

La santé communautaire et les démographes

Aline Emond and Francine Ouellet

Volume 6, Number 1, avril 1977

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/600736ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/600736ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Emond, A. & Ouellet, F. (1977). La santé communautaire et les démographes. *Cahiers québécois de démographie*, 6(1), 81–96. <https://doi.org/10.7202/600736ar>

LA SANTE COMMUNAUTAIRE
ET LES DEMOGRAPHES
PAR
ALINE EMOND* ET FRANCINE OUELLET*

Un relevé sommaire des lieux de travail des démographes de l'A.D.Q. nous révèle qu'une bonne quinzaine sont dans le domaine de la planification ou de la recherche en santé et que sept d'entre eux occupent des postes de conseillers en recherche et planification socio-sanitaire dans les Départements de santé communautaire (D.S.C.). Dans ce bref article sur la santé communautaire et les démographes, nous définirons d'abord le terme de santé communautaire; nous décrirons ensuite les fonctions des D.S.C., parlerons du rôle du conseiller en recherche dans cette structure de santé et verrons en quoi une formation en démographie convient à ce poste.

* Aline Emond, Cité de la Santé de Laval, 1775 rue René Laennec, Laval.
* Francine Ouellet, Hôpital du Sacré-Coeur, 5400 Boul. Gouin ouest,
Montréal, P.Q. H4J 1C5,

LA SANTE COMMUNAUTAIRE

Dans un article à paraître dans l'Annuaire du Québec, Dr. Jean Rochon, chef du D.S.C. du centre hospitalier de l'Université Laval, donne une excellente définition du concept de santé communautaire et en trace l'évolution historique.

La santé communautaire est alors définie "comme l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires".

Avant l'apparition toute récente de la santé communautaire, il y a eu au 19^e siècle la santé publique, puis à la fin du 19^e la médecine préventive et ensuite la médecine sociale. La santé publique peut se définir comme l'intervention des pouvoirs publics, municipaux et provinciaux pour contrôler l'environnement (eau, égouts, déchets, etc.). Le contrôle de l'environnement a donc été la première action entreprise par l'Etat pour combattre les maladies aiguës transmissibles qui représentaient alors le principal problème de santé et décimaient des populations entières. Vers la fin du siècle dernier, le développement de la bactériologie avec Pasteur a fourni de nouveaux moyens de prévention et de contrôle pour certaines maladies causées par des agents infectieux connus. La médecine préventive est alors apparue. Ses principales activités étaient l'immunisation, le dépistage des maladies, l'isolement des individus affectés et le contrôle des épidémies. En

plus de ces mesures préventives d'ordre médical, on a développé un intérêt pour la prévention en général: éducation sanitaire de toute la population et auprès de groupes-cibles (femmes enceintes, nourrissons, écoliers), dépistage systématique de problèmes de santé comme les troubles de vision, de l'audition et du développement staturo-pondéral.

La médecine sociale désigne souvent l'aspect humain de la pratique médicale mais elle est surtout une discipline scientifique, c'est-à-dire un ensemble de connaissances et de méthodes, dont les recherches portent sur 1^o la distribution de la maladie dans une population et des facteurs déterminant cette distribution 2^o le fonctionnement et l'efficacité des services de santé. La biométrie, la démographie, la sociologie et l'épidémiologie sont reliées au premier type d'études; les sciences de l'administration et l'économie, au deuxième.

Au cours des trente dernières années, le portrait de la morbidité et de la mortalité a complètement changé dans les populations de pays industrialisés. Les maladies infectieuses et transmissibles sont presque complètement disparues; les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, les cancers, les accidents et le suicide sont actuellement les principales causes de décès. Elles sont reliées aux habitudes de vie (tabac, alcool, sédentarisme, mauvaise alimentation, stress) et à l'environnement (agents agresseurs en milieu de travail, pollution).

La santé communautaire est née de la volonté de modifier par l'éducation sanitaire les habitudes de vie néfastes à la santé et de prévenir l'aggravation des maladies ci-haut mentionnées par le dépistage et le diagnostic précoce. Elle a de plus hérité des activités de la médecine

préventive (immunisation et contrôle des épidémies), des domaines de la médecine sociale (étude de l'efficacité des services sanitaires et de l'état de santé des populations). A l'heure actuelle, le contrôle de l'environnement ne fait pas partie de son champ d'activité.

En santé communautaire, la recherche et l'action portent sur une population située dans des limites géographiques précises et se font à l'intérieur de programmes: il y a les programmes de périnatalité, de la petite enfance, de santé scolaire, de la santé des travailleurs, des personnes âgées, de santé mentale. L'élaboration et la mise en application de ces programmes comprennent diverses étapes:

- 1° L'étude des besoins de la population
- 2° L'élaboration des programmes:
 - définition des objectifs
 - détermination des activités
 - détermination des ressources
- 3° L'application des programmes
- 4° L'évaluation des programmes
 - évaluation des ressources
 - évaluation des activités
 - évaluation des objectifs

LES DEPARTEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE (D.S.C.)

Les D.S.C. sont les seules structures du Réseau du Ministère des Affaires Sociales à remplir toutes les étapes de la programmation en santé communautaire. D'autres types d'organismes se préoccupent cependant

de la santé communautaire. Les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) actuellement existants sont souvent les principaux intervenants dans l'application des programmes. Les Centres régionaux de services sociaux et de santé (C.R.S.S.S.) ont un rôle dans l'étude des problèmes de santé régionaux et les besoins en service; le M.A.S. est responsable de la planification et de la programmation générale des services de santé.

Les D.S.C. existent depuis 3 ou 4 ans. Ils sont des départements comme les autres dans les hôpitaux. Leur intégration dans la structure hospitalière souligne la volonté manifeste des planificateurs d'unir le préventif et le curatif. Jusqu'alors, les unités sanitaires avaient développé tout un système d'hygiène public parallèle au système de soins curatifs des hôpitaux et cabinets privés. On espère que la présence de la santé communautaire dans un hôpital donnera de l'envergure à la notion de prévention et qu'elle contribuera à faire prendre conscience aux administrateurs et professionnels des hôpitaux de la nécessité de répondre d'abord aux besoins de la population à desservir.

Il y a 32 D.S.C. dans la province, dont 14 dans la région administrative de Montréal et 4 dans la région de Québec. Les bassins de population varient entre 150,000 et 400,000. Dans le territoire d'un D.S.C. il peut y avoir entre 3 et 10 C.L.S.C. existants ou prévus. Quelquefois, il y a équivalence entre le territoire du D.S.C. et celui du C.R.S.S.S. (Outaouais, Nord-Ouest, Cantons-de-l'Est, Côte-Nord). Mais la plupart du temps le nombre de D.S.C. dans un C.R.S.S.S. varie entre 3 et 8.

L'équipe de base du D.S.C. est multidisciplinaire. Elle est constituée d'un médecin, chef du D.S.C., d'une infirmière, coordonnateur des programmes, d'un coordonnateur administratif, d'un conseiller en recherche et d'une nutritionniste. Les priorités et les orientations sont établies par cette équipe à partir d'études de besoins et de consultations auprès des infirmières-cadres et de celles impliquées directement dans les programmes, soit à l'école, dans les cliniques de nourrissons, dans les visites à domicile ou dans les C.L.S.C..

Les fonctions du conseiller en recherche et planification dans un D.S.C. et la formation de démographe

Le conseiller en recherche est impliqué plus spécifiquement dans l'étude des besoins et l'évaluation des programmes, respectivement première et dernière étape de la programmation. Il agit en plus en tant que représentant des sciences sociales dans un milieu de praticiens et d'administrateurs de la santé, de façon à ce que la méthode scientifique soit respectée dans les études en cours. Il conseille souvent sur la valeur et la pertinence des données.

A- L'étude des besoins

Le D.S.C. est responsable de la santé de la population qu'il dessert. Cette population a des caractéristiques et besoins particuliers dont il est important de tenir compte dans la planification des programmes. Ainsi, dans le D.S.C. de la Cité de la Santé à Laval, on observe 3% de la population dans les 65 ans et plus alors qu'un peu plus au sud,

dans le D.S.C. de Ste-Justine, sur l'Ile de Montréal, le groupe d'âges des 65 ans et plus accapare plus de 12% de la population. Les programmes de prévention en gériatrie devront être davantage développés à Ste-Justine. A Laval cependant, le groupe des moins de 18 ans est encore extrêmement important et devra être prioritaire.

En santé communautaire les besoins sont définis de différentes façons. Il y a d'abord les besoins ressentis par la population, il y a ensuite les besoins perçus par les professionnels de la santé et il y a enfin les besoins dits "objectifs", déterminés à partir d'études descriptives ou analytiques. Nous parlerons ici des besoins "objectifs".

Les études descriptives

Ces études portent:

- 1^o Sur les caractéristiques générales de la population obtenues à partir de l'analyse des données du recensement et de l'état civil. Les variables importantes à retenir sont l'âge, le revenu, le groupe ethnique ou langue d'usage, la profession. De plus, les perspectives de population par groupe d'âges et sexes sont très utiles pour une planification à long terme.
- 2^o Sur les caractéristiques de santé. La santé au sens actuellement accepté de bien-être physique, mental et social est un concept multidimensionnel et difficilement mesurable. Si nous limitons la définition de la santé à une "absence^{de} maladie", la mesure de l'état de santé de la population demeure en partie ardue à cause de l'insuffisance de

données officielles. Les données de mortalité sont naturellement inadaptées au besoin puisque la mort ne représente qu'une petite partie du processus biologique de la maladie. D'autre part, les données de morbidité sont imparfaites et basées sur l'utilisation des services. Il y a les données dites de morbidité hospitalière que l'on obtient de la feuille d'admission des patients à l'hôpital. Les renseignements demandés sont incomplets et les formules sont souvent mal remplies. Les données de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec, ou les données sur les visites aux médecins, ne sont pas encore informatisées dans un fichier-patients. Les données les plus pertinentes pourraient provenir d'enquêtes, du genre de la National Health Survey américaine et qui sera bientôt implantée au Canada où l'on pose des questions précises aux personnes interviewées sur leur état de santé. Ce genre d'enquête peut être appliqué à de plus petites populations comme l'enquête de l'ancien service de santé de ville St-Laurent sur l'état de santé des personnes âgées et leurs besoins en service¹.

- 3° Sur les caractéristiques des milieux d'activités. Il est important d'identifier et de bien connaître les milieux dans lesquels évoluent les populations-cibles à rejoindre, comme les garderies pour les moins de 5 ans, les écoles pour les moins de 18 ans, les industries pour une partie des travailleurs.

1- Jenicek Milos, Rousseau Thérèse, Bellefleur Monique, Etude pilote de l'état de santé des citoyens seniors de la ville de Saint-Laurent, Rapport général, Septembre 1975

Les études analytiques

Ce genre d'études a pour but de vérifier les hypothèses sous-jacentes à divers programmes ou de dégager les hypothèses qui permettent d'orienter ou de réorienter les programmes. Ainsi, une étude des facteurs influençant la pratique de l'allaitement maternel pourrait être très utile dans un programme dont un des objectifs est d'encourager l'allaitement maternel. De même, il est important de mettre en évidence les facteurs de risque et les causes de l'incidence des maladies sur lesquels il faudra agir pour enrayer les maladies les plus répandues.

B- L'évaluation

Dans le système de production des soins et services de santé, on distingue d'abord les ressources humaines et physiques puis les activités, et, à un niveau plus abstrait, les objectifs poursuivis par l'organisme ou le programme.

A partir de ces trois composantes, on peut dégager trois types d'évaluation possible, soit une évaluation de structure axée principalement sur les ressources, une évaluation de processus ou une évaluation des activités et enfin une évaluation de résultat par laquelle on mesure la réalisation des objectifs¹.

1- Pineault Raynald. Rationalisation de l'évaluation et du contrôle dans les organismes de santé, document non publié, Département de la Santé, Université de Montréal, Mai 1976.

L'évaluation de structure se fait de façon inconditionnelle par les responsables administratifs. Elle porte sur les conditions requises pour dispenser des soins de qualité, soit sur les ressources en main-d'oeuvre sanitaire, les installations et l'équipement nécessaires, les caractéristiques qualitatives du personnel de santé telles qu'une formation suffisante, des attitudes propres à l'accomplissement consciencieux des tâches et une méthode de contrôle de la qualité incorporée au mode de fonctionnement. Les données proviennent principalement des services des finances et du personnel.

L'évaluation de processus a trait à la manière dont sont utilisées les ressources. Elle porte sur les individus rejoints, leur nombre et leurs caractéristiques et sur les activités du personnel, leurs nombres et la qualité des actes posés. Les données nécessaires à l'application du processus proviennent des rapports administratifs courants, de la revue des dossiers médicaux et des systèmes d'information spécialement conçus à cette fin.

Enfin l'évaluation des résultats constitue une démarche essentiellement analytique visant à vérifier la relation causale entre un programme de santé et les effets sur l'état de santé. Elle est l'activité évaluative qui catalyse les efforts des responsables de programmes et la direction de D.S.C. .

C'est principalement à la suite de cette évaluation que les objectifs du programme pourront être remis en question après s'être assuré par

une évaluation des structures et du processus que les diverses composantes ont bien joué leur rôle.

Le premier facteur d'analyse dans une évaluation de résultats est l'efficacité, c'est-à-dire si le programme en cause a réussi à hausser le niveau de santé de la population-cible visée par le programme.

Quoiqu'en pensent certains auteurs¹, l'évaluation de l'efficacité d'un programme en prévention qui a des objectifs d'amélioration de la santé clairement définis n'est pas chose facile et les indicateurs de résultats à l'échelle d'un territoire de Département de santé communautaire ne s'expriment pas toujours par des unités de mesures précises comme la mortalité et la longévité, et la mortalité périnatale.

Les mesures de morbidité autres que la morbidité hospitalière ne font pas partie de données actuellement recueillies et publiées. Elles nécessitent très souvent des compilations particulières au niveau d'organismes privés, des démarches régionales pour lever la confidentialité de données recueillies à diverses fins et obtenir la compilation par territoire ou encore le recours à des questionnaires et enquêtes sur échantillons.

En plus de l'efficacité, on doit démontrer l'utilité d'un programme. L'évaluation de l'utilité consiste à mesurer les avantages d'un programme efficace pour les individus effectivement rejoints par le programme.

1- R. Pineault, op. cit. p. 26

En fait, il s'agit d'évaluer les bienfaits de notre programme sur les individus touchés par le programme après s'être assuré de la validité et de l'efficacité du programme sur un territoire et une population-cible plus vaste.

Malgré les difficultés de mesure de l'amélioration du niveau de santé, des recherches évaluatives doivent être entreprises pour établir la validité et l'efficacité d'un programme-type et dégager les indicateurs de résultats qui serviront lors de l'évaluation d'utilité pour le groupe d'individus touché par le programme.

Dans l'évaluation de résultats, les populations-cibles doivent être clairement identifiées (efficacité). Pour les groupes rejoints (utilité), les caractéristiques du groupe doivent être obtenues. Enfin les ressources affectées à ce programme doivent être mesurées pour établir le rendement, c'est-à-dire, la mise en relation de l'utilité et des coûts.

De plus, à l'intérieur des D.S.C., peuvent aussi être entreprises des recherches pour valider un instrument de mesure, pour apprécier la sensibilité d'un indicateur de résultats, pour vérifier la spécificité d'une action précise ou pour contrôler par la méthode expérimentale les avantages possibles d'un nouveau programme ou d'un élément de programme. Les produits de ces recherches seront ensuite incorporés au processus évaluatif.

Lors du processus d'évaluation, le conseiller en recherche est mobilisé pour l'élaboration des instruments de mesure. Il supervise l'évaluation des programmes; il établit avec les responsables les résultats mesurables,

met en place les processus de cueillette ^de données, fait la recherche pour trouver les indicateurs les plus pertinents et les normes de comparaison, s'assure que l'analyse de l'évaluation se fait avec minutie et rigueur scientifique en mettant en cause autant la structure et les processus que les objectifs et les activités du programme.

LA DEMOGRAPHIE ET LE CONSEILLER EN RECHERCHE ET EN PLANIFICATION

SOCIO-SANITAIRE

Près du quart des Départements de santé communautaire ont engagé des démographes pour remplir leur poste de conseiller en recherche. La démographie apparaît donc comme une formation privilégiée en santé communautaire.

Pour nous permettre de dégager les avantages de cette formation en regard de la recherche appliquée en santé communautaire, nous réviserons rapidement les fonctions propres aux conseillers en recherche en les rattachant aux divers éléments de la formation démographique.

Etude des besoins

La notion de structure de population et de ses diverses composantes, l'approche des données du recensement et de l'état civil, le maniement de ces données, leur mise en relation et l'analyse descriptive qui en découle sont du domaine propre au démographe. Le conseiller fait aussi des études sur les principales causes de mortalité et de morbidité et suit

l'évolution de la natalité dans son territoire. Dans certains territoires, les mouvements migratoires de groupes d'âges particuliers doivent être établis car ils affectent grandement les populations-cibles.

Les événements démographiques proprement dits, soit mortalité, natalité, nuptialité et migrations, sont l'objet même des études démographiques et sont les principaux domaines de la compétence des démographes formés à l'école "française". Ces études sont menées avec logique et rigueur et habituent le futur démographe à l'analyse scientifique rigoureuse. D'autre part, la prise de connaissance des événements démographiques et les problèmes étudiés en santé sont fortement corrélatifs.

Conception et évaluation des programmes

Dans le cadre de son travail directement relié à la conception et à l'évaluation des programmes, le conseiller en recherche agit à différents plans:

- a) détermination des populations-cibles;
- b) relevé des études épidémiologiques pertinentes;
- c) conseiller au plan de la méthodologie de programmation;
- d) élaboration des indices d'évaluation;
- e) supervision de l'évaluation.

La formation démographique est un excellent outil pour la détermination des populations-cibles et l'élaboration des indices d'évaluation. A ces deux niveaux, c'est l'habilité à manier des données de populations

chiffrées, à établir des taux et à exercer un jugement critique face aux données qui constituent l'atout des démographes.

Aux autres niveaux, la formation de démographe n'apporte que peu d'éléments. L'analyse statistique, l'élaboration de méthodes de recherche, le maniement de l'informatique ne font pas partie du programme courant en démographie, au contraire des autres sciences sociales où ces sujets forment l'essentiel de la formation de maîtrise. La formation antérieure au niveau maîtrise supplée à la carence et sert à faire le lien entre la démographie et les autres sciences.

Autres fonctions

D'autres fonctions, tels la réalisation de projet de recherche mettant en relation la santé de la population avec certains facteurs, le rôle de personne-ressource au plan de la méthodologie, des techniques et instruments de la recherche auprès des organismes du territoire et de l'hôpital ou la participation à la formulation des objectifs du D.S.C., ne sont pas particulièrement reliées à la formation démographique telle qu'elle est conçue au Québec, c'est-à-dire une formation plus démométrique qu'axée sur des études de population. Toutefois la formation antérieure du démographe et son orientation "science sociale" lui permettent de répondre à sa tâche aussi adéquatement que ses confrères sociologues, anthropologues ou économistes.

Enfin le conseiller en recherche doit veiller à la constitution et la mise à jour de la banque de données nécessaires au D.S.C.. A ce plan, le démographe est favorisé. Il est particulièrement bien initié aux données recueillies par les organismes publics, aux unités géographiques utilisées, aux sources possibles et aux différents dédales administratifs pour les obtenir.

En conclusion, la démographie est une formation privilégiée quant à la fonction de conseiller en recherche dans le domaine de la santé; de l'analyse de la mortalité à celle de la morbidité générale, de l'étude de la fécondité à la morbidité périnatale, il n'y a qu'un pas! Toutefois les lacunes soulevées plus tôt au sujet de la méthodologie de recherche et de l'analyse quantitative ainsi que les liens entre l'analyse démographique et les autres disciplines mériteraient plus d'attention de la part des Universités dans le cas où la formation de niveau pré-maîtrise dans les autres disciplines n'est venue y suppléer.