

Note

« L'utilisation des statistiques démographiques dans les départements de santé communautaire (D.S.C.) »

Daniel Tremblay

Cahiers québécois de démographie, vol. 10, n° 3, 1981, p. 455-465.

Pour citer cette note, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/600862ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

L'UTILISATION DES STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES
DANS LES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (D.S.C.)

Daniel TREMBLAY*

Le présent texte vise d'abord à faire ressortir que la préoccupation majeure d'un département de santé communautaire, c'est justement la santé communautaire et non les études démographiques. Par conséquent, il ne faut pas s'attendre à y trouver des études très sophistiquées. Il s'agit d'utiliser des statistiques démographiques pour faire de la santé communautaire.

Par ailleurs, si la démographie n'est pas la préoccupation majeure des D.S.C., elle y a bel et bien sa place. Et c'est cette place que nous allons tenter de définir en faisant le lien entre les fonctions de la santé communautaire et les statistiques démographiques.

Ces fonctions de base de la santé communautaire sont l'identification des problèmes de santé, l'élaboration de programmes et leur exécution¹, la coordination des ressources humaines et l'évaluation des programmes.

Les statistiques démographiques sont surtout utilisées lors de l'identification des problèmes de santé, mais elles le sont aussi pour les fonctions d'élaboration des programmes et d'évaluation.

* Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Lakeshore, 175, Chemin Stillview, suite 310, Pointe-Claire, Qc, H9R 4S3.

Ce texte a fait l'objet d'une présentation aux étudiants de maîtrise en santé communautaire du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, le 28 janvier 1982.

1. On sait que la fonction d'exécution des programmes devrait être assumée par les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), mais à partir du fait que la plupart des D.S.C. font encore de l'exécution pour suppléer à l'absence de C.L.S.C., considérons donc la fonction comme relevant des D.S.C.

La fonction d'exécution est reliée aux statistiques démographiques indirectement, tandis qu'il n'y a aucune utilisation pour la fonction de coordination.

1. L'utilisation des statistiques démographiques pour l'identification des problèmes

Cette étape, qu'on pourrait appeler pré-programmation, consiste à décrire une situation d'où découleront les quatre autres étapes. L'identification des problèmes peut se faire selon l'une des trois approches suivantes ou leur combinaison:

- l'approche psychosociologique qui consiste à faire la collecte des problèmes exprimés par la population au moyen d'une enquête ou de consultations auprès de ses représentants;
- l'approche professionnaliste: c'est alors la perception des professionnels qui détermine les problèmes de la population;
- l'approche par indicateur ou approche statistique qui consiste à utiliser des statistiques comme les données démographiques ou para-démographiques pour cerner les problèmes.

1.1 Données démographiques

Illustrons comment on peut identifier des problèmes au moyen de données démographiques. La mortalité est une variable démographique très liée à la santé: c'est un indicateur de l'état de santé, ou plutôt de l'état de mauvaise santé d'une population. Avec les données concernant les décès et les structures par âge et par sexe des populations des D.S.C., on détermine des taux de mortalité selon l'âge et/ou le sexe et/ou la cause. Ces taux permettent de mesurer des phénomènes et lorsqu'ils sont conjugués à des statistiques socio-économiques, comme la scolarité ou le revenu, à des statistiques épidémiologiques, comme la morbidité ou à d'autres variables, on en arrive à un portrait qui suggère des programmes d'intervention.

Citons le cas de la périnatalité où des variables démographiques ont contribué à une prise de décision importante. Le programme de périnatalité a été l'un des apports les plus marquants des dernières années en santé communautaire. Or, parmi les raisons invoquées pour mettre sur pied un tel programme et y investir des sommes importantes, on retrouve les taux de mortalité maternelle et périnatale plus élevés au Québec qu'ailleurs au Canada.

Un autre exemple de l'apport des statistiques démographiques est celui de ce D.S.C. qui avait développé des programmes de périnatalité et de petite enfance dès ses débuts... jusqu'à ce que les statistiques démontrent clairement que sa population était très âgée, comptant plus de 15% de personnes de 65 ans et plus. Depuis, la périnatalité et les services à l'enfance n'y ont plus autant de place...

Passons maintenant à un exemple dont les données détaillées paraissent en annexe. Il s'agit d'un D.S.C. qui compte 215 855 habitants, dont 6,0% de la population a 65 ans et plus. Comparé au critère de l'O.N.U. pour caractériser une population âgée, soit 8%, on voit qu'il s'agit d'un D.S.C. dont la population est encore jeune. Cependant, elle est vieillissante par rapport à 1971, car elle ne comptait que 5,2% de ses effectifs âgés de 65 ans et plus.

Dans une optique de planification, nous avons fait effectuer, par des étudiants d'un cours de démographie, des perspectives de population pour 1981 et 1986 qui nous ont permis de prévoir l'ampleur du vieillissement dans le futur. En 1986, la part des 65 ans et plus atteindrait 7,5%, ce qui est encore inférieur au critère de l'O.N.U.

Par ailleurs, même si la population de l'ensemble de ce D.S.C. est jeune et le restera pour quelques années encore, il se peut que des sous-zones comptent des proportions plus fortes de personnes âgées. Nous avons donc calculé la proportion de 65 ans et plus par zone, de même qu'un indice de vieillesse qui est le rapport entre le nombre de 65 ans et plus et le nombre de moins de 15 ans. Ces calculs ont permis d'identifier deux zones qui en 1976 étaient déjà vieilles avec 8,1% et 9,9% de 65 ans et plus et des indices de vieillesse de 38,8% et 48,1%.

D'autre part, le rapport de masculinité pour 1976, 1981 et 1986 fait ressortir l'importance du nombre de femmes, plus on avance en âge. Ce n'est un secret pour personne, les femmes meurent plus vieilles que les hommes, de sorte qu'à 75 ans et plus on retrouve au moins deux femmes pour un homme. Les problèmes de santé étant différents selon le sexe, il est important de constater ce déséquilibre entre les sexes à ces âges avancés où les problèmes de santé sont les plus fréquents.

Les rares données disponibles concernant la mortalité dont nous disposons pour le D.S.C. en question confirment que la mortalité est concentrée aux âges avancés. En outre, les gens âgés meurent principalement de maladies de l'appareil circulatoire, de tumeurs, de maladies de l'appareil respiratoire et de maladies de l'appareil digestif.

1.2 Données de morbidité hospitalière

Les statistiques de morbidité hospitalière ne sont déjà plus tout à fait des statistiques démographiques, mais nous permettent d'illustrer le fait que d'autres données s'ajoutent aux statistiques démographiques pour compléter l'identification des problèmes. On note que les hommes de 65 ans et plus se font hospitaliser davantage que les femmes (2 543 pour 10 000 contre 1 759 pour 10 000). On constate aussi que les sept principales causes sont les mêmes pour les deux sexes, mais que leur importance et leur ordre sont différents.

Les données suivantes font ressortir le poids des personnes âgées dans le domaine hospitalier: si les personnes âgées représentent 6,0% de la population totale, elles prennent 23,0% des jours d'hospitalisation. De plus, les personnes de 65 ans et plus consomment plus de

trois jours et demi d'hospitalisation en moyenne par année contre moins de deux jours pour les autres âges. Finalement, plus on avance en âge, plus la durée d'hospitalisation augmente. Les moins de 55 ans qui séjournent à l'hôpital y passent 7,1 jours, tandis que les 65 ans et plus y passent au moins 16,1 jours.

Les différentes statistiques démographiques considérées ici permettent de cerner deux zones du D.S.C. où le vieillissement est déjà avancé. Sachant que ces personnes âgées sont majoritairement des femmes, sachant de quoi ces personnes âgées meurent ou de quoi elles sont malades, sachant aussi que leur poids dans le système de santé est énorme, on possède les informations de base pouvant orienter la prise de décision concernant la conception de programmes de santé pour les personnes âgées.

On pourrait ajouter à cela des données relatives aux groupes ethniques parce que ceux-ci n'ont pas tout à fait les mêmes problèmes. De plus, les statistiques linguistiques permettent d'assurer des services dans la langue des usagers.

La scolarité, l'occupation avant la pension, le fait d'être propriétaire ou locataire et le revenu constituent d'autres variables socio-économiques utiles. On pourrait combiner le tout avec une identification de besoins faite selon les deux autres approches, professionnaliste et psychosociologique. On aurait alors un portrait d'une situation à laquelle la santé communautaire devra réagir par l'élaboration des programmes de santé.

2. L'utilisation des statistiques démographiques pour l'élaboration des programmes

L'élaboration des programmes consiste à formuler un ensemble cohérent d'objectifs et d'activités visant à répondre aux problèmes identifiés à l'étape précédente, et aussi à prévoir les ressources nécessaires à leur réalisation et à en préparer l'évaluation.

Encore une fois, citons des exemples pour illustrer l'utilisation des statistiques démographiques. Supposons qu'une identification de problèmes ait amené à formuler un programme de prévention des accidents chez les jeunes. Un des objectifs spécifiques pourrait être que les taux de mortalité pour accidents, chez les jeunes de 15-24 ans, diminuent de 5% d'ici cinq ans. Dans cet exemple, la formulation de l'objectif et le critère d'évaluation font appel à des statistiques démographiques, soit les décès par cause et groupe d'âge et la structure de la population au début du programme et à la fin. De plus, l'évolution du taux de mortalité, au cours des années antérieures, a permis de viser une baisse vraisemblable de 5% pour cinq ans.

Un autre programme, qui découle de l'exemple concernant les personnes âgées, pourrait avoir comme objectif spécifique que 20% des personnes âgées de 65 et plus des deux sous-zones âgées du D.S.C. puissent obtenir des services de maintien à domicile, soit 1 600 personnes. Encore là, les statistiques démographiques servent premièrement à la formulation de l'objectif

en fournissant le critère d'âge qui précise la population-cible; deuxièmement à la formulation du critère d'évaluation, soit le rapport du nombre de personnes atteintes sur le nombre de personnes à atteindre (20% des personnes âgées ou 1 600 personnes); et, troisièmement, à la planification des ressources, puisqu'on ne répond pas à 1 600 personnes avec les mêmes ressources qu'à 20 000, toutes autres choses étant égales par ailleurs.

3. L'utilisation des statistiques démographiques lors de l'exécution des programmes

On ne peut pas dire que les statistiques démographiques servent directement lors de l'exécution des programmes, sauf que c'est à cette étape-ci qu'on fait la collecte de certaines données devant servir à l'évaluation. C'est au moment où on exécutera le programme de maintien à domicile de l'exemple précédent qu'on enregistrera l'âge des personnes qui reçoivent les services et, par le fait même, leur nombre, élément essentiel à l'évaluation. Cette étape nous permet de souligner l'importance des statistiques "maison", c'est-à-dire de ces données dont la collecte est assumée par le personnel des D.S.C., mais qui ne font pas partie des statistiques officielles qui ont souvent le défaut de n'être accessibles que très tardivement ou de ne pas porter sur des entités suffisamment locales.

4. L'utilisation des statistiques démographiques pour l'évaluation

L'évaluation est une étape importante de la programmation puisqu'elle permet une rétroaction sur les étapes précédentes: c'est l'évaluation qui permet de juger si les problèmes identifiés existent encore et si les objectifs ont été atteints. En simplifiant, on peut dire que cette fonction consiste à appliquer les critères d'évaluation déterminés à la fonction d'élaboration des programmes.

Effectivement, si on reprend l'exemple du maintien à domicile des personnes âgées, l'évaluation consisterait alors à calculer la proportion de personnes de 65 ans et plus qui ont bénéficié des services. Pour calculer cette proportion, il faut connaître la structure par âge de la population du D.S.C. qui servira de dénominateur, et qu'on a obtenue à la phase d'identification des problèmes, et la structure par âge des bénéficiaires obtenue lors de l'exécution du programme pour le numérateur. Si cette proportion est inférieure à 20%, l'objectif n'a pas été atteint; si elle est égale ou supérieure à 20%, l'objectif a été atteint¹.

Conclusion

Nous avons souligné comment les D.S.C. utilisaient les statistiques démographiques en accomplissant les fonctions de base de la santé communautaire.

1. L'évaluation est une phase beaucoup plus complexe que ce que nous présentons ici (voir R. Pineault, 1979).

Nous avons montré que les statistiques démographiques sont utilisées dans les D.S.C. parce qu'elles font partie d'une démarche de planification en santé communautaire.

Les D.S.C. sont des organismes de planification sous-régionale ne pouvant jouer leur rôle qu'avec l'éclairage voulu. Or, les statistiques démographiques jouent justement le rôle d'indicateurs qui, seuls ou le plus souvent combinés à d'autres types d'indicateurs, servent à la planification. Les variables démographiques sont des facteurs qui sont reliés à l'état de santé des individus. Ces facteurs, que ce soit le nombre de personnes, le sexe, l'âge, l'état matrimonial, la natalité, le statut migratoire, le groupe linguistique, le groupe ethnique, les ménages, les familles ou la mortalité, sont des variables nécessaires à l'élaboration du portrait sanitaire d'une population et à la programmation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- DONABEDIAN, Avedis, 1973, Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- ÉMOND, Aline et Francine OUELLET, 1977, "La santé communautaire et les démographes", Cahiers québécois de démographie, 6-1 (avril): 81-96.
- LACHAPELLE, Jean-François et Francine OUELLET, 1978, "Le rôle de la démographie dans le domaine de la santé", Cahiers québécois de démographie, 7-3 (décembre), spécial: 5-23.
- MACMAHON, Brian et Thomas F. PUGH, 1970, Epidemiology: Principles and Methods, Boston, Little, Brown and Company, 376 pages.
- MONGEAU, Jaël et Gérald LESCARBAULT, 1980, Dossier démographique et socio-sanitaire des Départements de santé communautaire du Montréal métropolitain, Montréal, I.N.R.S.-Urbanisation et D.S.C. du Montréal métropolitain, 452 pages.
- PINEAULT, Raynald, 1979, "La planification des services de santé: une perspective épidémiologique", Administration hospitalière et sociale, 25-2 (mars-avril): 6-13.
- ROCHON, Jean, 1978, "La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux", Annuaire du Québec, 1976-1977, Québec, l'Editeur officiel du Québec, p. 470-478.
- TREMBLAY, Daniel, 1980, Synthèse du dossier démographique et socio-sanitaire des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain, 2ème partie: Le D.S.C. de Lakeshore, Département de santé communautaire de Lakeshore, 28 pages.

ANNEXE

Données du Département de santé communautaire
de l'Hôpital de Lakeshore

Tableau A-1

Structure de la population par grand groupe d'âge,
recensement de 1971 et de 1976

Groupe d'âge (en années)	1971		1976	
	N	%	N	%
0-14	64 017	31,5	56 763	26,3
15-64	128 643	63,3	146 127	67,7
65 et plus	10 568	5,2	12 965	6,0
Total	203 228	100,0	215 855	100,0

Sources: Statistique Canada, Recensements de 1971 et de 1976.

Tableau A-2

Perspectives de population pour 1981 et 1986,
par grand groupe d'âge

Groupe d'âge (en années)	1981		1986	
	N	%	N	%
0-14	51 326	23,0	51 529	22,3
15-64	157 434	70,4	162 638	70,3
65 et plus	14 856	6,6	17 346	7,5
Total	223 616	100,0	231 513	100,0

Source: Perspectives démographiques pour le Département de santé communautaire de Lakeshore réalisées, en 1980, par M. Daniel Maisonneuve (données non publiées).

Tableau A-3
Proportion de 65 ans et plus et indice de vieillesse^a,
par zone du D.S.C., 1976

Zone	Population de 65 ans et plus		Indice de vieillesse
	N	%	
a	3 655	8,1	38,8
b	1 625	4,4	15,3
c	2 215	4,5	15,5
d	755	2,0	5,8
e	4 715	9,9	48,1
D.S.C.	12 965	6,0	22,8

Source: Statistique Canada, Recensement de 1976.

a. Indice de vieillesse: $\frac{\text{Population de 65 ans et plus}}{\text{Population de moins de 15 ans}} \times 100$

Tableau A-4
Rapport de masculinité^a par groupe d'âge
des 65 ans et plus, 1976 et perspectives
pour 1981 et 1986

Groupe d'âge (en années)	Année		
	1976	1981	1986
65-69	80	81	82
70-74	67	67	69
75 et plus	48	38	36
65 et plus	64	62	62

Sources: Voir sous les tableaux 2 et 3.

a. Nombre d'hommes pour 100 femmes.

Tableau A-5
Taux de mortalité (pour mille) par cause
chez les 65-79 ans, 1976

Cause	Taux de mortalité
Maladies de l'appareil circulatoire	209
Tumeurs	103
Maladies de l'appareil respiratoire	30
Maladies de l'appareil digestif	20
Autres (13 causes)	31
Total	393

Source: Causes de décès: Registre de la population.

Tableau A-6
Taux d'hospitalisation (pour 10 000) chez les 65 ans et plus,
selon la cause et le rang d'importance, par sexe, 1975-1977

Cause	<u>Sexe et rang</u>	
	Hommes	Femmes
Maladies de l'appareil circulatoire	681 (1er)	485 (1er)
Tumeurs	448 (2e)	227 (2e)
Maladies de l'appareil digestif	343 (3e)	234 (3e)
Maladies des organes génito-urinaires	274 (4e)	92 (7e)
Maladies de l'appareil respiratoire	219 (5e)	128 (5e)
Maladies du système nerveux	142 (6e)	156 (4e)
Accidents, empoisonnements	105 (7e)	128 (5e)
Autres (10 causes)	331	309
Total	2 543	1 759

Source: Ministère des Affaires sociales, fichier Santé Entrée.

Tableau A-7

Distribution, en %, des jours d'hospitalisation et de la population totale, et nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation, par habitant selon le groupe d'âge, 1975-1977

Groupe d'âge (en années)	Jours d'hospitalisation	Pourcentage de la population totale	Nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation par habitant
0-14	15,3	26,4	0,56
15-19	4,0	10,3	0,37
20-34	18,9	23,6	0,77
35-54	23,9	26,0	0,88
55-64	14,8	7,9	1,80
65 et plus	23,0	6,0	3,68

Source: Voir sous le tableau A-6.

Tableau A-8

Durée moyenne de l'hospitalisation, en jours, selon le groupe d'âge, 1975-1977

Groupe d'âge (en années)	Nombre de jours
Moins de 55	7,1
55-59	13,3
60-64	14,1
65-69	16,1
70-74	17,0
75-79	18,0
80 et plus	21,3
Total	8,9

Source: Voir sous le tableau A-6.