand rôle dans le maintien d'une bonne santé que par le passé. L'Institut canadien de recherches avancées estime que la santé de la population reposerait à 25 % sur les soins de santé (vaccination, médicaments, chirurgies, etc.). Autrement dit, 75 % de la santé est encore déterminée par des facteurs non médicaux et par leur interaction. Ce qui laisse un large espace d'intervention pour la promotion et la prévention de la santé (figure 9).

Comment orienter les décisions et les actions favorables à l'amélioration de l'état de santé ? C'est là une question complexe qui exige une réflexion approfondie tenant compte aussi bien des besoins de la population que de la disponibilité des ressources permettant ou non de les satisfaire. La santé se définit par « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans 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 » (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1). Une planification des soins et services axée sur la responsabilité populationnelle devrait entre autres s'appuyer sur la connaissance non seulement des principales causes de mortalité mais aussi des causes d'incapacité et des facteurs de risque qui agissent en amont.

Figure 9 Estimation de l'incidence des déterminants de la santé sur l'état de santé de la population



Source : Estimations de l'Institut canadien de recherches avancées – Santé Canada

CAUSES DE MORTALITÉ ET D'INCAPACITÉ

Pour 36 pays industrialisés dont le Canada, l'OMS a identifié : a) les principales causes de décès, b) les années de vie perdues (AVP) à cause de ces décès, c) les années vécues avec une incapacité (AVI) liée à ces causes et finalement d) les années de vie perdues à cause de décès prématurés et d'années perdues en raison d'incapacité, dites années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY). (Chacun de ces éléments correspond à une colonne du tableau 7.)

L'intérêt de cette analyse réside dans la quantification du fardeau des problèmes de santé en tenant compte soit de la mortalité, soit de l'incapacité, soit de leur impact combiné : il s'ensuit un changement dans l'ordre d'importance des causes selon le cas. Par contraste avec l'approche classique où on utilise des données de mortalité, elle met en évidence les fardeaux importants que représentent, par exemple, la dépression et la consommation importante d'alcool sur la santé (figures 12 et 13).

FAITS SAILLANTS

- ✦ Les maladies du cœur et certains cancers se classent aux premiers rangs parmi les causes de mortalité mais sont déclassés dans une estimation des années vécues avec une incapacité (tableau 7). À cause de l'incapacité qu'elles entraînent, les maladies neuropsychiatriques et la consommation d'alcool pèsent beaucoup plus lourdement dans la charge de morbidité que les cardiopathies ischémiques par exemple (figure 12).
- ✦ Toutefois, quand on tient compte à la fois des années de vie perdues à cause d'une mort précoce et des années vécues avec une incapacité, les maladies du cœur reprennent une place prépondérante, mais le fardeau de la dépression s'avère comparable. L'alcool et les accidents routiers se trouvent aussi en avant-plan à cause de l'effet combiné de l'incapacité et d'un décès survenu prématurément (figure 13).

Tableau 7 Principales causes de décès, années de vie perdues (AVP), années vécues avec une incapacité (AVI) et années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY)*, économies de marché établies, 1990**

Cause de décès***	Décès (milliers)			Années de vie perdues (AVP) (milliers)			Années vécues avec une incapacité (AVI) (milliers)			Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) (milliers)		
	Nombre	%	rang	Nombre	%	rang	Nombre	%	rang	Nombre	%	rang
<i>Toutes causes</i>	7 121			49 674			49 120			98 794		
Cardiopathies ischémiques	1 668	23%	I	8 113	16%	I	764	2%		8 876	9%	I
Maladies cérébrovasculaires	788	11%	II	3 424	7%	II	1 553	3%	VII	4 977	5%	III
Cancer de la trachée, des bronches et des poumons	379	5%	III	2 771	6%	IV	216			2 987	3%	VI
Infections des voies respiratoires inférieures	272	4%	IV	1 162	2%	IX	45			1 208		
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	245	3%	V	1 122	2%	X	1 162	2%		2 284	2%	X
Cancer du côlon et du rectum	208	3%	VI	1 296	3%	VI	330			1 626		
Diabète sucré	145	2%	VII	810			1 547	3%	VIII	2 357	2%	IX
Cancer de l'estomac	140	2%	VIII	932			129			1 061		
Cancer du sein	134	2%	IX	1 228	2%	VIII	193			1 421		
Accidents de la route	131	2%	X	2 961	6%	III	1 349			4 310	4%	V
Cirrhose du foie	117			1 238	2%	VII	346			1 584		
Blessures auto-infligées	112			1 989	4%	V	166			2 155	2%	X
Démence	94			437			2 429	5%	IV	2 866	3%	VII
Chutes	70			435			916			1 350		
Maldies endocriniennes	46			401			856			1 257		
Affections périnatales	46			1 533			234			1 767		
VIH	41			950			317			1 267		
Anomalies congénitales	39			1 171			962			2 133		
Asthme	22			191			1 045			1 236		
Consommation d'alcool	16			223			4 467	9%	II	4 690	5%	IV
Schizophrénie	13			63			2 186	4%	V	2 249		
Utilisation de drogues	4			108			1 413	3%	X	1 522		
Troubles bipolaires	1			3			1 705	3%	VI	1 709		
Dépression majeure	-			-			6 684	14%	I	6 684	7%	II
Arthrose	-			-			2 701	5%	III	2 701	3%	VIII
Troubles obsessionnels-compulsifs	-			-			1 454	3%	IX	1 454		

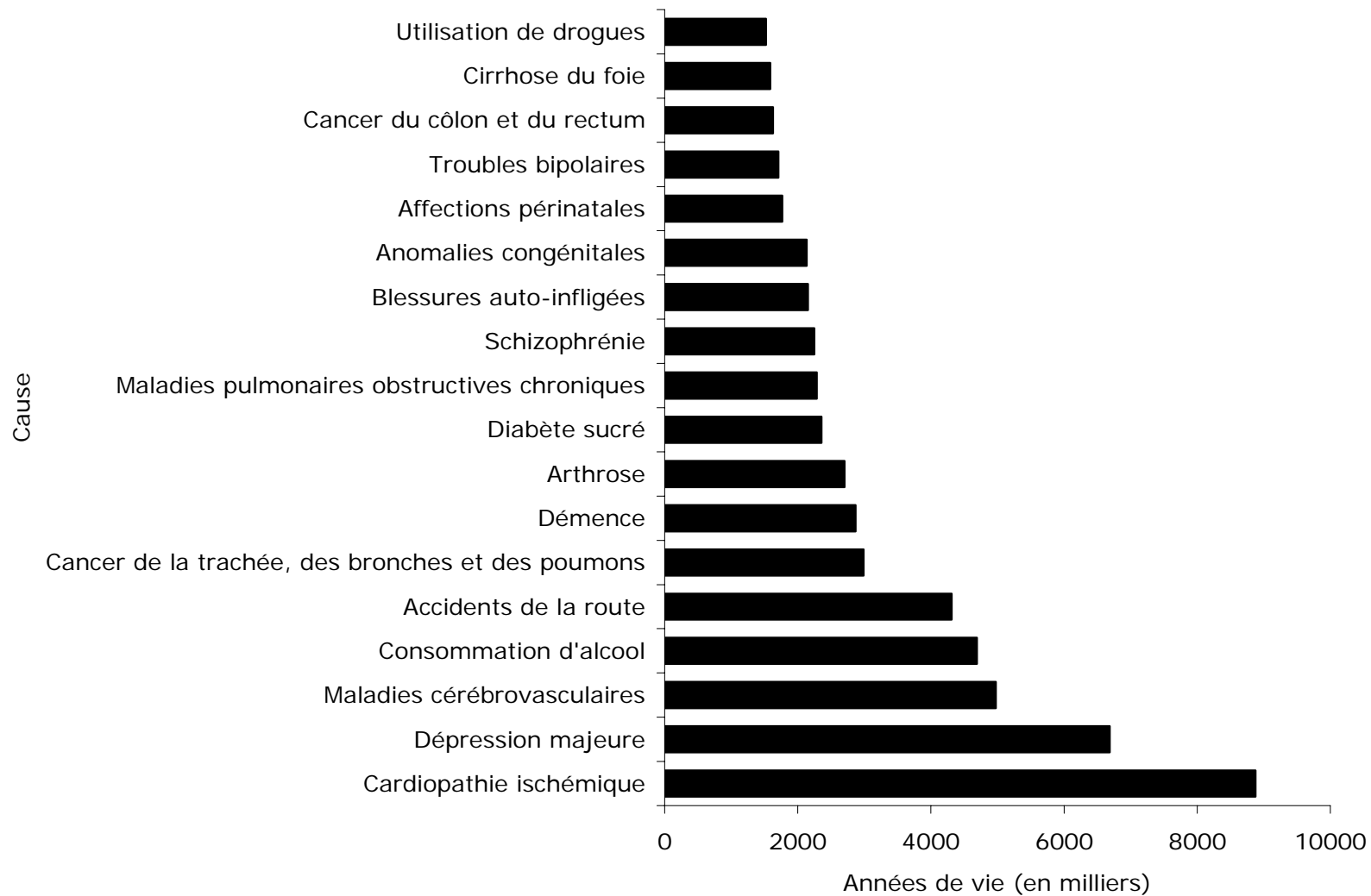
* Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) = Disability - adjusted life years (DALY).

** Économies de marché établies : 36 pays inclus dont Australie, Canada, France, Allemagne, Japon, États-Unis, Royaume-Uni, Suède.

*** Maladies causant plus de 100 000 décès ou plus de 800 000 AVP ou plus de 1 000 000 AVI ou plus de 1 000 000 AVAI.

Tableau compilé et adapté par Patrick Morency, DSP de Montréal, tiré de Murray, C.J.L. et A.D. Lopez (1996). *The Global Burden of Disease*. World Health Organisation (WHO).

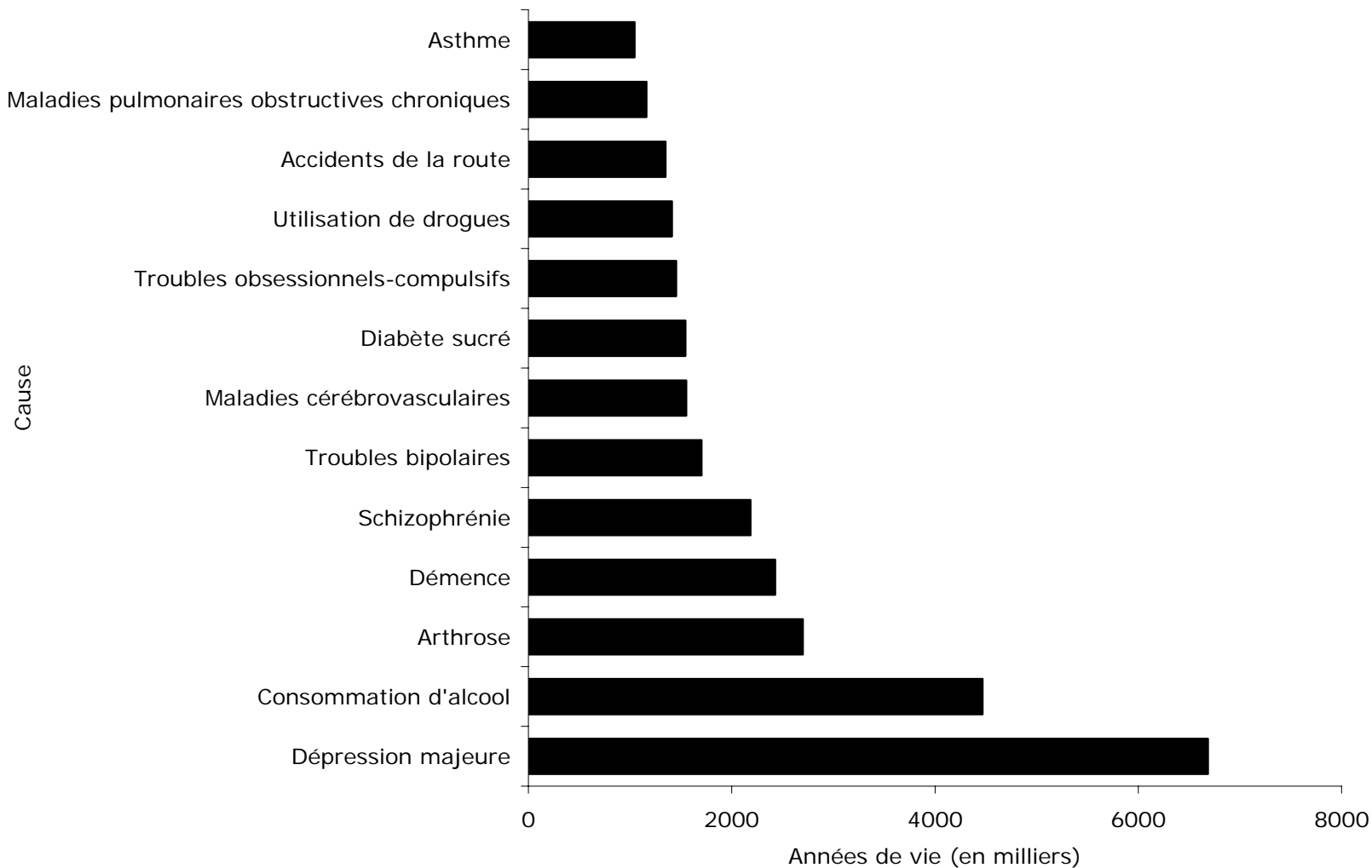
Figure 10 Principales causes des années de vie ajustées sur l'incapacité, économies de marché établies*, 1990



* Economie de marché établies : 36 pays inclus dont Australie, Canada, France, Allemagne, Japon, Etats-Unis, Royaume Uni et Suède.

** Source: CJL Murray, AD Lopez (1996). The Global Burden of Disease. World Health Organisation (WHO).

Figure 11 Années vécues avec une incapacité selon la cause, économies de marché établies*, 1990



* Economie de marché établies : 36 pays inclus dont Australie, Canada, France, Allemagne, Japon, Etats-Unis, Royaume Uni et Suède.

** Source: CJL Murray, AD Lopez (1996). The Global Burden of Disease. World Health Organisation (WHO).

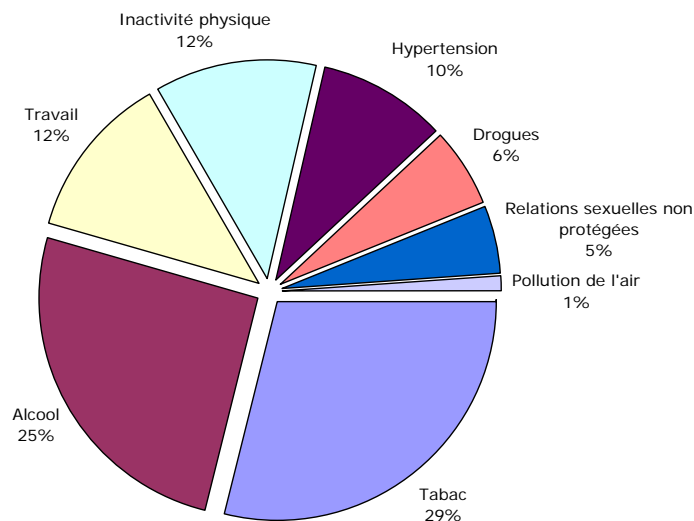
FACTEURS DE RISQUE : AGIR EN AMONT

Dans une perspective de santé publique, et donc de prévention, il faut agir en amont, se préoccuper des facteurs antérieurs qui sont à l'origine de la maladie et de la mortalité. Quels sont-ils? Et quelle est leur importance relative?

FAITS SAILLANTS

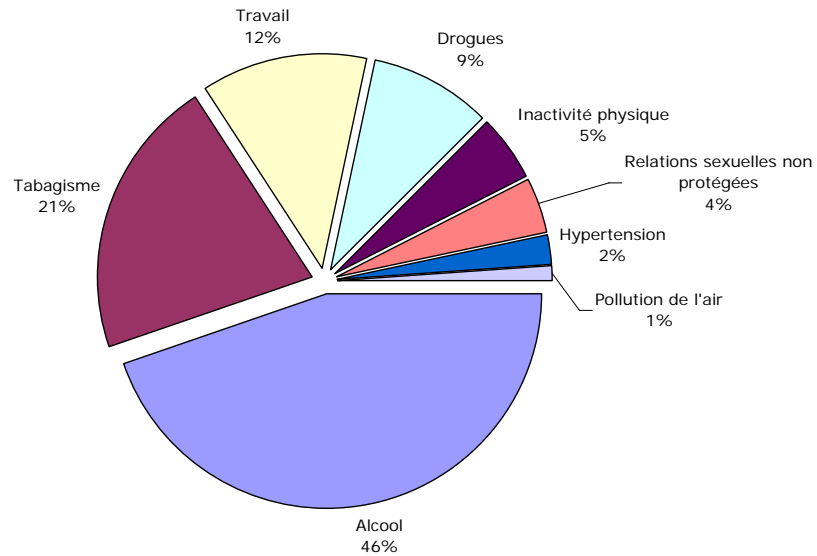
- ✦ Dans les pays ayant une économie de marché, dont le Canada, les facteurs associés à une plus grande mortalité sont, par ordre d'importance : le tabagisme, l'hypertension, l'inactivité physique et le milieu de travail (figure 12).
- ✦ La consommation d'alcool constitue le principal facteur des années de vie perdues pour cause d'incapacité, alors que le tabagisme se classe au second rang (figure 13).
- ✦ La donne change quelque peu quand on tient compte simultanément de la mortalité et de l'incapacité : le tabagisme se situe alors au premier rang, suivi de près par la consommation d'alcool. Viennent ensuite à égalité le milieu de travail et la sédentarité, puis l'hypertension, l'utilisation des drogues, etc. (figure 14).
- ✦ Tous ces facteurs de risque, comme la mortalité et la morbidité, sont parfois corrélés à la défavorisation sociale. Ils sont de plus généralement corrélés à la défavorisation matérielle. Des exceptions toutefois : l'incidence du cancer du sein et celle du cancer de la prostate sont parfois plus élevées parmi les couches favorisées de la population, mais pas la mortalité qui leur est attribuable.

Figure 12 Répartition des décès associés aux principaux facteurs de risque



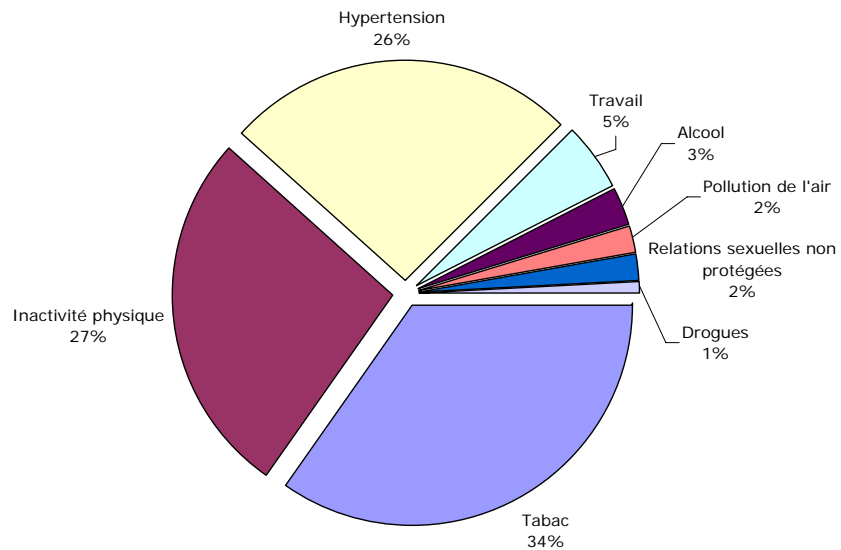
Source : C.JL Murray, AD Lopez (1996). The Global Burden of Disease WHO

Figure 13 Répartition des années vécues avec une incapacité attribuable aux principaux facteurs de risque



Source : C.J.L Murray, A.D Lopez (1996). The Global Burden of Disease WHO

Figure 14 Répartition des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuable aux principaux facteurs de risque



Source : C.J.L Murray, A.D Lopez (1996). The Global Burden of Disease WHO

HABITUDES DE VIE

Certaines habitudes ou certains comportements sont étroitement associés à l'état de santé des individus. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 nous renseigne sur de telles habitudes, dont celles des Montréalais quant au tabagisme, à la consommation d'alcool, à la sédentarité et à la consommation de fruits et légumes. L'excès de poids est également documenté. Ces habitudes et l'excès de poids peuvent varier en fonction de caractéristiques tels l'âge et le sexe. Dans cette enquête, les données ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires de CSSS.

Tableau 8 Proportion de la population selon certains facteurs de risque pour la santé et selon le sexe et l'âge, Montréal, 2003

Facteur de risque	12-19 ans %	20-64 ans %	65 ans et plus %	12 ans et plus %
Tabagisme (Fumeurs réguliers ou occasionnels)				
Hommes	16,1	33,9	12,1	29,2
Femmes	18,8	28,7	13,6	25,0
Exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire au domicile				
Hommes	21,8	9,9	9,3	11,0
Femmes	20,0	8,2	3,4	8,3
Consommation de cinq verres d'alcool et plus au moins une fois par mois				
Hommes	13,3	26,4	5,4	22,3
Femmes	18,1	12,6	1,8	11,1
Excès de poids				
Hommes	n.d.	52,3	60,3	53,5 *
Femmes	n.d.	34,7	47,1	37,4 *
Sédentarité				
Hommes	n.d.	23,7	31,5	24,8 *
Femmes	n.d.	25,2	35,4	27,2 *
Consommation de moins de cinq fruits et légumes par jour				
Hommes	52,6	67,8	54,5	64,7
Femmes	32,1	50,1	45,7	47,7

* Ces pourcentages concernent la population de 20 ans et plus

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003

✦ *Tabagisme*

Le tabagisme est en nette régression au Québec. Ainsi, selon l'ESCC, le taux de fumeurs actuels (fumeurs quotidiens et fumeurs occasionnels) était de 30 % en 2000-2001. En 2005, cette proportion n'était plus que de 24 %. Notons toutefois que malgré les progrès, le Québec était toujours la province affichant le taux le plus élevé. À Montréal, selon cette enquête, le taux de fumeur était de 28 % en 2003 (données montréalaises pour 2005 non disponibles). C'est dans la population adulte (20-64 ans) que cette habitude est la plus répandue. Il n'y a qu'une légère différence selon le sexe (tableau 8).

L'OMS classe la fumée secondaire comme un élément cancérigène de la catégorie de risque la plus élevée. Or, chez les non-fumeurs, ce sont les jeunes (12-19 ans) qui y sont les plus exposés, soit deux fois plus que les adultes non fumeurs. Plus encore, des grandes villes canadiennes, Montréal est celle où les jeunes sont les plus exposés aux méfaits de la fumée secondaire.

✦ *Consommation élevée d'alcool*

Une consommation d'alcool élevée correspond à la consommation de cinq verres ou plus d'alcool au cours d'une même occasion au moins une fois par mois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. On remarque qu'une telle consommation est le fait de plus d'un homme de 20 à 64 ans sur quatre à Montréal. La consommation est moins importante chez les jeunes mais non négligeable. L'enquête sur la santé des jeunes Montréalais d'âge scolaire, menée en 2003, révèle que l'expérience de l'alcool survient tôt dans leur vie : un jeune sur cinq de 4^e année et un sur trois de 6^e année ont dit avoir bu de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête¹.

✦ *Excès de poids*

Les données de l'ESCC 2004 nous apprennent que 57 % des Québécois de 18 ans et plus présentent un excès de poids. Ce problème ne se limite toutefois pas aux adultes. En 1999, il a été estimé qu'entre 10 % et 22 % des jeunes présentaient de l'embonpoint.

Les données de Montréal démontrent que l'excès de poids est un problème qui s'accroît avec l'âge, tant pour les hommes que pour les femmes (tableau 8). Mais il s'agit d'un problème avant tout masculin, car à l'âge adulte, c'est une majorité d'hommes qui en souffrent.

Malgré ce portrait quelque peu inquiétant, notre prévalence d'embonpoint demeure inférieure à celle du reste du Canada et encore davantage à celle des États-Unis et de plusieurs autres pays. Ce problème en émergence mérite qu'on s'y attaque, car l'excès de poids est à l'origine de plusieurs maladies.

Pour en savoir plus sur le sujet, consulter : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/420-PoidsQuebecois1987-2003.pdf>.

À propos de la prévention du surpoids et de l'obésité en pratique médicale, consulter : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2005/18042005.html>.

¹ **Objectif jeunes : comprendre, soutenir.** Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise. Direction de prévention et de santé publique de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, 108p.

✦ *Sédentarité*

L'activité physique est définie selon les réponses à des questions qui portent sur la fréquence, la durée et l'intensité des activités physiques des répondants durant leurs loisirs.

L'inactivité augmente avec l'âge. Environ un adulte sur quatre est inactif. La proportion passe à une personne sur trois chez les aînés. Selon le sexe, les écarts sont peu importants.

Bertrand Nolin de l'Institut de la santé publique du Québec a aussi étudié la question. Le tableau suivant présente son groupement des répondants selon qu'ils sont actifs, modérément actifs ou inactifs, en fonction d'un indice d'activité physique quotidienne moyenne calculé au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête.

Tableau 9 Niveau d'activité physique de loisir selon le sexe, 18 ans et plus, Montréal et ensemble du Québec, 2003

	Actif %	Moyennement actif %	Un peu actif %	Sédentaire %
Hommes				
Montréal	41	19	15	25
Ensemble du Québec	39	18	17	28
Femmes				
Montréal	39	18	17	27
Ensemble du Québec	35	20	20	25

Source : Nolin, B., et D. Hamel, Institut national de santé publique du Québec, 2005

Notes :

a) Les pourcentages étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

b) Les pourcentages représentent la moyenne, projetée sur l'ensemble de l'année, de la pratique sur une période de trois mois.

On note peu de différence entre Montréal et l'ensemble du Québec. La majorité des Montréalais et des Québécois (tant les hommes que les femmes) sont actifs ou moyennement actifs. Dans son étude, le chercheur constate qu'en matière de pratique d'activités physiques durant les temps libres, le Québec est encore sous la moyenne canadienne. L'écart tend toutefois à se resserrer. Historiquement, la valorisation de ce genre d'activité a été plus grande du côté anglophone que francophone.

Pour en savoir plus sur le sujet et sur les recommandations d'activité physique pour les jeunes et les (Note : Il manque quelque chose ici), consulter : Nolin, B., et D. Hamel. « Les Québécois bougent plus mais pas encore assez », dans : M. Venne et A. Robitaille (sous la direction de), l'Annuaire du Québec 2006, Montréal, Fides, pp. 296-311, 2005.

✦ *Consommation de fruits et légumes*

Les habitudes alimentaires saines sont plus répandues chez les femmes que chez les hommes. Peu importe le groupe d'âge, une majorité d'hommes consomme moins de cinq fruits ou légumes par jour. Même si le problème est moins aigu chez les femmes, il y a quand même chez elles d'importantes lacunes, surtout parmi les adultes et les aînées.

Le MSSS, en partenariat avec le groupe Acti-Menu, la Fondation des maladies du cœur du Québec et la Société canadienne du cancer, mène présentement une campagne de promotion intitulée le 5-30, un concept développé pour inciter la population à consommer cinq fruits et légumes par jour et à faire 30 minutes d'activité physique par jour.

À propos de la promotion de la consommation de fruits et légumes, consulter : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Nutrition/fruitlegume/pourquoi.html>.

QUELQUES DÉFINITIONS

Indice de défavorisation matérielle et sociale

« ...[c'est] dans une tentative de décrire l'ampleur et la répartition géographique des inégalités sociales de santé au Québec qu'un indice de défavorisation a été développé. Telle que conçue ici, la défavorisation prend deux formes : matérielle et sociale. Alors que la première reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, la seconde forme renvoie plutôt à la fragilité du réseau social, tant à l'échelle de la famille que de la communauté. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propre au domaine de la santé et du bien-être. »

Source : MSSS. Atlas de la santé et des services sociaux du Québec, [En ligne],
[http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=11].

Seuil de faible revenu

« Niveaux de revenu selon lesquels on estime que les familles ou les personnes hors famille consacrent 20 % de plus que la moyenne générale à la nourriture, au logement et à l'habillement. »

Source : Statistique Canada. Dictionnaire du recensement de 2001, [En ligne],
[http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/reference/dict/index_f.htm#dictionnaire].

Répartition de la population du territoire du CSSS Lucille-Teasdale par secteur de recensement, 2001

