

Caractéristiques socio-démographiques et sanitaires de la population des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain

Daniel Tremblay and Jaël Mongeau

Volume 9, Number 3, décembre 1980

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/600832ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/600832ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Tremblay, D. & Mongeau, J. (1980). Caractéristiques socio-démographiques et sanitaires de la population des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain. *Cahiers québécois de démographie*, 9(3), 117-130. <https://doi.org/10.7202/600832ar>

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES
DE LA POPULATION DES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

Par Daniel TREMBLAY* et Jaël MONGEAU**

Introduction⁽¹⁾

Les départements de santé communautaire (D.S.C.) sont des départements d'hôpitaux au même titre que ceux d'obstétrique, de pédiatrie ou de psychiatrie. Leur fonction principale est d'élaborer des programmes de santé physique et mentale de nature préventive applicables à la population du territoire qu'ils desservent.

Ils assument aussi très souvent un certain rôle de suppléance en l'absence de centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), c'est-à-dire qu'ils dispensent eux-mêmes des services tels les cours prénataux, les soins à domicile, les programmes de santé au travail, etc.

Afin de pouvoir accomplir leur travail pour des populations locales, les D.S.C. et les C.L.S.C. doivent en connaître l'état de santé et les besoins. Une des façons d'y arriver consiste à utiliser des indicateurs. Les indicateurs retenus ici sont de deux types:

- 1- Les données socio-démographiques: il s'agit de variables qui sont reliées à la santé et qui expliquent en quelque sorte une partie de l'inégalité devant la maladie et la mort. Elles proviennent du recensement du Canada de 1976⁽²⁾: âge, sexe, langue maternelle, etc., des résidents des territoires concernés.

* Département de santé communautaire, Hôpital général Lakeshore, 175 rue Stillview, Pointe-Claire, H9R 4S3.

** I.N.R.S.-Urbanisation, 3465 rue Durocher, Montréal, H2X 2C6.

(1) Ce texte est le résumé d'une recherche commandée par les huit départements de santé communautaire (D.S.C.) du Montréal métropolitain à l'I.N.R.S.-Urbanisation qui l'a réalisée en collaboration étroite avec les professionnels de ces D.S.C. Les résultats détaillés sont publiés dans: Jaël Mongeau et Gérald Lescaubeault, Dossier démographique et socio-sanitaire des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain (452 pages), disponible aux D.S.C. du Montréal métropolitain et à l'I.N.R.S.-Urbanisation.

(2) Bandes sommaires par secteur de recensement ou secteur de dénombrement.

- 2- Les données sanitaires: il s'agit des variables de décès et de morbidité qui donnent une bonne idée des problèmes de santé. Elles sont fournies par le ministère des Affaires sociales: les décès en 1976⁽³⁾ et les hospitalisations de 1975 à 1977⁽⁴⁾ selon la cause, l'âge, le sexe et le lieu de résidence.

Les données sont d'abord exploitées en vue de fournir une description générale de la population et de son état de santé (points 1 à 9). Dans une deuxième partie (points 10 à 16), elles sont reprises dans une optique plus centrée sur la notion de population-cible par programme de santé communautaire: santé maternelle et infantile (point 10), gérontologie (point 13), etc.

1. Situation géographique

On compte 32 centres hospitaliers avec département de santé communautaire (les C.H.-D.S.C.) au Québec, tous regroupés en douze régions socio-sanitaires dont l'une est la région du Montréal métropolitain, ou région 6A. Cette dernière couvre l'île de Montréal et l'île Jésus, où opèrent les huit C.H.-D.S.C. suivants: Lakeshore, Verdun, Maisonneuve-Rosemont, Ste-Justine, Général de Montréal, Sacré-Coeur, St-Luc et Cité de la Santé. Chaque D.S.C. contient un nombre variable de territoires de C.L.S.C.; il y en a 52 dans la région du Montréal métropolitain, dont 35 ne sont pas encore implantés. La liste des D.S.C. et des C.L.S.C. de même qu'une carte du territoire sont présentées en annexe.

Les D.S.C. et les C.L.S.C. ont été mis sur pied afin de créer un réseau de services sociaux et de santé facilement accessible à tous, physiquement et psychologiquement. Les limites territoriales ont été établies en fonction des anciens districts sanitaires et de la taille des populations. Par ailleurs, elles ont aussi tenu compte des contraintes sociales, économiques et culturelles et des frontières naturelles. Par conséquent, l'étendue des territoires, la taille de leurs populations et leur densité sont loin d'être identiques:

- le plus grand: Cité de la Santé - 245,39 km²
- le plus petit: St-Luc - 25,22 km²

- le plus peuplé: Maisonneuve-Rosemont - 416 485 habitants
- le moins peuplé: Ste-Justine - 163 685 habitants

- le plus densément peuplé: St-Luc - 11 602 habitants/km²
- le moins densément peuplé: Cité de la Santé - 1 003 habitants/km²

(3) Données provisoires non publiées, fournies par le Registre de la population.

(4) Données du formulaire AH-101.

2. Evolution de la population dans le temps

2.1- Accroissement de la population entre 1966 et 1976

Pour la planification des programmes de santé et de services sociaux, l'aspect le plus intéressant serait sans doute la connaissance de la population future. Cependant l'évolution passée est un bon indicateur de l'évolution future: les perspectives démographiques sont généralement faites de cette manière.

Il faut retenir que la période 1971-1976 a été marquée par un ralentissement de la croissance des populations des D.S.C. ou par une accélération de leur décroissance par rapport à la période 1966-1971. De 1966 à 1971, six des huit D.S.C. actuels ont vu leurs populations augmenter alors que de 1971 à 1976, il n'y avait que celles de Cité de la Santé et Lakeshore qui augmentaient, St-Luc et Général de Montréal étant affectés des plus fortes baisses.

2.2- Mobilité de la population

Le déplacement des individus a un effet sur la taille et les caractéristiques des populations donc sur la vie communautaire, sociale et culturelle.

On retient que les Canadiens qui viennent s'installer dans la région choisissent surtout le territoire du D.S.C. Lakeshore alors que les immigrants de l'extérieur du Canada vont surtout à Général de Montréal et à Ste-Justine.

3. Structure par âge et sexe

Pour une meilleure approche en santé communautaire, il est nécessaire de connaître la distribution par âge et par sexe des populations puisqu'on n'est pas malade et qu'on ne meurt pas pour les mêmes raisons si on est jeune ou vieux, homme ou femme.

A partir de la base, toutes les pyramides des âges s'élargissent plutôt que de se rétrécir, ce qui traduit la baisse généralisée de la natalité. Toutes les populations des D.S.C. sont engagées dans un processus de vieillissement mais les 65 ans et plus sont proportionnellement près de trois fois plus nombreux à Ste-Justine qu'à Cité de la Santé, respectivement la plus vieille et la plus jeune population de la région.

4. Mortalité

En tant qu'indicateur sanitaire, la mortalité ne rend compte qu'indirectement de la santé des vivants. Cependant, l'étude faite pour ce dossier socio-démographique et sanitaire nous révèle qu'il existe des disparités entre la mortalité des différents D.S.C., ce qui la rend d'autant plus intéressante.

En comparant les taux bruts de mortalité d'un D.S.C. à l'autre, on en arrive à la conclusion que la mortalité est plus importante dans St-Luc, Général de Montréal, Ste-Justine et Verdun que dans les autres. Cependant la structure par âge des D.S.C. étant différente, ce sont les taux de mortalité par groupe d'âges qu'il faut comparer. En effet, s'il y a plus de décès au total dans un D.S.C. c'est possiblement parce que sa population est plus vieille et non parce que la mortalité y est plus élevée.

Effectivement, s'il est vrai que St-Luc arrive en tête pour la mortalité globale et pour la mortalité à presque tous les âges, Ste-Justine par contre avait un taux brut plus élevé, mais a la mortalité la plus faible pour presque tous les âges. Au contraire de Ste-Justine, Lakeshore et Cité de la Santé avaient une mortalité globale plus faible mais ce n'est pas vrai à tous les âges.

A Général de Montréal, où la mortalité globale est élevée, la mortalité par âge est de plus en plus faible par rapport aux autres D.S.C. à mesure qu'on avance en âge.

Sacré-Coeur a une mortalité globale en accord avec la mortalité par âge à partir de 35 ans mais plus forte avant cet âge. Maison-neuve-Rosemont a une mortalité par âge plus forte que ce que laissait croire son taux brut. Même chose pour Verdun, sauf à moins de 15 ans où la mortalité est plus faible.

En résumé, selon les taux par groupe d'âges, ce sont St-Luc, Verdun et Maisonneuve-Rosemont qui ont une mortalité plus élevée que les autres.

Même si les causes de décès les plus importantes sont identiques chez les hommes et les femmes, ces dernières meurent moins que les hommes à tous les âges et pour toutes ces causes: les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les accidents et les maladies de l'appareil respiratoire. Les deux premières recouvrent à elles seules 71% des décès.

Dans l'ensemble de la région on enregistre quelque 17 000 décès dont 8 100 pour des maladies de l'appareil circulatoire et 4 000 pour des tumeurs.

Evidemment, il y a un lien entre l'âge au décès et la cause du décès: à moins d'un an, plus de 50% des décès sont dus à des causes de mortalité périnatale et à des anomalies congénitales; les accidents sont la principale cause de décès des 1-14 ans et des 15-34 ans tandis que les tumeurs commencent à apparaître parmi les principales causes à 1-14 ans et les maladies de l'appareil circulatoire à 15-34 ans; ces deux dernières causes sont les plus importantes à partir de 35-49 ans; les maladies de l'appareil circulatoire représentant à elles seules plus de 50% des décès des 65-79 ans.

5. Langue maternelle

La langue maternelle est une variable socio-culturelle à considérer lorsqu'on veut donner aux gens des services dans leur langue et lorsqu'on doit tenir compte des comportements des communautés face à la santé.

La langue française est nettement dominante à St-Luc, Maison-neuve-Rosemont et Cité de la Santé, légèrement dominante à Sacré-Coeur et Verdun, et minoritaire à Général de Montréal, Ste-Justine et Lakeshore. Dans ces trois derniers territoires, la langue anglaise domine.

S'il n'y a pas de minorités linguistiques spectaculairement importantes dans les D.S.C., il en va tout autrement de certains C.L.S.C. A Parc Extension, 38% des résidents ont le grec comme langue maternelle et on retrouve de 20 à 30% de population de langue italienne.

6. Scolarité, activité et revenu

Ces variables sont des indicateurs du niveau socio-économique lequel est relié très directement à la santé. L'Organisation mondiale de la santé en fait un facteur qui, au même titre que les facteurs chimiques, physiques et biologiques, exerce une influence décelable sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités.

Dans tous les D.S.C. on observe une scolarité plus élevée pour les hommes que pour les femmes et une scolarité qui diminue avec l'âge; on note cependant des disparités assez grandes entre la scolarité des populations des différents D.S.C.

Ste-Justine, Général de Montréal et Lakeshore ont les populations les plus scolarisées; St-Luc, Verdun et Maisonneuve-Rosemont les moins scolarisées.

L'indice de statut socio-économique⁽⁵⁾ qui combine scolarité et revenu est très élevé à Lakeshore et Ste-Justine, par rapport à la moyenne régionale, moyen à Général de Montréal, Cité de la Santé et Sacré-Coeur et faible à Verdun, Maisonneuve-Rosemont et St-Luc.

Les C.L.S.C. d'un même D.S.C. ne sont pas tous du même niveau. A Général de Montréal par exemple on retrouve à la fois l'indice le plus élevé de la région (Montréal-Ouest) et le moins élevé (St-Louis-du-Parc).

(5) Adapté de Serge Carlos, Indice socio-économique et indice familial pour les zones métropolitaines du Canada, Document mimeographié, 23 pages, septembre 1974. Les données de base sont celles du recensement de 1971.

7. Ménages et familles

En plus d'être des unités socio-économiques de base, ces variables sont un indicateur de caractéristiques plus ou moins traditionnelles des résidents d'un territoire.

Si la plupart des personnes font partie de ménages unifamiliaux, on retrouve des endroits où les proportions de ménages (personne ou groupe de personnes occupant un logement privé) de type multifamilial ou non familial sont élevées. Au C.L.S.C. Métro par exemple, 46% des ménages sont non familiaux ou multifamiliaux contre moins de 15% pour la région.

Trois familles sur dix sont sans enfant dans la région, mais à Cité de la Santé c'est deux sur dix et à Ste-Justine quatre sur dix.

Les familles monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses à St-Luc et Général de Montréal et le cas le plus aigu est celui du C.L.S.C. Métro où les familles avec un enfant sont monoparentales dans plus de 50% des cas.

8. Habitat

Le mode d'occupation d'un domicile est un indicateur socio-économique mais il est très imparfait. Les locataires des appartements du centre-ville sont probablement aussi favorisés que les propriétaires du quartier Villeray... Des études ont cependant montré que le type de construction (maisons individuelles, appartements, etc.) pouvait être en relation avec la morbidité.

On est surtout propriétaire de maisons individuelles à Lakeshore et Cité de la Santé, mais plus on s'approche du centre-ville, plus les logements sont loués et moins on habite de maison individuelle.

9. Morbidité hospitalière

La morbidité hospitalière est en fait un indicateur de l'état de mauvaise santé des gens puisqu'elle rend compte des maladies dont ils souffrent et pour lesquelles ils se font hospitaliser pour au moins une nuit dans un centre hospitalier de soins de courte durée. On peut donc penser qu'il s'agit des maladies parmi les plus graves. Leur connaissance est nécessaire à la planification et au choix des priorités en santé communautaire.

On compte plus de 250 000 hospitalisations par année, soit près de 12 hospitalisations sur 100 résidents de la région (et cela, rappelons-le, pour les hôpitaux de soins de courte durée seulement).

Les hospitalisations sont plus nombreuses pour les résidents de St-Luc (plus de 15 sur 100 résidents) et moins nombreuses pour ceux de Cité de la Santé (moins de 10 sur 100).

Les hospitalisations varient en fonction de l'âge et du sexe. Si on excepte les taux d'hospitalisation à moins d'un an qui dépassent 10 000 à cause des naissances, c'est à l'autre bout de la vie qu'ils sont les plus élevés. Les 65 ans et plus accaparent plus de 17% des hospitalisations. Les femmes ont des taux d'hospitalisation plus faibles que les hommes sauf aux âges de fécondité.

Peu importe l'âge ou le sexe, ce sont toujours les gens de St-Luc, Général de Montréal et Verdun qui se font le plus hospitaliser. Ceux de St-Luc et de Verdun ont aussi une durée d'hospitalisation plus longue que la moyenne.

La durée d'hospitalisation augmente avec l'âge et près de 30% des journées d'hospitalisation sont le fait des personnes âgées, qui ne représentent pourtant que 9% de la population de la région.

Les principales causes d'hospitalisation sont: 1^o les grossesses, accouchements et suites de couches, 2^o les maladies de l'appareil digestif, 3^o de l'appareil circulatoire, 4^o des organes génito-urinaires, 5^o les tumeurs, 6^o les maladies de l'appareil respiratoire et 7^o les accidents. Ces sept causes rendent compte de près de 65% des hospitalisations dans la population totale.

A 65 ans et plus cependant, l'ordre est changé: 1^o les maladies de l'appareil circulatoire, 2^o les tumeurs, 3^o les maladies de l'appareil digestif, 4^o du système nerveux, 5^o des organes génito-urinaires, 6^o de l'appareil respiratoire et 7^o les accidents. Ces sept causes regroupent 85% des hospitalisations pour ce groupe d'âges.

Parmi les maladies de l'appareil digestif, les maladies du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas regroupent 35,5% des cas et les hernies abdominales 25,1%. Les hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire sont pour leur part concentrées dans les maladies ischémiques du cœur (38,7%) et les maladies des veines et vaisseaux lymphatiques (20,3%) et les maladies des organes génito-urinaires sont surtout les maladies de l'utérus et des autres organes génitaux de la femme (39,8%). Les tumeurs bénignes sont responsables de 32,3% des hospitalisations pour tumeurs et parmi les tumeurs malignes, ce sont celles des organes génito-urinaires qui sont les plus importantes.

Pour comparer les D.S.C. et les C.L.S.C. entre eux, des indices d'hospitalisation ont été calculés avec la valeur 100 pour la région et pour chacun des diagnostics.

L'indice est habituellement inférieur à 100 dans Lakeshore, Maisonneuve-Rosemont, Ste-Justine, Sacré-Coeur et Cité de la Santé pour chacune des causes, c'est-à-dire que dans ces D.S.C., la population se fait moins hospitaliser que la moyenne régionale pour la plupart des causes.

Les indices d'hospitalisation du C.L.S.C. Lachine dans Lakeshore sont généralement supérieurs à la moyenne régionale peu importe la cause. Dans Verdun, tous les C.L.S.C. ont un indice supérieur à 100 particulièrement Pointe St-Charles. Ont aussi des indices d'hospitalisation supérieurs à 100 les C.L.S.C. suivants: Mercier-Est, Hochelaga-Maison-neuve et Rosemont dans Maisonneuve-Rosemont, Côte-des-Neiges-Nord et Sud dans Ste-Justine, tous ceux de Général de Montréal, sauf Westmount et Montréal-Ouest; Ahuntsic-Sud, Sault-aux-Récollets, Bordeaux-Cartierville, et St-Michel-Nord et Sud dans Sacré-Coeur et tous ceux de St-Luc. Les indices pour les C.L.S.C. de Cité de la Santé n'ont pu être calculés.

On retient donc que les hospitalisations sont plus élevées au centre et au sud de l'île de Montréal: St-Luc, Général de Montréal et Verdun, et particulièrement là où le niveau socio-économique est le plus faible, comme aux C.L.S.C. Pointe St-Charles, St-Henri/Petite-Bourgogne, St-Jacques et Lafontaine.

10. Santé maternelle et infantile

Ce point correspond au premier chapitre de la deuxième partie du dossier, partie qui est axée sur les programmes de santé communautaire.

Le programme de santé maternelle et infantile a une population cible composée des enfants de 0-4 ans et de leurs mères de 15-44 ans, soit environ 30% de la population totale.

Le diagnostic "grossesse, accouchement et suites de couches" est le principal diagnostic d'hospitalisation des femmes entre 15 et 34 ans. La proportion des accouchements pathologiques dans l'ensemble des accouchements a tendance à croître avec l'âge, alors que les avortements en pourcentage des accouchements sont plus importants au début et à la fin de la vie féconde. Les deux tiers des naissances (moins dans Lakeshore) sont uniques, à terme, et résultent d'accouchements spontanés.

Les enfants de moins d'un an se font hospitaliser et meurent surtout pour des causes exclusives au bas âge: mortalité et morbidité périnatale et anomalies congénitales. Ceux de 1-4 ans se font surtout hospitaliser pour les maladies respiratoires.

11. Santé scolaire

Les effectifs scolaires sont en diminution quel que soit le niveau, même dans les zones de banlieue, comme le territoire de la Cité de la Santé; la diminution y est toutefois moins importante, du moins au niveau primaire.

Bien que dans la vie d'un individu, ce soit à 5-14 ans que la morbidité hospitalière et la mortalité sont à leur minimum, il est intéressant d'en connaître les causes.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont au premier rang des hospitalisations et sont particulièrement élevées à Verdun et St-Luc par rapport à ailleurs. Les accidents en général sont la deuxième cause d'hospitalisation.

Les accidents de véhicules à moteurs sont la première cause de décès à ces âges.

Les filles se font moins hospitaliser et décèdent dans une proportion moindre que les garçons.

12. Santé au travail et santé de la population d'âge actif

Dans la région du Montréal métropolitain, les D.S.C. ont comme priorité de santé au travail les entreprises manufacturières.

Si St-Luc regroupe le plus grand nombre d'entreprises de ce secteur, c'est Sacré-Coeur qui compte le plus d'employés. Le nombre d'employés ne se distribue pas comme le nombre d'entreprises; c'est que la taille des entreprises n'est pas la même partout: il y a plus de petites entreprises à Cité de la Santé, Ste-Justine et Général de Montréal et plus de grandes entreprises à Lakeshore et Verdun.

La région est spécialisée dans l'habillement, l'imprimerie et la fabrication de produits en métal, ce dernier secteur étant le plus touché par les maladies industrielles et les accidents de travail.

La population d'âge actif représente un peu moins de 70% de l'ensemble de la population. Entre 36,8 et 38,7% (i.e. environ 560 000 personnes au niveau régional) n'est actuellement touchée par aucun programme. Evidemment, les 15-64 ans sont moins hospitalisés et meurent moins que leurs aînés, mais de causes qui pourraient être évitées dans certains cas, retardées dans d'autres. Signalons entre autres l'importance des morts violentes chez les jeunes.

A ces âges les gens sont hospitalisés et meurent pour les mêmes causes: les accidents chez les plus jeunes, les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs chez les plus âgés.

13. Gérontologie

La proportion des personnes âgées augmente dans tous les D.S.C. Cette population se distingue de l'ensemble par une plus grande proportion de femmes, une scolarité plus faible et, évidemment, une moins grande participation au marché du travail. Elle se distingue aussi par un taux d'hospitalisation plus élevé et des séjours plus longs à l'hôpital.

Les hommes ont des taux d'hospitalisation plus élevés que les femmes sauf pour les maladies du système nerveux et les accidents, principalement les accidents à domicile.

Dans la région, plus de 60% des décès sont le fait des 65 ans et plus, la plupart pour maladies ischémiques du coeur, maladies cérébro-vasculaires et tumeurs.

14. Maladies infectieuses

Le contrôle des maladies infectieuses est une des fonctions des départements de santé communautaire. Il s'agit d'ailleurs d'une cause pour laquelle des mesures préventives efficaces existent, ce qui laisse entendre qu'elle doit être plutôt rare, d'autant plus que, compte tenu du type de données utilisées dans ce dossier, seuls les cas extrêmes nécessitant l'hospitalisation ou conduisant au décès sont comptés.

Par conséquent ce diagnostic est peu important par rapport aux autres: 17 hospitalisations pour 10 000 résidents contre 140 pour les maladies de l'appareil digestif et 119 décès dans la région contre 8 104 pour les maladies de l'appareil circulatoire.

Il y a plus d'hospitalisations et en même temps plus de décès pour ce diagnostic à St-Luc et Général de Montréal. On note également que partout, c'est aux extrémités de la vie qu'il y a le plus d'hospitalisations et de décès pour maladies infectieuses et parasitaires.

15. Nutrition

De nombreuses maladies peuvent être associées à une mauvaise alimentation: par exemple, on reconnaît généralement qu'une forte consommation de lipides (matières grasses) entraîne une élévation du taux de cholestérol sanguin, qui est lui-même associé aux maladies ischémiques du coeur et à l'artériosclérose. L'obésité, qui est le désordre nutritionnel le plus fréquent actuellement dans notre milieu, est reliée à plusieurs maladies: diabète, hypertension, artériosclérose, lithiase biliaire et certaines formes d'arthrose.

Parmi les diagnostics spécifiques retenus, ce sont le diabète sucré, l'alcoolisme et l'artériosclérose qui arrivent en tête, avec toutefois des taux d'hospitalisation inférieurs à 10 pour 10 000.

16. Maintien à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile sont deux des volets de la politique québécoise de maintien à domicile, politique qui concerne également les actions d'amélioration du logement, du transport et du revenu.

On note que les bénéficiaires de soins à domicile⁽⁶⁾ sont relativement âgés: 57,7 ans, en moyenne. Les personnes âgées représentant

(6) Source: Conseillers en recherche des D.S.C. de la région 6-A, Services de soins à domicile 1978-79, région socio-sanitaire 6-A, Résultats présentés aux chefs de D.S.C. de la région 6-A, novembre 1979.

plus de 40% des cas contre 17% des hospitalisations: leur poids est donc de beaucoup supérieur à leur nombre. Plus de femmes que d'hommes profitent de ce service pour un taux global de 40 pour 10 000 habitants alors que le taux d'hospitalisation est de l'ordre de 1 200 pour 10 000.

Conclusion

La population du Montréal métropolitain n'est pas partagée uniformément entre les D.S.C.: celles de Lakeshore, Ste-Justine, Cité de la Santé et Sacré-Coeur sont des populations plus favorisées par rapport à la moyenne régionale pour la plupart des caractéristiques étudiées.

A Lakeshore, la population est plus jeune, plus scolarisée, de statut socio-économique plus élevé; son taux d'activité pour les hommes est plus élevé également tandis que celui des femmes est inférieur au taux régional; la proportion de familles monoparentales y est plus faible; la mortalité et la morbidité hospitalière sont en-deça de celles de la région.

A Ste-Justine, la population est particulièrement vieille et la proportion de familles monoparentales est élevée; par contre la scolarité, l'indice de statut socio-économique et le taux d'activité des femmes y sont élevés; la mortalité et la morbidité sont très faibles comparativement à la moyenne régionale.

Cité de la Santé a une population jeune, où le taux d'activité des hommes est élevé; par contre la scolarité et le statut socio-économique sont semblables à la région; la morbidité et la mortalité y sont faibles.

La population du D.S.C. Sacré-Coeur n'est pas tellement plus jeune que celle de l'ensemble de la région, n'est pas tellement moins scolarisée non plus, et son indice de statut socio-économique est légèrement supérieur à l'indice régional; le taux d'activité des hommes et celui des femmes est plus élevé; la proportion de familles monoparentales est identique à celle de la région; la mortalité et la morbidité y sont plus faibles.

Quant aux quatre autres D.S.C., ils ont généralement des populations dont les caractéristiques sont moins favorables que celles de l'ensemble du Montréal métropolitain. Ce sont Maisonneuve-Rosemont, Verdun, Général de Montréal et St-Luc.

La population de Maisonneuve-Rosemont, un peu comme celle de Sacré-Coeur, diffère peu de la moyenne, mais plus souvent à son désavantage: légèrement plus jeune mais beaucoup moins scolarisée, elle a un taux d'activité très semblable à celui de la région pour les deux sexes; son statut socio-économique est inférieur; ses familles monoparentales sont légèrement plus importantes proportionnellement que dans la région; la mortalité y est plus élevée, la morbidité, moins.

Verdun a une population qui ne s'éloigne pas tellement de la moyenne non plus: ni plus jeune, ni plus vieille, sa scolarité est moins élevée et son statut socio-économique est plus faible; on y note des taux

d'activité plus faibles et un peu plus de familles monoparentales proportionnellement; la mortalité et la morbidité y sont plus élevées.

La population du D.S.C. Général de Montréal s'écarte plus de la moyenne régionale: beaucoup plus vieille et avec une proportion de familles monoparentales très élevée; un taux d'activité moins fort chez les hommes mais plus chez les femmes; des proportions de plus scolarisés et de moins scolarisés plus fortes que dans la région; un statut socio-économique moyen; la mortalité et la morbidité y sont plus élevées.

Le D.S.C. St-Luc est très bas dans l'échelle pour toutes les caractéristiques de sa population: beaucoup plus vieille, nettement moins scolarisée, avec un indice de statut socio-économique très faible; les taux d'activité y sont les plus bas de la région pour les deux sexes; les familles monoparentales y sont proportionnellement plus nombreuses qu'ailleurs; la mortalité et la morbidité hospitalière y sont aussi plus élevées que dans l'ensemble de la région.

Le dossier dont ce texte est un résumé nous fournit en plus tous les éléments pour caractériser chacun des C.L.S.C. puisque là encore, les D.S.C. ne sont pas partagés en populations identiques d'un C.L.S.C. à l'autre.

Toute cette masse de renseignements et toute l'analyse qui en a été faite pourront servir à orienter le choix des objectifs et des priorités des différents utilisateurs, pourront servir également de critère d'évaluation de leurs interventions et de point de départ de nombreuses recherches en santé communautaire.

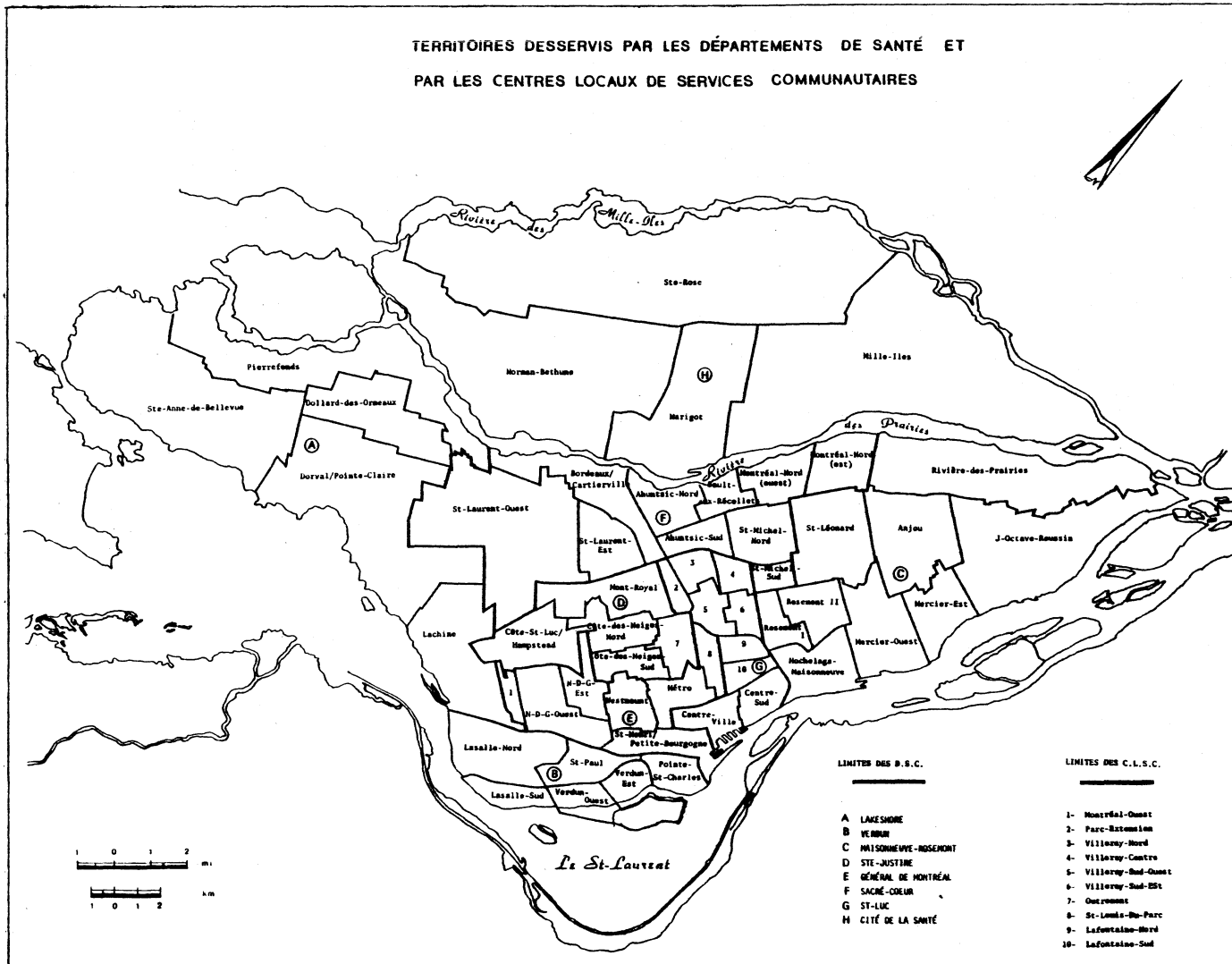
ANNEXE 1

LISTE DES D.S.C. ET C.L.S.C. DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

<u>D.S.C.</u>	<u>C.L.S.C.</u>	<u>D.S.C.(suite)</u>	<u>C.L.S.C.(suite)</u>
Lakeshore	Pointe-Claire/Dorval Ste-Anne-de-Bellevue Pierrefonds*	Général de Montréal (suite)	N.-D.-G.-Est Westmount Métro* St-Louis-du-Parc* St-Henri/Petite-Bourgogne*
Verdun	Dollard-des-Ormeaux Lachine Pointe St-Charles St-Paul Verdun-Est Verdun-Ouest LaSalle-Sud LaSalle-Nord	Sacré-Coeur	Montréal-Nord (est) Montréal-Nord (ouest) St-Michel-Sud St-Michel-Nord Ahuntsic-Sud Sault-aux-Récollets Ahuntsic-Nord Bordeaux/Cartierville St-Laurent-Est St-Laurent-Ouest
Maisonneuve- Rosemont	Rivière-des-Prairies* J.-Octave Roussin Mercier-Est Mercier-Ouest Hochelaga-Maisonneuve* Rosemont I* Rosemont II Anjou St-Léonard	St-Luc	Lafontaine-Sud Lafontaine-Nord Centre-Sud* Parc-Extension* Centre-Ville* Villeray-Nord Villeray-Centre Villeray-Sud-Est Villeray-Sud-Ouest
Ste-Justine	Côte-des-Neiges Nord* Côte-des-Neiges Sud Côte-St-Luc/Hampstead Mont-Royal Outremont	Cité de la Santé	Mille-Iles* Marigot* Norman-Bethune* Ste-Rose*
Général de Montréal	Montréal-Ouest N.-D.-G.-Ouest		

* C.L.S.C. qui existe déjà (au 4 juin 1980).

ANNEXE 2



Cartographie INRS