

Caractéristiques socio-sanitaires de la Montérégie : la diversité dans l'unité

Hélène Desrosiers, Céline Le Bourdais and Patricia-Anne Mercier

Volume 15, Number 1, avril 1986

Démographie et santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/600590ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/600590ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Desrosiers, H., Le Bourdais, C. & Mercier, P.-A. (1986). Caractéristiques socio-sanitaires de la Montérégie : la diversité dans l'unité. *Cahiers québécois de démographie*, 15(1), 139–152. <https://doi.org/10.7202/600590ar>

Caractéristiques socio-sanitaires de la Montérégie: la diversité dans l'unité

Hélène DESROSIERS, Céline LE BOURDAIS et Patricia-Anne MERCIER*

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1984, une vaste recherche a été entreprise par l'Institut national de la recherche scientifique (INRS-Urbanisation) en collaboration avec les départements de santé communautaire (DSC) de la Montérégie. Menée dans le but d'identifier l'état et les besoins de santé de la population montréalaise, ce projet a donné lieu à cinq volumineux rapports (Le Bourdais et Desrosiers, 1986). L'un examine les caractéristiques démographiques et socio-sanitaires de la population en 1981 en fonction des quatre DSC existants, les quatre autres, la population des DSC en fonction de leurs centres locaux de services communautaires (CLSC) respectifs. Cet article vise à souligner les disparités locales et régionales observées lors de l'analyse, et ce en fonction de trois thèmes : la fécondité, la mortalité et la morbidité.

La Montérégie est située au sud de Montréal, dans la région comprise entre le fleuve St-Laurent au nord, l'Outaouais à l'ouest, la frontière américaine au sud, et le piedmont appalachien et la vallée du Richelieu à l'est. Constituée de 237 municipalités, elle englobe 19 centres locaux de services communautaires (CLSC), répartis entre les DSC de Valleyfield, Honoré-Mercier, Charles-Lemoyne et du Haut-Richelieu. En 1981, on y recensait plus d'un million d'habitants, soit environ le sixième de la population québécoise.

De 1971 à 1981, la Montérégie a connu un essor démographique de 27 % comparativement à 7 % pour l'ensemble du Québec. Plus de la moitié de cet accroissement est attribuable à la seule augmentation de population observée dans le DSC Charles-Lemoyne, où la population a crû de près de 50 % en dix ans; les trois autres DSC ont tout de même enregistré des augmentations variant de 16 % à 20 %. Le DSC Charles-Lemoyne ressort comme le plus peuplé, le plus dense et le plus urbanisé : quatre des six CLSC y appartenant regroupent une population exclusivement urbaine. À l'opposé, la population du DSC du Haut-Richelieu

* Institut national de la recherche scientifique (INRS-Urbanisation), Montréal.

apparaît beaucoup plus dispersée, et affiche un caractère fortement agricole : 8,4 % vit sur une exploitation agricole contre 3,8 % pour l'ensemble de la région. Les DSC Honoré-Mercier et Valleyfield présentent une composition intermédiaire avec un amalgame de population de types variés.

Comparativement au Québec, la population montréalaise est caractérisée par une structure par âge relativement jeune, avec seulement 7,3 % de ses habitants âgés de 65 ans et plus contre 8,9 % pour la province. Du côté socio-économique, le DSC Charles-Lemoyne apparaît le plus favorisé : sa population est la plus scolarisée, la plus présente sur le marché du travail, la plus fortement concentrée dans les emplois de cadres et professionnels, et jouit des plus hauts revenus de la région. À l'opposé, le DSC du Haut-Richelieu semble le plus défavorisé, et ce quel que soit l'indicateur considéré. À nouveau, les DSC Honoré-Mercier et Valleyfield occupent une position intermédiaire, le premier connaissant toutefois une situation socio-économique relativement meilleure.

1. FÉCONDITÉ

En raison de la chute qu'elle a connue au cours des vingt dernières années, la natalité constitue de moins en moins une composante prépondérante de l'accroissement de la population. Elle demeure cependant un sujet fort pertinent d'analyse, compte tenu de ses répercussions familiales, sociales et économiques. À titre d'exemple, en 1980-1983, les diagnostics liés à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches formaient encore à eux seuls près du tiers des admissions hospitalières des femmes de tout âge de la Montérégie. Entre 1980 et 1982, les femmes aux âges reproductifs (15-49 ans) de la région ont donné naissance à 16 324 enfants en moyenne par année. Leur taux global de fécondité (54,9 pour 1 000) se rapproche sensiblement de la moyenne provinciale, établie à 53,4 naissances pour mille femmes en âge de reproduction.

L'examen des données du tableau 1 révèle, par ailleurs, des disparités régionales notoires. Le DSC Charles-Lemoyne connaît une faible fécondité (51,5 naissances pour 1 000 femmes); à l'opposé, le territoire du Haut-Richelieu se démarque avec un niveau nettement supérieur (60,5 pour 1 000) aux taux régional et provincial. Ces variations entre DSC dissimulent des disparités encore plus marquées entre les différents CLSC qui les composent. Se retrouvent d'un côté, les CLSC Samuel-de-Champlain, Longueuil et Châteauguay qui enregistrent des taux de fécondité inférieurs à 50 naissances pour 1 000 femmes; de l'autre, les CLSC La Pommeraiie, Richelieu, Huntingdon et La Chênaie présentent les taux les plus élevés du territoire. Ce dernier fait cavalier à

Tableau 1
Indicateurs variés par CLSC et DSC, Montérégie, 1981

CLSC	Taux global de fécondité (0/00)	% des naissances			Avortements ^a (%)	Taux standardisé de mortalité	
		Hors mariage	De 1er rang chez les 35 ans ou +	De rang 4 ou +		Hommes (0/000)	Femmes (0/000)
1. Châteauguay	47,9	13,7	1,2	5,3	12,3	68,6	52,2
2. Huntingdon	62,3	20,9	1,4	8,9	12,6	72,7	55,7
3. La Presqu'île	59,5	9,2	1,2	4,0	11,2	58,1	45,2
4. Seigneurie-de-Beauharnois	50,6	14,8	0,5	4,3	12,3	71,7	43,4
DSC de Valleyfield	53,9	13,3	1,0	5,0	11,9	66,5	47,4
5. Du Havre	51,1	10,9	0,9	5,0	6,7	67,8	46,9
6. Des Maskoutains	61,5	13,5	0,8	7,4	9,2	63,9	47,3
7. Des Patriotes	54,3	10,5	1,5	6,9	11,1	61,9	48,6
8. La Chênaie	77,3	13,6	0,4	8,7	8,0	74,7	43,1
9. Haute-Yamaska	59,0	15,8	0,7	6,1	10,6	66,1	44,8
DSC Honoré-Mercier	58,1	12,7	1,0	6,7	9,6	65,1	46,8
10. Des Seigneuries	55,2	10,2	1,1	5,8	11,0	62,0	42,1
11. Samuel-de-Champlain	46,7	12,4	1,9	5,2	14,0	62,3	48,8
12. Kateri	55,9	10,1	1,0	5,0	10,3	65,6	50,2
13. St-Hubert	58,1	13,3	0,9	4,9	12,6	68,2	55,9
14. Longueuil-Est ^b	48,5	24,7	0,9	4,2	15,7	70,3	45,6
15. Longueuil-Ouest ^b					14,6		
DSC Charles-Lemoyne	51,5	15,7	1,2	4,9	13,2	66,0	47,7
16. La Pommeraie	63,9	16,3	0,6	5,9	9,5	68,7	50,8
17. Richelieu	62,8	12,5	0,6	6,5	9,4	62,7	56,8
18. Jardin-du-Québec	57,8	10,6	0,5	7,1	7,4	67,9	41,6
19. Vallée-des-Forts	58,6	12,5	0,7	5,1	7,9	65,6	45,8
DSC du Haut-Richelieu	60,5	13,5	0,6	5,8	8,5	66,2	48,6
MONTÉRÉGIE	54,9	14,0	1,0	5,6	11,1	65,6	47,4

Source : Le Bourdais et Desrosiers (1986 : tableaux 5.4, 8.1, 9.2, 12.3).

a. Les avortements sont rapportés à la somme des avortements et des accouchements. Ces données réfèrent exclusivement aux avortements survenus en milieu hospitalier.

b. Les données du registre des naissances et des décès ne permettent pas de distinguer Longueuil-Est de Longueuil-Ouest.

part avec un niveau de fécondité (77,3 naissances pour 1 000 femmes) près d'une fois et demi supérieur à celui noté pour la Montérégie dans son ensemble.

La propension des femmes à donner naissance à l'extérieur du mariage varie d'un CLSC à l'autre. La proportion des naissances hors mariage est beaucoup plus marquée à Huntingdon et surtout à Longueuil : respectivement une naissance sur cinq et une naissance sur quatre enregistrées dans ces CLSC sont le fait de femmes non mariées¹. Longueuil ressort avec la plus forte proportion de célibataires chez les moins de 20 ans, lesquelles comptent pour 80,5 % des mères de cet âge contre 72 % pour la région. Le taux de fécondité relativement élevé des 15-19 ans de ce CLSC (14,7 naissances pour 1 000) est sans doute lié au pourcentage élevé de mères non mariées que l'on y retrouve. Par opposition, les proportions beaucoup plus faibles (autour de 10 %) de naissances hors mariage observées aux CLSC La Presqu'île, Kateri, Des Seigneuries et Des Patriotes, peuvent être partiellement attribuables au caractère moins urbain de ces territoires. On peut penser en effet qu'une fraction non négligeable de naissances hors mariage sont le fait de femmes vivant en union libre, lesquelles risquent d'être plus nombreuses dans les milieux fortement urbanisés.

Le recours à la notion de parité (appliquée aux seules naissances vivantes) permet d'illustrer d'autres clivages entre CLSC en matière de fécondité. Deux groupes attirent l'attention, soit d'une part les femmes donnant naissance à leur premier enfant au delà de 34 ans, et d'autre part les multipares de quatre enfants ou plus. Sur l'ensemble du territoire de la Montérégie, seulement 5,6 % des naissances en 1980-1982 sont survenues chez des femmes qui avaient déjà trois enfants ou plus. Du côté des CLSC, les plus fortes proportions de ce type de naissance se concentrent à Huntingdon, La Chênaie, Des Maskoutains et Jardin-du-Québec, c'est-à-dire là où les niveaux de fécondité sont en règle générale les plus élevés (voir tableau 1). À l'inverse, les femmes des CLSC Samuel-de-Champlain et Des Patriotes sont les plus enclines à avoir tardivement leur premier enfant : respectivement 1,9 % et 1,5 % des naissances sont le fait de primipares de 35 ans ou plus, contre par exemple 0,6 % au DSC Haut-Richelieu. L'examen des données détaillées (non présentées ici) montre en fait que les femmes de ces CLSC sont caractérisées par une légère surfécondité au delà de 30 ans (voir Le Bourdais et Desrosiers, 1986). Cette situation n'est sans doute pas étrangère à la forte concentration sur ces territoires de femmes actives dans des emplois de cadres et professionnels.

1. On notera que pour le Registre des naissances, sont comptées comme célibataires toutes les femmes ayant donné naissance à un enfant en dehors des liens du mariage, peu importe qu'elles vivent ou non en union libre.

Les variations locales et régionales de fécondité sont susceptibles d'être liées à de nombreux facteurs démographiques, sociaux ou économiques. Les données relatives aux avortements apportent un élément supplémentaire à l'analyse de ces disparités. Les résidentes des CLSC Samuel-de-Champlain et Des Patriotes recourent davantage à l'avortement; par opposition, les femmes des CLSC Du Havre, Jardin-du-Québec, Vallée-des-Forts et La Chênaie présentent les pourcentages les moins élevés de fréquentation hospitalière pour un tel motif. Ces résultats, bien que susceptibles d'être liés à des facteurs typiquement sociaux, doivent toutefois être interprétés avec prudence puisqu'ils ne reflètent qu'une fraction des avortements, soit ceux survenus en milieu hospitalier. On peut penser en effet que l'accès à l'avortement à l'extérieur des centres hospitaliers (par exemple, CLSC, cliniques privées) diffère selon le lieu de résidence.

Au total, l'analyse de la fécondité en regard de divers indicateurs révèle des écarts importants entre les CLSC du territoire. Certains d'entre eux, comme La Chênaie, Richelieu, La Pommeraie et Jardin-du-Québec, se caractérisent par des niveaux élevés de fécondité, et ce peu importe l'indicateur considéré. À l'opposé, les femmes de Samuel-de-Champlain, par exemple, se distinguent tant par une faible fécondité que par une propension un peu plus marquée à donner naissance au delà de 35 ans. Entre ces deux pôles, se retrouvent des CLSC, tels La Presqu'île ou Vallée-des-Forts, qui affichent un profil mixte au chapitre des caractéristiques étudiées.

2. MORTALITÉ

En dépit de leur caractère négatif, les indicateurs de mortalité servent à illustrer les inégalités devant la mort. L'espérance de vie des résidents de la Montérégie, quel que soit l'âge considéré, se compare avantageusement à l'ensemble du Québec : chez les hommes, elle est de 71,8 ans contre 71,0 pour le Québec, alors que chez les femmes, elle est de 79,0 comparativement à 78,7 ans pour l'ensemble du Québec (Duchesne, 1983). Les taux standardisés de mortalité, lesquels éliminent l'effet de la structure par âge de la population, présentent de faibles variations d'un DSC à l'autre : l'écart maximum est de 1,4 pour 10 000 chez les hommes et de 1,8 pour 10 000 chez les femmes. Par contre, l'analyse par CLSC révèle des disparités plus importantes avec, d'une part, des zones de faible mortalité à La Presqu'île chez les hommes et Jardin-du-Québec chez les femmes, et d'autre part des zones de forte mortalité à La Chênaie et Huntingdon pour les hommes et Richelieu chez les femmes (voir tableau 1).

L'examen des taux de mortalité par groupe d'âge et par sexe révèle un profil un peu plus diffus. Si la position relative des CLSC ou DSC peut varier d'un groupe d'âge à l'autre, les taux de mortalité suivent en règle générale une progression fort semblable d'un territoire à l'autre. Épousant l'allure classique d'un «J», les taux de mortalité chutent des moins d'un an aux 1-5 ans, se maintiennent à ce niveau jusqu'à 17 ans et augmentent de façon continue par la suite. Avec l'âge, les courbes de mortalité des hommes et des femmes s'écartent proportionnellement de plus en plus l'une de l'autre, pour atteindre un sommet chez les 18-24 ans en raison de la surmortalité masculine. Parallèlement, l'évolution des taux selon l'âge révèle des différences variables entre territoires.

Le niveau de la mortalité infantile varie considérablement entre CLSC. On observe des taux élevés (plus de 125 pour 10 000) du côté masculin aux CLSC Kateri et Seigneurie-de-Beauharnois, et chez les filles au CLSC La Chênaie (voir tableau 2). Par opposition, les filles du CLSC Du Havre et les enfants - garçons et filles - de St-Hubert connaissent une faible mortalité avec des taux oscillant autour de 35 pour 10 000. On notera toutefois que le calcul de ces taux repose sur une moyenne annuelle de 3 décès féminins et 4 décès masculins par CLSC.

Chez les 1-17 ans, les accidents, traumatismes et empoisonnements regroupent la majorité des décès. Les écarts entre DSC sont relativement importants. Chez les garçons, le DSC de Valleyfield apparaît comme le plus défavorisé, à la fois chez les 1-5 ans et chez les 6-17 ans (voir tableau 2). Le DSC Haut-Richelieu ressort, quant à lui, comme le plus désavantagé du côté féminin, et ce dans les deux groupes d'âge. Par ailleurs, si les variations entre CLSC sont encore plus marquées chez les 6-17 ans, l'effet des très petits nombres n'est sans doute pas négligeable. On notera toutefois les taux élevés observés tant chez les garçons que chez les filles du CLSC Huntingdon.

La mortalité des 18-24 ans est dominée par les causes accidentelles. Le DSC de Valleyfield présente les niveaux les plus élevés de mortalité entre 18 et 24 ans, lesquels sont en grande partie attribuables à la surmortalité des hommes de Châteauguay (taux de 21,7 pour 10 000) et des femmes de La Presqu'île. Par opposition, le DSC Haut-Richelieu se détache de l'ensemble avec une faible mortalité féminine et le DSC Charles-Lemoyne avec une faible mortalité masculine.

Si chez les hommes de 25-44 ans les causes accidentelles représentent encore la majorité des décès (47 %), suivies des maladies de l'appareil circulatoire, chez les femmes de cet âge les tumeurs prédominent (41 %). Les zones de forte mortalité se concentrent à nouveau au DSC du Haut-Richelieu, où la population

Tableau 2
Taux de mortalité (pour 10 000) par groupe d'âge et sexe et par CLSC, Montérégie, 1980-1982

CLSC		HOMMES								FEMMES							
		0-1	1-5**	6-17	18-24	25-44	45-64	65-74	75 +	0-1	1-5**	6-17	18-24	25-44	45-64	65-74	75 +
1.	Châteauguay	93,2*		7,1*	21,7	15,3	101,1	469,4	1024,7	80,6*		3,9*	5,7*	8,1	51,2	245,4	750,7
2.	Huntingdon	50,1*		17,0*	17,0*	19,3	108,9	357,3	1107,9	79,6*		7,6*	7,2*	11,7*	54,9	200,0	760,3
3.	La Presqu'île	53,2*		8,8	17,8	13,7	84,0	324,8	1028,3	49,2*		1,4*	10,4*	7,8	47,4	194,1	696,6
4.	Seigneurie-de-Beauharnois	128,7		4,6*	14,2	19,0	120,2	477,6	992,5	67,5*		1,1*	1,4*	8,5	52,0	175,6	691,4
	DSC de Valleyfield	83,8	6,4	2,8	16,9	16,2	102,3	406,3	1033,0	65,2	2,9*	2,8	5,8	8,5	50,8	197,9	717,3
5.	Du Havre	83,6*		4,8*	11,1*	19,7	115,8	353,2	1187,7	32,7*		2,4*	0,9*	6,6	56,0	194,8	753,4
6.	Des Maskoutains	72,7*		4,1*	15,8	15,2	89,4	395,3	1033,5	74,3*		2,7*	4,0*	7,9	45,2	197,0	723,5
7.	Des Patriotes	89,6		4,4*	15,5	9,5	87,1	368,7	1169,9	59,2*		1,6*	5,8*	6,8	47,6	204,2	843,7
8.	La Chênaie	81,4*		5,9*	11,8*	16,6	123,1	422,0	1222,7	127,8*		6,2*	2,6*	5,8*	44,2	167,6	625,0
9.	Haute-Yamaska	98,2		4,5*	13,8	17,2	95,3	421,3	1028,0	61,3*		2,2*	4,9*	7,8	51,7	180,7	708,6
	DSC Honoré-Mercier	85,7	4,6	4,6	14,1	14,6	97,5	388,1	1101,3	64,2	2,6*	2,4	4,0	7,2	49,4	192,9	743,7
10.	Des Seigneuries	104,4		3,9*	11,7*	11,9	77,2	448,8	1087,1	78,5*		1,7*	0,0*	7,0	41,7	192,3	670,3
11.	Samuel-de-Champlain	48,5*		3,1*	13,5	12,9	86,8	398,3	1244,8	44,0*		0,9*	7,9*	7,4	47,9	204,6	809,1
12.	Kateri	134,7		4,1*	10,2*	11,4	101,2	354,2	1188,9	109,7*		1,9*	1,2*	7,1	48,8	238,4	739,7
13.	St-Hubert	37,2*		3,5*	14,5	14,4	113,5	465,5	1226,4	34,4*		0,5*	4,6*	6,5	59,5	284,9	951,6
14.	Longueuil-Est	***		4,8	13,7	18,3	113,6	473,1	1061,3	67,5		2,3*	3,5*	6,3	55,4	210,9	713,7
15.	Longueuil-Ouest	99,3															
	DSC Charles-Lemoyne	82,7	3,9	3,9	13,2	14,4	99,4	435,9	1151,1	63,6	3,6	1,5	4,0	6,8	51,3	217,4	768,0
16.	La Pommerai	89,7*		9,6*	18,1	20,0	105,6	325,2	1168,1	89,7*		5,5*	2,5*	8,0*	56,5	169,7	786,8
17.	Richelieu	108,4*		7,7*	14,1*	13,9	99,6	398,4	841,1	95,4*		0,0*	1,6*	6,3*	67,1	194,6	885,1
18.	Jardin-du-Québec	78,1*		5,5*	19,1*	22,9	121,4	307,8	888,5	39,9*		3,0*	6,8*	10,7*	45,3	179,8	581,1
19.	Vallée-des-Forts	62,2*		7,6	16,1	17,9	102,9	403,1	986,5	93,6		3,1*	3,4*	9,5	51,5	175,8	696,3
	DSC Haut-Richelieu	79,0	3,7*	7,8	16,6	18,3	105,2	365,2	1007,5	86,9	5,5*	3,2	3,3	8,8	54,3	176,7	742,6
	MONTÉRÉGIE	82,2	4,5	5,5	14,7	15,4	100,5	400,1	1076,7	67,0	3,5	2,2	4,2	7,5	51,2	197,7	744,2

Source : Le Bourdais et Desrosiers (1986 : tableaux 12.9, 13.2, 14.2, 15.2).

* Basé sur moins de 5 décès annuels.

** Non disponible par CLSC à cause des petits nombres de décès.

*** Les données du registre des naissances et des décès ne permettent pas de distinguer Longueuil-Est de Longueuil-Ouest.

tant masculine que féminine de Jardin-du-Québec et les hommes du CLSC La Pommeraie enregistrent des taux de mortalité supérieurs à la moyenne régionale (voir tableau 2). La surmortalité féminine notée dans ce DSC n'est peut-être pas sans lien avec le fort pourcentage de décès attribuables aux causes accidentelles que l'on y dénombre. D'autre part, à l'intérieur du DSC Honoré-Mercier, les CLSC Des Patriotes du côté masculin et La Chênaie du côté féminin constituent des zones de faible mortalité.

Le DSC du Haut-Richelieu demeure le plus défavorisé au chapitre de la mortalité chez les 45-64 ans, avec un taux masculin de 105,2 pour 10 000 et un taux féminin de 54,3 pour 10 000. Par contre, au niveau des CLSC, La Chênaie ressort avec le taux masculin le plus élevé de la région. Les taux les plus favorables, tant féminins que masculins, se retrouvent au CLSC Des Seigneuries dans Charles-Lemoyne. Les causes de mortalité les plus importantes dans ce groupe d'âge sont les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Le DSC du Haut-Richelieu se démarque toutefois à nouveau, avec une plus forte proportion de décès accidentels. C'est aussi celui où l'on observe le plus haut taux de morbidité et de létalité² suite aux accidents de la route entre 18 et 64 ans.

Favorisé par des taux de mortalité faibles et moyens chez les moins de 65 ans, le DSC Charles-Lemoyne connaît une situation inverse au delà de cet âge. On retrouve au CLSC St-Hubert, à Samuel-de-Champlain (chez les hommes de 75 ans et plus) et à Longueuil (chez les femmes de 65-74 ans) des taux largement au-dessus du taux régional. Cette situation se traduit par une espérance de vie un peu plus faible à 65 ans. À cet âge, les hommes du DSC Charles-Lemoyne ont en moyenne 13,4 années devant eux et les femmes 18,0 années. En comparaison, la population masculine de 65 ans résidant au DSC du Haut-Richelieu détient une espérance de vie de 14,6 années alors que chez les femmes, elle se chiffre à 18,7. Ailleurs, les 65-74 ans connaissent une situation défavorable dans Seigneurie-de-Beauharnois chez les hommes et à Châteauguay chez les femmes, tandis que les femmes de 75 ans et plus appartenant au CLSC Des Patriotes et les hommes de La Chênaie présentent des taux fort élevés. Les causes de mortalité, où prédominent les maladies de l'appareil circulatoire, accusent un profil fort semblable d'un DSC à l'autre.

Somme toute, malgré l'apparence d'une homogénéité territoriale au chapitre de la mortalité totale, des zones variables de faible et forte mortalité ressortent selon le groupe d'âge considéré. La

2. Le taux de morbidité inclut à la fois le nombre de victimes tuées et blessées; le taux de létalité rapporte le nombre de victimes tuées au nombre total de victimes impliquées.

plupart des CLSC de Charles-Lemoyne connaissent, par exemple, de très faibles taux de mortalité chez les moins de 65 ans. Par contre, pour les mêmes groupes d'âge, le CLSC Huntingdon dans Valleyfield, tout comme les CLSC La Pommeraie et Jardin-du-Québec dans le Haut-Richelieu, affichent des taux supérieurs à l'ensemble. Il est intéressant de rappeler que cette opposition trouve son pendant du côté des caractéristiques socio-économiques des populations étudiées, le DSC Charles-Lemoyne étant, dans l'ensemble, le plus favorisé.

3. MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

Les données présentées dans cette section portent uniquement sur la morbidité diagnostiquée et traitée en milieu hospitalier³. Tout comme la mortalité, elles ne fournissent évidemment qu'une des facettes - souvent la plus grave - des principaux problèmes de santé d'une population donnée, et négligent d'autres aspects, comme par exemple l'incapacité ou le retentissement psychologique et social de la maladie sur l'individu. L'avantage de ces données tient cependant au fait qu'elles sont facilement accessibles et relativement fiables, et qu'elles permettent de brosser un portrait de la morbidité touchant la population des CLSC étudiés. Comme on le verra, ce portrait est fort différent d'un CLSC à l'autre.

Dans la Montérégie, environ une personne sur dix est hospitalisée en moyenne chaque année. Les femmes sont dans l'ensemble hospitalisées dans une proportion de 45 pour cent supérieure à celle des hommes, résultat lié majoritairement aux hospitalisations dues aux grossesses et accouchements. Lorsqu'on exclut ce groupe de causes, le taux brut d'hospitalisation des femmes devient comparable à celui des hommes, et ce en dépit de leur structure par âge plus vieille.

La partie qui suit exclut les hospitalisations pour grossesse et accouchement. En effet, ces hospitalisations sont étroitement liées au niveau de fécondité des femmes, que nous avons déjà discuté précédemment dans cet article, et elles ne peuvent pas être interprétées comme reflétant directement la situation sanitaire de la population féminine.

3. Les données couvrent les années fiscales 1980-1981 à 1982-1983. Elles réfèrent aux hospitalisations plutôt qu'aux individus hospitalisés; ces derniers peuvent donc être comptés plus d'une fois, advenant une réhospitalisation.

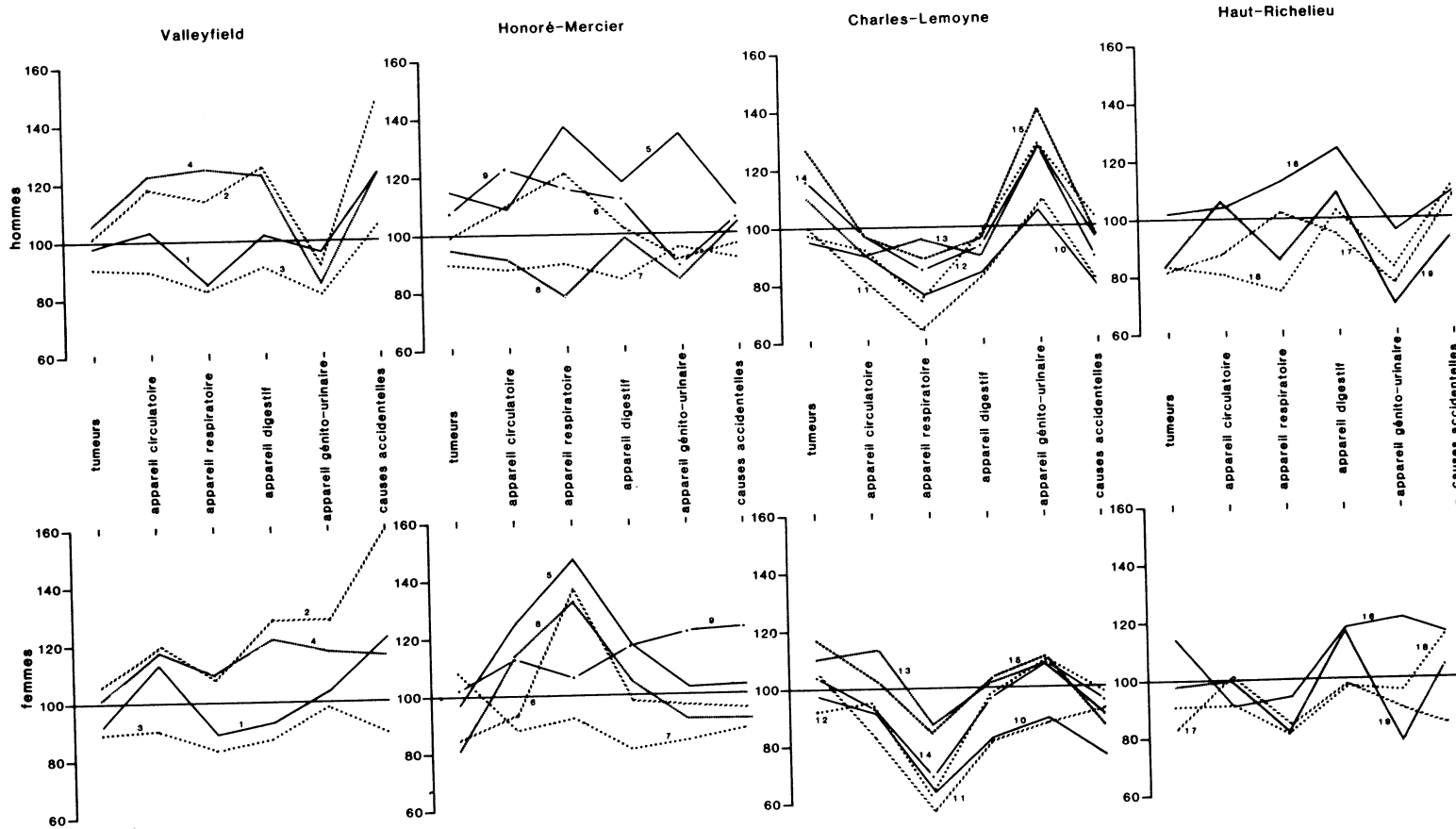
Le degré d'hospitalisation de la population montérégienne varie évidemment en fonction du groupe d'âge considéré : s'établissant à 1 888 pour 10 000 chez les moins d'un an (à l'exclusion des enfants nouveau-nés «nés vivants»), le taux d'hospitalisation - sexes réunis - tombe à 335 pour 10 000 chez les 11-17 ans, et augmente ensuite graduellement avec l'âge pour atteindre un sommet de 2 684 pour 10 000 - soit plus d'une personne sur quatre - chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

À chaque groupe d'âge sont associées de façon prédominante diverses causes d'hospitalisation, lesquelles suivent sensiblement le même profil d'un DSC à l'autre. Ainsi, les maladies de l'appareil respiratoire constituent le motif d'hospitalisation le plus souvent invoqué chez les jeunes enfants, tandis qu'à l'inverse les maladies de l'appareil circulatoire et digestif ainsi que les tumeurs dominent au delà de 65 ans. Aux âges adultes, les accidents et traumatismes marquent fortement la morbidité hospitalière masculine alors que les maladies des organes génito-urinaires expliquent une part considérable des hospitalisations féminines. Enfin, contrairement à la mortalité, où les hommes connaissent toujours une situation plus défavorable que les femmes, ces dernières enregistrent au chapitre des hospitalisations une surmorbidity relative, mais entre 25 et 44 ans seulement.

Pour faciliter la comparaison entre CLSC, nous avons calculé un indice comparatif d'hospitalisation par sexe et diagnostic qui élimine les effets des diverses structures par âge. Les six diagnostics retenus (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil génito-urinaire et accidents) sont responsables des deux tiers des hospitalisations, sexes réunis, une fois exclus les diagnostics pour grossesse et accouchement. Il représente le rapport des hospitalisations observées aux hospitalisations attendues lorsqu'on applique à la population d'un CLSC donné les taux par âge⁴ observés pour l'ensemble de la Montérégie. Cet indice permet de mettre en évidence les diagnostics pour lesquels la population d'un CLSC donné est sous-hospitalisée (indice inférieur à 100) par rapport à l'ensemble de la population montérégienne; inversement, un indice supérieur à 100 indique une surmorbidity relative. Les résultats sont présentés sur forme de graphique, afin de mieux faire ressortir les disparités.

4. À noter que les groupes d'âge utilisés sont ceux correspondant aux populations-cibles des CLSC et DSC plutôt que des groupes d'âge quinquennaux ou décennaux.

Graphique 1
Indice comparatif d'hospitalisation (en %) selon les principaux diagnostics et le sexe, par CLSC, Montérégie, 1980-1983*



Source : Le Bourdais et Desrosiers (1986 : tableau 10.2).

* Les chiffres identifient les CLSC (voir le tableau 1).

Le graphique 1 révèle en effet des disparités importantes entre CLSC et DSC. Un premier coup d'oeil rapide permet de voir la position avantageuse des CLSC appartenant au DSC Charles-Lemoyne, et ce pour toutes les causes d'hospitalisation à l'exception des tumeurs et des maladies des organes génito-urinaires, lesquelles sont à l'origine d'une surmorbidity hospitalière marquée du côté masculin. Chez les hommes, en dehors du DSC de Charles-Lemoyne, seul le CLSC Du Havre (5)⁵ affiche un indice comparatif d'hospitalisation supérieur à 100 pour les maladies génito-urinaires, et seuls les CLSC Du Havre (5) et Haute-Yamaska (9) connaissent une nette surhospitalisation pour tumeurs (autour de 110). Chez les femmes, plusieurs CLSC (Huntingdon (2), Seigneurie-de-Beauharnois (4), Haute-Yamaska (9), et La Pommeraie (16)) enregistrent un niveau d'hospitalisation (indice de 117 ou plus) pour maladie des organes génito-urinaires nettement plus élevé que celui noté dans Charles-Lemoyne; par ailleurs, en dehors de Charles-Lemoyne, seul le CLSC La Pommeraie (16) connaît une nette surmorbidity hospitalière pour tumeurs.

Contrairement à la similarité observée entre CLSC à l'intérieur du DSC Charles-Lemoyne, le profil de morbidité révélé par les indices comparatifs d'hospitalisation semble moins net dans les trois autres DSC, comme en témoigne l'allure plus variée des courbes. Certaines tendances peuvent néanmoins être dégagées. Le DSC Honoré-Mercier apparaît comme étant le plus durement touché du côté des hospitalisations suite à une maladie de l'appareil respiratoire, avec trois CLSC sur cinq qui enregistrent un indice supérieur à 115, et ce tant chez les hommes que chez les femmes. Du côté masculin, on notera la surhospitalisation liée à ce groupe de diagnostics dans les CLSC Huntingdon (2), Seigneurie-de-Beauharnois (4), et La Pommeraie (16).

Par ailleurs, le DSC Honoré-Mercier présente avec le DSC de Valleyfield des indices comparatifs d'hospitalisation relativement élevés pour les maladies de l'appareil circulatoire. Ce dernier DSC enregistre de plus une très nette surmorbidity hospitalière liée aux accidents et traumatismes. Cet ensemble de causes engendre aussi une surhospitalisation féminine importante à Haute-Yamaska (9), La Pommeraie (16) et Jardin-du-Québec (18). Enfin, les maladies de l'appareil digestif entraînent une surmorbidity hospitalière notoire dans plusieurs CLSC, comme Vallée-des-Forts (19) et La Pommeraie (16), Du Havre (5) et Haute-Yamaska (9), et Huntingdon (2) et Seigneurie-de-Beauharnois (4).

5. Les chiffres entre parenthèses identifient les CLSC sur le graphique; pour la liste des noms, on pourra référer au tableau 1.

Ces derniers CLSC ressortent, dans l'ensemble, comme étant les plus défavorisés de la Montérégie au chapitre des hospitalisations. À ce groupe doivent être ajoutés les CLSC Des Maskoutains (6) du côté masculin et La Chênaie (8) du côté féminin, qui tous deux enregistrent des indices comparatifs d'hospitalisation élevés par rapport à la moyenne. Enfin, s'ils connaissent une situation quelque peu meilleure que leurs homologues des autres DSC pour plusieurs diagnostics, les CLSC St-Hubert (13), Longueuil-Est (14) et Longueuil-Ouest (15) affichent des indices relativement forts.

À l'opposé, certains CLSC ressortent comme étant nettement sous-hospitalisés face à l'ensemble de la population montréalaise, et ce peu importe le sexe ou le diagnostic considéré. Appartiennent à ce groupe les CLSC La Presqu'île (3), Des Patriotes (7), Des Seigneuries (10) et Samuel-de-Champlain (11), et Richelieu (17). Il n'est sans doute guère surprenant de constater (Desrosiers et Le Bourdais, 1986, chapitre 7) que la population de ces CLSC apparaît également en règle générale relativement favorisée sur le plan socio-économique.

CONCLUSION

Même si elles n'ont été qu'indirectement soulignées, les relations liant phénomènes démographiques et statut socio-économique des diverses populations semblent fort présentes. Ainsi, les CLSC La Presqu'île, Des Patriotes, Des Seigneuries et Samuel-de-Champlain jouissent d'une situation privilégiée tant au plan sanitaire que socio-économique. À l'opposé, aux conditions de vie difficiles que l'on observe dans d'autres CLSC, comme Huntingdon, La Pommeraye ou Du Havre, correspondent dans l'ensemble des niveaux élevés de mortalité et de morbidité. S'ils appartiennent à une des régions les plus favorisées du Québec, ces derniers CLSC n'en occupent pas moins une position peu enviable par rapport à la moyenne québécoise, au regard du moins des indicateurs retenus.

Les liens unissant fécondité et statut socio-économique apparaissent moins clairs. Ainsi, au pôle de faible fécondité se retrouvent des CLSC présentant des caractéristiques socio-économiques fort diverses, tels Longueuil ou Samuel-de-Champlain. L'examen détaillé de la fécondité en regard de certains indicateurs révèle toutefois de fortes différences entre ces deux CLSC quant au calendrier des naissances. Les variations locales et régionales de fécondité semblent associées à de nombreux facteurs d'ordre démographique, social ou économique; le sens des liens unissant ces différentes variables demeure encore obscur comme en témoigne d'ailleurs le débat actuel sur le sujet (Kempeneers, 1985).

Au terme de ce court survol de divers indicateurs socio-sanitaires, des écarts importants surgissent entre CLSC, témoins d'une part des écarts démographiques, mais aussi des différences environnementales, de conditions de vie et de travail. Les variations de fécondité, de mortalité et de morbidité notées entre milieux urbain et agricole, par exemple, soulignent l'importance du milieu de vie sur de tels phénomènes. Ce sera donc au niveau d'unités géographiques plus homogènes, comme les CLSC, qu'il faudra dorénavant investir dans le but d'aboutir à une compréhension accrue des disparités entre populations.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- DUCHESNE, Louis, 1983. «La situation de la mortalité au Québec en 1980-1982». Cahiers québécois de démographie, 12, 1, 107-114.
- KEMPENEERS, Marianne, 1985. «Quand la démographie s'intéresse au travail des femmes». Cahiers québécois de démographie, 14, 2, 147-164.
- LE BOURDAIS, Céline et Hélène DESROSIERS, avec la collaboration de Patricia-Anne MERCIER, 1986. Dossier démographique et socio-sanitaire des départements de santé communautaire de la Montérégie. Montréal, Institut national de la recherche scientifique (INRS-Urbanisation), et les DSC de la Montérégie, 5 volumes.