

*Rapport annuel 1998
sur la santé de la population*

Les inégalités sociales de la santé



**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

*Rapport annuel 1998
sur la santé de la population*

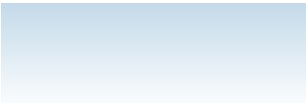
Les inégalités sociales de la santé



Une publication de la
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre
3725, rue St-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9
Téléphone : (514) 286-5777

ã **Direction de la santé publique**
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (1997)

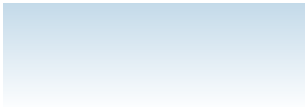
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 1998
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-122-6



Remerciements

Plusieurs professionnels de la Direction ont participé à la préparation de ce rapport annuel du directeur de la santé publique. Je voudrais d'abord souligner la contribution de nos équipes à la préparation des dossiers thématiques, qui, à défaut de pouvoir tous être retenus dans la version finale, ont tous contribué à éclairer la démarche. Un merci tout particulier à l'équipe projet qui a soutenu l'ensemble des travaux, de la définition des contenus à la révision des diverses versions du texte. La liste de ces personnes se trouve à l'annexe 3. Merci, enfin, à tous ceux et celles qui de près ou de loin ont rendu possible la réalisation de ce projet.

Richard Lessard, M.D.
Directeur de la santé publique

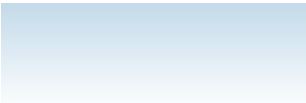


Résumé

Ce rapport annuel est le premier que présente la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Il porte sur l'état de santé de la population, vu sur l'angle des inégalités sociales de la santé et du bien-être. En effet, les disparités actuelles, loin de s'amenuiser, ont un impact négatif sur la santé de la population.

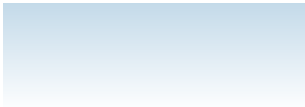
Ainsi, pour les résidents des quartiers à faible revenu de Montréal, l'espérance de vie est de 5 ans inférieure à celle dans les zones à revenu élevé. Il ne s'agit pas de quelques années à soustraire à la fin d'une longue vie par ailleurs en santé, mais souvent d'une vie de qualité réduite, car les inégalités sociales de la santé s'observent à tous les âges de la vie :

- La mortalité infantile est de 8 pour 1000 dans les zones à faible revenu, 5 pour 1 000 dans les zones à revenu élevé.
- La proportion de nouveau-nés de faible poids double chez les femmes sous-scolarisées.
- Le taux de fécondité des adolescentes de zones de faible revenu est 6 fois plus élevé que celui des zones défavorisées.
- La détresse psychologique et le suicide, en progression partout à Montréal, frappent davantage les zones défavorisées.
- Le sida est la première cause de décès chez les hommes de 22-44 ans à Montréal et 77 % des cas déclarés au Québec sont à Montréal. De plus, le taux d'infection par le VIH est 10 fois plus élevé chez les jeunes de la rue que dans la population en général.
- Chez les femmes, le cancer du poumon a remplacé le cancer du sein comme première cause de décès par le cancer, et frappe davantage les plus pauvres. En outre, la proportion de jeunes filles qui fument a plus que doublé ces dernières années.
- L'espérance de vie à 65 ans est réduite d'un an chez les défavorisés et ceux-ci vivent un an de plus avec incapacité que les aînés mieux nantis.



L'île de Montréal compte 500 000 résidents qui vivent sous le seuil de la pauvreté, dont plus de la moitié dans la seule municipalité de Montréal. De plus, de 1989 à 1996 le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale a augmenté de 100 000. À moins de contrer cet appauvrissement, il est probable que nous continuions de constater, dans les années à venir, la persistance voire l'aggravation des inégalités sociales de la santé.

Montréal, c'est le quart du Québec, une région au potentiel immense, qui peut offrir à nouveau à ses résidents une meilleure qualité de vie. Face aux criantes inégalités sociales de la santé, notre réseau a un rôle important à jouer. Mais la vraie solution réside dans l'environnement social et économique. Tous les décideurs des milieux communautaire, municipal, scolaire, syndical, économique, politique, qui agissent dans le domaine du développement social et économique, sont invités à prendre part à la lutte aux inégalités sociales de la santé.



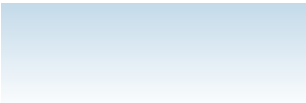
Avant-propos

« Capitale de la pauvreté au Canada », c'est le titre peu flatteur que s'est vue attribuer Montréal en raison du nombre de ses citoyens pauvres — 500 000 sur 1,8 million d'habitants et près de 23 % des familles sous le seuil de faible revenu. Quand on sait que la pauvreté va souvent de pair avec moins bonne santé, cette situation devient une véritable préoccupation de santé publique.

D'autant plus que, chez nous comme ailleurs, on assiste depuis une dizaine d'années à un bouleversement des valeurs. Des forces s'exerçant à l'échelle mondiale entraînent notamment une plus grande valorisation de l'efficacité des interventions de même qu'à la responsabilisation des individus, des familles, des communautés. Dans cette foulée, des choix politiques en éducation, en santé, en sécurité du revenu touchent des milliers de familles et des centaines de milliers de gens, parmi les plus pauvres.

De plus, le réseau de la santé et des services sociaux, aussi surnommé système des conséquences parce qu'il sert de déversoir et de tampon à nombre de problèmes d'origine sociale, est en pleine mutation. Ces transformations créent inévitablement de l'inquiétude.

La Direction de la santé publique de Montréal-Centre est sensible à cette inquiétude. À titre de membre du réseau de la santé et des services sociaux, la Direction estime de sa responsabilité immédiate de signaler les actions à mener. De par son mandat, inscrit dans la Loi sur la santé et les services sociaux (art. 373.1), le Directeur de la santé publique de Montréal-Centre se doit en effet *« d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin »*.



Pour ce faire, nous publions ce premier rapport annuel sur l'état de santé de la population, pour informer mais surtout pour interpeller les acteurs sociaux ainsi que tous nos partenaires du réseau en santé et services sociaux. *La Politique de la santé et du bien-être*, avec ses objectifs précis à atteindre d'ici 2002, fournit déjà un guide et des lignes directrices des domaines où les besoins sont les plus cruciaux. Il faut souligner cet acquis : nous sommes l'une des rares sociétés occidentales à disposer d'un outil aussi précieux. *La Politique de la santé et du bien-être* est à la fois une prise de position et un cadre de travail et, de ce fait, elle nous propose à tous une démarche d'intervention précise.

Nous évaluons dans ces pages l'état actuel de la situation dans notre région à la lumière de ces objectifs et sous l'angle des liens entre la santé et la pauvreté. En effet, dans le contexte socio-économique actuel, un angle de vue s'est imposé : l'influence de l'environnement social et des conditions de vie sur la santé et le bien-être et, plus précisément, les inégalités sociales de la santé.

Nous ne répéterons jamais assez que la responsabilité de contrer les inégalités sociales de la santé nous incombe à tous, à commencer par notre réseau, tant la Régie régionale à laquelle nous sommes rattachés, que tous nos partenaires en santé et services sociaux. Cette responsabilité concerne aussi les citoyens, les communautés, les organisations, les décideurs et nos gouvernements. Une question de vie et de santé que nous allons scruter tout au long de ce rapport.

Le Directeur de la santé publique,



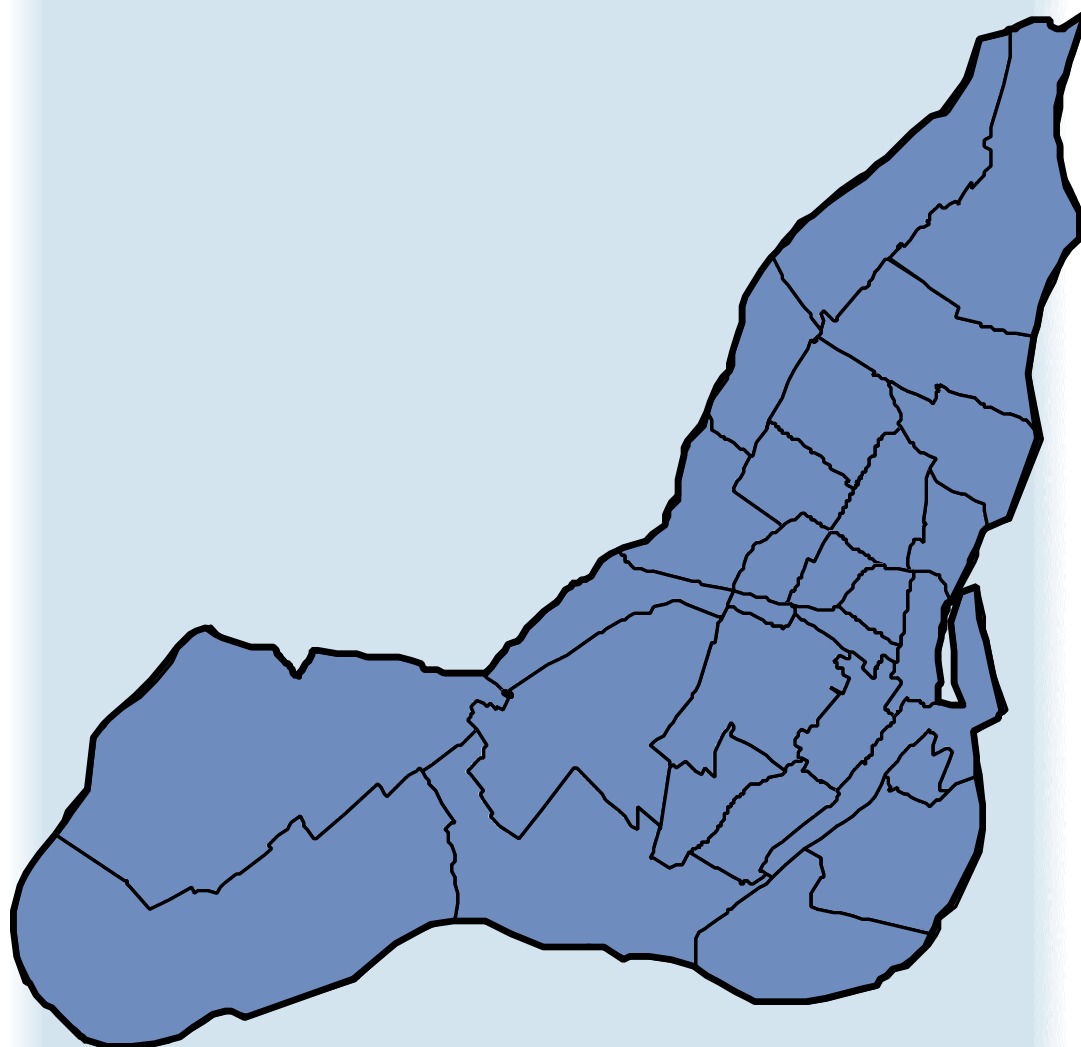
Richard Lessard, M.D.

Table des matières

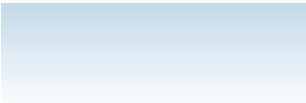
<i>Le tableau de bord de la santé dans l'île de Montréal</i>	1
1. La santé à Montréal :	
où en sommes-nous ?	2
Qu'est-ce que la santé ?	3
Les 19 objectifs à atteindre d'ici 2002	4
2. La situation socio-économique de Montréal :	
une question de santé publique	12
Les inégalités sociales de la santé	13
La pauvreté à Montréal s'accroît	16
Pourquoi s'intéresser à la pauvreté ?	22
3. Partir du bon pied :	
les tout-petits de 0 à 5 ans	24
Le quart des enfants à l'aide sociale	25
Influence de la pauvreté sur la santé	26
Violence et négligence : donner une voix aux tout-petits	31
Orientations : mieux vaut prévenir	32
4. Le temps des apprentissages :	
les jeunes de 6 à 24 ans	34
Davantage de jeunes défavorisés	35
De grands écarts sur le plan de la réussite scolaire	36
Influence de la pauvreté sur la santé	37
Orientations : mieux collaborer avec tous les secteurs	42
5. Le temps de la productivité :	
les adultes de 25 à 64 ans	44
Près du quart des adultes sous le seuil du faible revenu	45
Influence de la pauvreté sur la santé	46
Orientations : cibler l'action où ça compte	52

6. Le temps des nouveaux rôles : les adultes de 65 ans et plus	56
Vieillessement rapide de la population	57
Une plus grande pauvreté qu'en région	58
Influence de la pauvreté sur la santé	59
Orientations : s'adapter au vieillissement de la population	63
7. Contrer la pauvreté et ses conséquences	66
Un défi de société	67
Des défis particuliers pour le système de soins	68
Pour la santé et le bien-être des tout-petits	70
Pour la santé et le bien-être des jeunes	72
Pour la santé et le bien-être des adultes	73
Pour la santé et le bien-être des aînés	74
Les voies d'action de la Direction de la santé publique	75
Liste des figures	78
Références	80
Annexes :	
1. Déterminants de la santé	84
2. Quelques indicateurs de santé et de bien-être selon le quintile de revenu, Montréal-Centre	89
3. Remerciements	92

Territoires des CLSC de la région de Montréal-Centre



- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Ahuntsic | 11. Montréal-Nord | 20. Rivière-des-Prairies |
| 2. Bordeaux/Cartierville | 12. Notre-Dame-de-Grâce/
Montréal-Ouest | 21. de Rosemont |
| 3. des Faubourgs | 13. Olivier-Guimond | 22. Saint-Henri |
| 4. Côte-des-Neiges | 14. Parc Extension | 23. Saint-Laurent |
| 5. Hochelaga-Maisonneuve | 15. la Petite Patrie | 24. Saint-Léonard |
| 6. J.-Octave-Roussin | 16. Pierrefonds | 25. Saint-Louis du Parc |
| 7. Lac Saint-Louis | 17. du Plateau Mont-Royal | 26. Saint-Michel |
| 8. LaSalle | 18. Pointe-St-Charles | 27. Verdun/Côte St-Paul |
| 9. Mercier-Est/Anjou | 19. René-Cassin | 28. du Vieux La Chine |
| 10. Métro | | 29. Villeraie |



Le tableau de bord de la santé dans l'île de Montréal

Notre rapport traite de la région de Montréal-Centre, soit toute l'île, avec ses 29 municipalités, y compris bien sûr la ville de Montréal. Pour des raisons de commodité, cependant, nous employons le seul terme de Montréal pour désigner toute l'île.

Le rapport est construit autour d'une quarantaine d'indicateurs illustrant les liens entre la pauvreté et la santé, une sorte de tableau de bord de la santé des Montréalais et des Montréalaises. Les données présentées sont souvent celles du recensement de 1991, parce que celles de 1996 ne sont pas encore toutes disponibles. En annexe figurent d'autres données plus précises.

Tout d'abord, nous établirons où nous en sommes face aux objectifs de *la Politique de santé et du bien-être* puis, dans une perspective d'ensemble, nous expliquerons comment les inégalités socio-économiques peuvent menacer la santé. Aux sections suivantes, nous signalerons les enjeux spécifiques de la pauvreté aux quatre périodes de la vie, les tout-petits, les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Enfin, à la section 7, nous amorcerons une réflexion sur la contribution qu'une organisation de santé publique comme la nôtre peut et doit apporter à la communauté pour contrer la pauvreté et ses conséquences.



1 *La santé à Montréal :*

Où en sommes-nous?

AFIN DE FAIRE L'EXAMEN de l'état de la santé de la population de Montréal, il nous faut tout d'abord évaluer l'état d'avancement des objectifs que nous a fixés La Politique de la santé et du bien-être. Pour bien situer notre propos, nous devons d'abord établir ce qu'est la santé parce que cette notion est, d'une part, bien variable selon les sociétés, les cultures, les individus et, d'autre part, parce qu'elle a évolué ces dernières années vers un concept plus global que celui auquel nous étions habitués.

Qu'est-ce que la santé ?

Chacun se fait sa propre conception de la santé et chaque époque, chaque culture, aborde la santé d'une façon qui lui est propre. Dans le langage courant, on assimile l'absence de maladie et d'infirmité à la santé et, de ce fait, on associe fortement santé et soins de santé.

Pourtant, il y a déjà près de 50 ans que l'Organisation mondiale de la santé a redéfini la santé comme un « *état complet de bien-être physique, mental et social* », donc quelque chose de positif associé à l'épanouissement de soi et à la qualité de la vie.

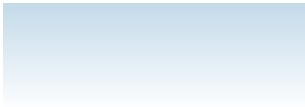
« *La santé est avant tout ressource et énergie pour la vie de tous les jours.* »

Plus récemment, tout un courant de pensée populaire, souvent inspiré de traditions orientales, associe santé et énergie et perçoit la santé de façon plus dynamique. De nouvelles définitions proposées par les spécialistes actuels de la santé s'inscrivent dans la même tendance. Ainsi, d'après la Loi sur les services de santé et services sociaux, la santé c'est « *la capacité physique, psychique et sociale de la personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie* ».

La capacité d'agir et d'accomplir apparaît moins comme un absolu que comme un point de départ, une ressource pour la vie quotidienne, l'énergie pour réaliser ses aspirations et agir sur son environnement. Vue ainsi, la santé intègre une dimension sociale, celle du bien-être, en harmonie avec son environnement.

Notre rapport annuel parle de la santé de façon globale et dynamique. Mais, et c'est une limite dont il faut prendre acte, il n'existe pas de mesure absolue de la santé d'une population. Aussi, utiliserons-nous les indicateurs existants qui se basent surtout sur les données de maladie et de décès. Ceux-ci, même s'ils ne reflètent que la face négative de la réalité, sont tout de même porteurs d'une information bien réelle.

La santé, c'est une donnée extrêmement variable d'un individu à l'autre, et aussi d'une collectivité à l'autre. Ce qui s'explique par ce que nous appelons les déterminants de la santé et du bien-être. Chacun, dès sa conception, reçoit un potentiel de santé inscrit dans sa constitution biologique et les gènes que lui transmettent ses parents et qui conditionneront



tout son développement d'être humain. C'est le déterminant biologique. Une fois pris en compte cet héritage et le phénomène inéluctable de l'âge, les écarts s'expliquent largement par les déterminants environnementaux qui sont liés au milieu dans lequel évolue l'individu, de sa conception à sa mort : environnement physique, mais aussi social. Éducation, emploi, revenu, tissu familial et social, répartition de la richesse, tous ces facteurs jouent un rôle. On reconnaît qu'un lien étroit existe entre le statut socio-économique et l'état de santé et de bien-être : ce lien se vérifie à l'observation des données d'hospitalisation, d'incapacité, de problèmes de santé et de mortalité d'une population.

Parmi les autres déterminants, il y a bien sûr les habitudes de vie et les comportements, comme le tabagisme et l'alimentation. Même s'il s'agit de facteurs modifiables, et souvent ciblés par la prévention, on sait aussi qu'ils sont largement conditionnés par les facteurs socio-économiques. Enfin, dernier déterminant, les services de santé, dont le niveau et l'organisation varient selon la communauté, selon le pays.

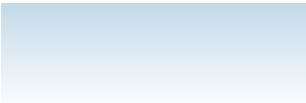
Les 19 objectifs à atteindre d'ici 2002

En 1992, le Québec se dotait d'une *Politique de la santé et du bien-être* qui a fixé 19 objectifs à atteindre d'ici 2002 dans cinq domaines : l'adaptation sociale, la santé physique, la protection de la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale. Par la suite, le ministre de la Santé et des Services sociaux a demandé à la Régie régionale de traduire ces objectifs à la lumière des besoins et des spécificités de notre réalité montréalaise.

Quatre priorités pour notre région

Quatre priorités ont ainsi été identifiées pour notre région :

- la santé des tout-petits,
- le développement optimal des jeunes,
- la prévention de la violence faite aux femmes,
- la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au cancer du sein.



Ces choix soulignent l'importance accordée chez nous aux problématiques touchant l'adaptation sociale, notamment auprès des défavorisés.

Ces mêmes priorités figurent actuellement en consultation dans le plan de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux.

Est-il réaliste de croire que nous atteindrons ces 19 objectifs ? C'est ce que nous allons évaluer dans ces pages; nous chercherons aussi à voir si les phénomènes en question sont plus marqués à Montréal qu'ailleurs au Québec ainsi que chez les groupes à revenus faibles (voir tableau, p. 10-11).

Adaptation sociale : une situation préoccupante

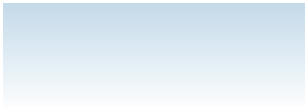
La question de l'adaptation sociale recouvre l'abus, la violence et la négligence à l'endroit des enfants, les troubles de comportement chez les enfants et les jeunes, la délinquance, la violence conjugale, l'itinérance ainsi que l'abus d'alcool, de médicaments et de drogues.

Les données disponibles pour quantifier ces phénomènes, quoique parcellaires, amènent à faire le constat suivant :

- deux des objectifs — réduire la délinquance et la violence conjugale ainsi qu'augmenter le nombre de personnes n'ayant jamais consommé de drogue illégale — ne seront probablement pas atteints;
- l'abus sexuel, la violence et la négligence à l'endroit des enfants ainsi que la délinquance et la violence conjugale semblent plus marqués à Montréal. Quant aux écarts liés au statut socio-économique, les données indiquent que la consommation de drogues est plus répandue dans les groupes de revenu inférieur.

Santé physique : les plus pauvres nettement désavantagés

Nous avons étudié les six objectifs de la santé physique, soit : périnatalité (naissances prématurées et de faible poids, anomalies congénitales), maladies cardiovasculaires, cancers du poumon et du sein, traumatismes non intentionnels, maux de dos, arthrite et rhumatismes ainsi que maladies respiratoires.



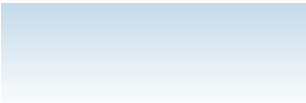
Pour quatre objectifs — mortalité par maladie cardiovasculaire, mortalité par cancer du poumon et cancer du sein, mortalité due aux traumatismes, maux de dos — tout laisse croire qu'ils seront atteints et même dépassés. Par contre, les seuils fixés en périnatalité et en maladies respiratoires ne seront probablement pas atteints. En comparaison avec l'ensemble du Québec, la situation est similaire ou légèrement favorable à Montréal. Enfin, les groupes de revenus inférieurs sont nettement désavantagés en fait de périnatalité, de maladies circulatoires, de cancer du poumon, de traumatismes non intentionnels et de maladies respiratoires.

Protection de la santé publique : encore des disparités marquées

En matière de protection de la santé publique, on vise d'abord à réduire l'incidence du sida et des maladies transmises sexuellement. On remarque que l'incidence de ces maladies est plus prononcée à Montréal et touche davantage les groupes à faible revenu. L'objectif sera probablement atteint en ce qui concerne les maladies transmises sexuellement. Pour le sida, il faut être prudent avant de voir dans la diminution des cas déclarés depuis 1994 un recul de la maladie : il ne pourrait s'agir que de l'effet transitoire de nouveaux traitements qui en retardent l'apparition chez les personnes infectées par le virus. La prévention demeure toujours la seule avenue disponible pour vraiment réduire l'infection au VIH.

On veut aussi éliminer ou réduire certaines maladies évitables par la vaccination. L'objectif pourrait être atteint : déjà, en 1996, aucun cas de diphtérie, ni de tétanos ni de poliomyélite, et très peu de cas de rougeole, de rubéole et d'oreillons. Pour la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae*, les objectifs de réduction seront probablement atteints là aussi. Toutefois, si l'incidence de ces maladies est plus faible à Montréal, elle est nettement supérieure chez les groupes de revenus inférieurs.

Quant à l'objectif d'améliorer la santé dentaire, il ne sera atteint ni chez les 6-12 ans ni chez les 35-44 ans. Le problème n'est pas plus grave à Montréal mais des disparités selon la catégorie de revenu sont évidentes.



Santé mentale : la détresse psychologique augmente

La Politique vise deux objectifs qui ne seront pas atteints : diminuer les problèmes de santé mentale et réduire les suicides et les tentatives de suicide. Bien au contraire, la détresse psychologique et les suicides sont en hausse ces dernières années, avec des disparités associées au revenu. De plus, si le suicide touche moins les Montréalais, la détresse psychologique semble tout autant répandue qu'au Québec.

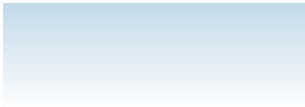
Intégration sociale : redoubler d'efforts

Il s'agit ici, d'une part, d'éliminer les obstacles à l'intégration sociale des aînés et, d'autre part, de diminuer les situations entraînant un handicap pour les personnes souffrant d'incapacités. Même si les données disponibles sont limitées, les informations actuelles portent à croire que les objectifs ne seront pas atteints et que le problème n'est pas plus marqué à Montréal. On constate ici aussi des écarts d'ordre socio-économique.

Est-il probable d'atteindre les objectifs ?

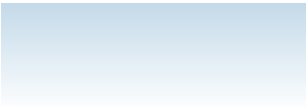
Si la tendance est satisfaisante pour la santé physique et la protection de la santé publique, elle l'est beaucoup moins pour l'adaptation sociale, la santé mentale et l'intégration sociale. On constate aussi que la population montréalaise est davantage touchée par les problèmes d'adaptation sociale, du sida et des MTS que le reste du Québec et que, à l'inverse, elle est en position favorable pour la santé physique. Enfin, pour la santé mentale et l'intégration sociale, il ne se dégage pas de tendance précise différenciant Montréal.

L'écart selon le revenu n'a pu être évalué pour tous les objectifs, en l'absence de données, mais il est clair que les groupes démunis sont nettement plus touchés, surtout pour la santé physique, la protection de la santé publique et la santé mentale. Même si plusieurs objectifs sont en bonne voie, cela n'éliminera pas les inégalités sociales de la santé. À nos yeux, la réduction de ces écarts devrait être un objectif en soi dans une optique d'amélioration de la santé et du bien-être de toute la population.



En somme, le suivi des objectifs de la Politique confirme à la fois la justesse des choix relatifs aux priorités régionales et la pertinence de poursuivre les efforts entrepris ces dernières années. Il est à nos yeux impératif que la réduction des inégalités sociales de la santé et du bien-être des Montréalais soit portée à l'ordre du jour des acteurs locaux, régionaux et nationaux.

Passons maintenant à l'analyse d'une question importante : la situation socio-économique de Montréal est-elle aussi une question de santé publique ? Nous aborderons ensuite cette question plus précisément à chaque âge de la vie.



Objectifs de la Politique de santé et de bien-être d'ici l'an 2002

Adaptation sociale

1. Diminuer les cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants, et atténuer les conséquences de ces problèmes
2. Réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants et les adolescents
3. Diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance
4. Diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial
5. Prévenir l'itinérance et, surtout à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences et Favoriser la réinsertion sociale des itinérants
6. Réduire de 15 % la consommation d'alcool et de 10 % celle de médicaments psychotropes chez les aînés et les bénéficiaires de l'aide de dernier recours Augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront pas de drogues illégales

Santé physique

7. Réduire à moins de 5 % les naissances prématurées
Réduire à moins de 4 % les naissances de poids insuffisant
Diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques
8. Réduire de 30 % la mortalité par maladie cardiovasculaire
9. Stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon
Réduire de 15 % celle par cancer du sein
10. Réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes (sur la route, à domicile, au travail et activités récréatives ou sportives)
11. Réduire la prévalence des maux de dos de 10 %
Diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes
12. Réduire de 10 % la mortalité par maladie du système respiratoire

Protection de la santé publique

13. Réduire l'incidence du sida et des MTS et leurs complications
Stabiliser les infections résistant aux antibiotiques classiques
14. Éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite
Réduire la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae* (type B)
15. Réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les 6-12 ans
Abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les 35-44 ans

Santé mentale

16. Diminuer les problèmes de santé mentale
17. Réduire de 15 % les suicides et les tentatives de suicide

Intégration sociale

18. Éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées
19. Diminuer les situations entraînant un handicap pour les personnes avec incapacités, quelles qu'en soient l'origine et la nature

Probabilité d'atteindre l'objectif selon la tendance récente	Problème plus marqué à Montréal	Problème plus marqué chez les groupes à revenus les plus faibles
nd	oui	nd
nd	nd	nd
non	oui	nd
non	oui	nd
nd	oui	oui
oui nd non	non non non	non oui oui
non non nd	non non nd	oui oui nd
oui	non	oui
oui probablement	non non	oui non
oui	non	oui
oui oui	non non	nd nd
non	non	oui
oui	oui	oui
oui (en général)	non	oui
non non	non non	oui oui
non	non	oui
non	non	oui
nd	non	nd
non	non	nd

nd: données non disponibles

2 *La situation socio-économique de Montréal :*

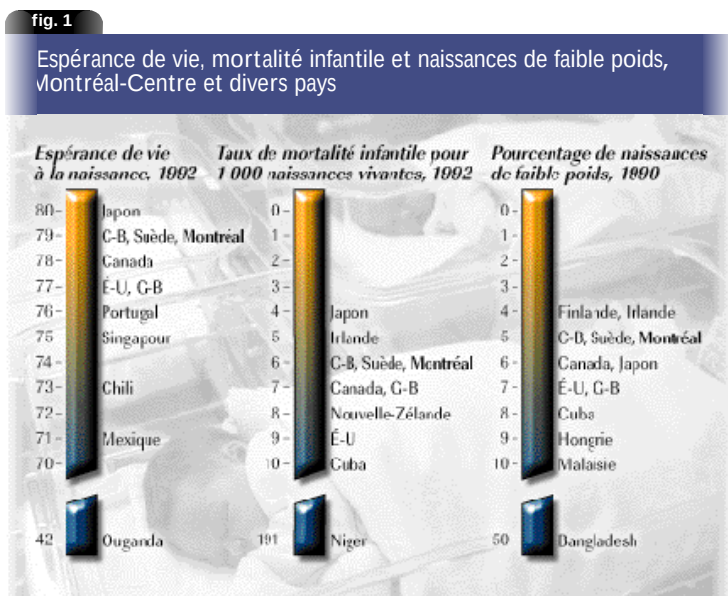
Une question de santé publique

***L** E NIVEAU DE SANTÉ et de bien-être des Montréalais figure parmi les meilleurs au monde et se compare favorablement dans son ensemble à celui des Québécois et des Canadiens. Un coup d'œil à la figure 1 suffit pour s'en convaincre.*

Cependant, comme ailleurs au Québec ainsi qu'au Canada, des inégalités en santé persistent entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires; dans certains cas, même, ces écarts s'accroissent. Ces inégalités sociales de la santé nous préoccupent comme Direction de la santé publique : ne risque-t-on pas de voir ce fossé s'élargir et se détériorer la santé de l'ensemble des Montréalais ? C'est cette préoccupation qui oriente l'analyse de la santé et du bien-être des Montréalais que nous présentons en deux volets dans cette section : les inégalités sociales de la santé et la pauvreté à Montréal.

Les inégalités sociales de la santé

Comment mesure-t-on le niveau de santé et de bien-être d'une population ? Il n'existe pas de mesure directe, ni unique, ni parfaite qui permette d'apprécier la santé et le bien-être d'une population dans ses trois dimensions : physique, mentale et sociale. Toutefois, nous disposons d'indicateurs mesurables mais indirects qui, chacun, dévoilent un volet de la question. En outre, il existe deux mesures courantes, qui sont la perception de la santé et l'espérance de vie à la naissance et dont nous allons nous servir pour tracer la perspective d'ensemble de la santé de la population montréalaise.

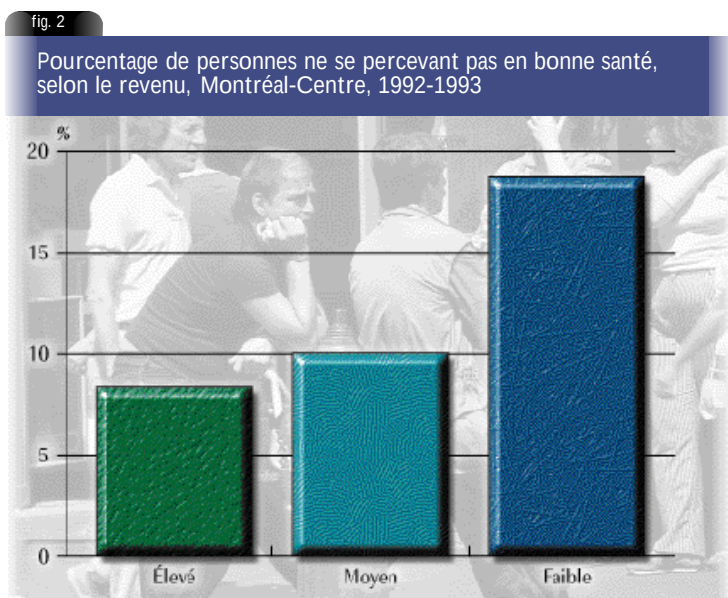


C.B.: Colombie Britannique
É.U.: États-Unis
G.B.: Grande-Bretagne

Les Montréalais se peçoivent en bonne santé

La perception de la santé est une information facile à recueillir. Dans une enquête de population, une seule question suffit : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, direz-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise ? » La réponse résume fidèlement le sentiment de bien-être ou de vitalité qu'une personne se reconnaît dans l'environnement qui est le sien. On a d'ailleurs démontré qu'il y a une grande concordance entre la perception de l'état de santé et la réalité mesurée par des indicateurs plus objectifs.

Selon le statut socio-économique, deux fois plus de gens à faible revenu ne se perçoivent pas en bonne santé par rapport à ceux à revenu élevé, et la moins



bonne perception de la santé s'observe aussi pour d'autres variables socio-économiques, comme une faible scolarité, l'insatisfaction par rapport à sa vie sociale ou la faiblesse du soutien social.

Cependant, en général, il ressort que les Montréalais se montrent plutôt satisfaits de leur santé : près de 9 sur 10 se déclarent relativement en bonne, très bonne ou excellente santé.

Espérance de vie : un progrès constant depuis 50 ans

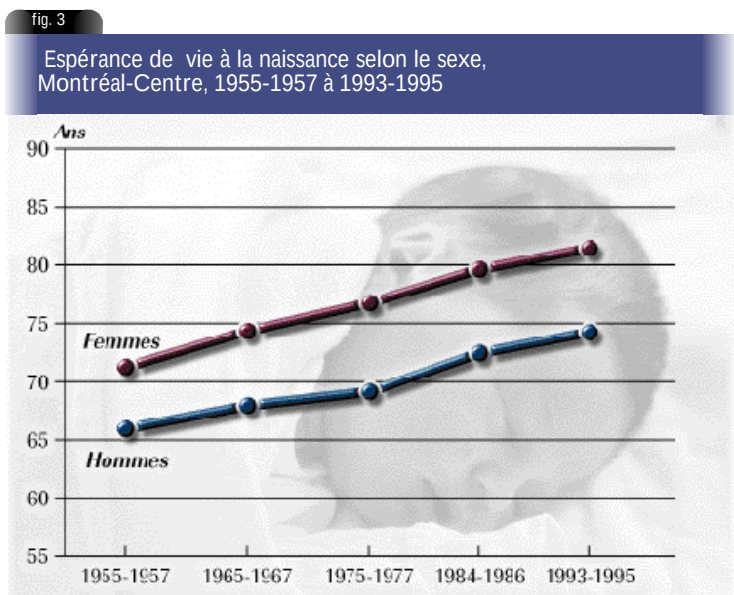
Cette mesure, comme la précédente, est une mesure synthèse : elle a l'avantage sur la première d'être objective et l'inconvénient de ne pas tenir compte des aspects psychosociaux de la santé. L'espérance de vie à la naissance pour une période donnée se calcule à partir des décès par groupe d'âge au cours de cette période. Plus la mortalité est élevée, plus l'espérance de vie est faible, ce qui indique de moins bonnes conditions de santé.

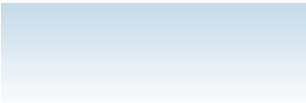
D'aussi loin qu'on puisse la mesurer pour Montréal, l'espérance de vie à la naissance s'accroît constamment : depuis les années 50, elle s'est allongée d'une dizaine d'années ; on l'estime aujourd'hui à 81 ans pour les Montréalaises et à 74 ans pour les Montréalais. En effet, dans tous

les pays développés, les hommes vivent moins longtemps que les femmes. Cette mort prématurée tient à trois causes principales : accidents et violence, maladies du cœur et cancer du poumon.

La tendance à la hausse de l'espérance de vie à la naissance remonte au siècle dernier. En 1831, la longévité moyenne des Canadiens n'était que de 39 ans. Ce progrès spectaculaire, on l'attribue en grande partie à l'amélioration de l'hygiène publique ainsi qu'à celle du milieu de travail, du revenu et de l'éducation. La médecine, avec les immenses bonds en

avant qu'elle a réalisés dans la première moitié du siècle, y a aussi





contribué. Pensons aux vaccins, aux antibiotiques et aux soins obstétricaux et périnataux, et notamment à leur rôle dans le recul de la mortalité infantile et de la mortalité dues aux maladies infectieuses.

Mais des inégalités persistent

L'intérêt pour les inégalités sociales de la santé ne date pas d'hier. Il y a deux siècles déjà, en Grande-Bretagne, les premiers statisticiens de la santé classaient les décès par cause et par occupation. L'expression « district en santé » était synonyme de « district de riches » au XIX^e siècle et les statistiques anglaises relèvent une relation inverse entre classe sociale et mortalité depuis 1911. Puis, en 1980, le rapport Black démontrait que plus on s'élève dans l'échelle sociale, plus les décès prématurés régressent.

Aujourd'hui, les études se multiplient et un constat demeure : malgré la réduction globale de la mortalité, malgré les progrès de la médecine, malgré les politiques d'accès universel et gratuit aux services de santé et services sociaux dans bon nombre de pays industrialisés, les pauvres sont en moins bonne santé et meurent à un âge moins avancé que les riches. À Montréal, nous faisons le même constat.

Tant chez les hommes que chez les femmes, l'espérance de vie à la naissance diminue avec le revenu. L'écart est plus net chez les hommes : près de 7 ans entre ceux à faible revenu et ceux à revenu élevé.

Une observation qui se répète

Cette relation entre la santé et le revenu, on l'observe pour la majorité des 140 indicateurs de santé d'une étude récente réalisée à la Direction¹. En plus d'un écart entre revenu inférieur et supérieur, on note généralement un gradient : c'est-à-dire que, dans une échelle de revenu, un individu situé à un niveau quelconque risque d'être en moins bonne santé que ceux des niveaux au-dessus et en meilleure santé que ceux des niveaux au-dessous.

¹ Certains de ces indicateurs sont présentés en annexe. De plus, le site web de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre propose des informations plus complètes sur cette étude (<http://www.santepub-mtl.qc.ca>).

À titre d'exemple, notre étude fait ressortir les excédents suivants dans le groupe de revenu le plus faible par rapport à celui à revenu le plus élevé, pour ne retenir que les extrêmes :

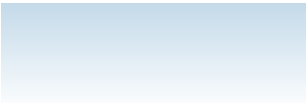
fécondité des adolescentes (15-19 ans) :	+ 589 %
suicide :	+ 111 %
mortalité par cancer du poumon :	+ 62 %
faible poids à la naissance :	+ 47 %
mortalité par cardiopathies :	+ 31 %
hospitalisations :	+ 31 %

Ce tableau éloquent ajoute, après la perception de la santé et l'espérance de vie à la naissance, un autre élément à la vue d'ensemble des inégalités sociales de la santé à Montréal. Nous reviendrons en détail sur ces questions aux différents âges de la vie.

La pauvreté à Montréal s'accroît

C'est la santé de la population qui nous intéresse en premier lieu, à titre d'organisation de santé publique. Mais sans vouloir jouer à l'économiste, nous voulons rappeler qu'au-delà des services de santé et des services sociaux, les déterminants de la santé d'une population sont aussi d'ordre socio-économique : économie forte, emplois stables et valorisants, revenu décent et bon niveau d'éducation.

Montréal a connu ces dernières années des fermetures d'entreprise, des licenciements massifs, des pertes d'emplois (6,3 % de 1990 à 1994 et 3,4 % de 1994 à 1996) accompagnés de l'exode de la classe moyenne supérieure vers la banlieue. D'un autre côté, bien des nouveaux venus qui permettent, bon an, mal an, de maintenir la population montréalaise autour de 1,8 million de personnes, sont à statut économique précaire. Que tout cela nous préoccupe comme responsable de la santé publique, on le comprendra aisément à la lumière des données présentées plus haut sur les inégalités sociales de la santé.



Notre intention n'est pas de débattre du contexte socio-économique mais de faire ressortir quelles en sont les retombées sur la santé. Pour ce faire, nous examinerons cinq réalités : les Montréalais sous le seuil de faible revenu, les bénéficiaires de la sécurité du revenu, les chômeurs, les travailleurs à statut précaire, les réfugiés et les nouveaux arrivants.

Plus qu'une simple question de revenu

Pour évaluer la pauvreté, nous utiliserons tour à tour les données sur le seuil de faible revenu et celles sur l'aide sociale. Mais l'importance accordée au revenu comme indicateur ne doit pas masquer le fait que la pauvreté est une réalité complexe, une réalité à composantes multiples : un ensemble de privations d'ordre matériel et social qui s'additionnent les unes aux autres — faible scolarisation, logement inadéquat, conditions de travail déficientes, inactivité économique, exclusion des processus de décision — et qui, dans leur forme extrême, conduisent à l'exclusion sociale.

Comment la pauvreté affecte-t-elle la santé ?

Sans apporter de réponses définitives, la recherche fournit des pistes intéressantes sur les liens entre la santé et la pauvreté. Le faible revenu ne serait pas la cause directe de la mauvaise santé. Pas plus que la privation occasionnelle des nécessités de base comme la nourriture, le vêtement, un toit, les soins, le logement et des habitudes de vie, ne sont les causes uniques d'un mauvais état de santé. Ce qui se passe, et qui est révélateur de la complexité des problèmes, c'est le fait que ces situations engendrent chez les personnes qui les vivent un sentiment de dévalorisation sociale et l'impression d'un manque d'emprise sur sa vie. Le stress de se voir « né pour un petit pain » et l'absence d'espoir de s'en sortir un jour contribuent à accentuer la vulnérabilité et la fragilité des individus, ouvrant ainsi la voie aux problèmes de santé physique et mentale.

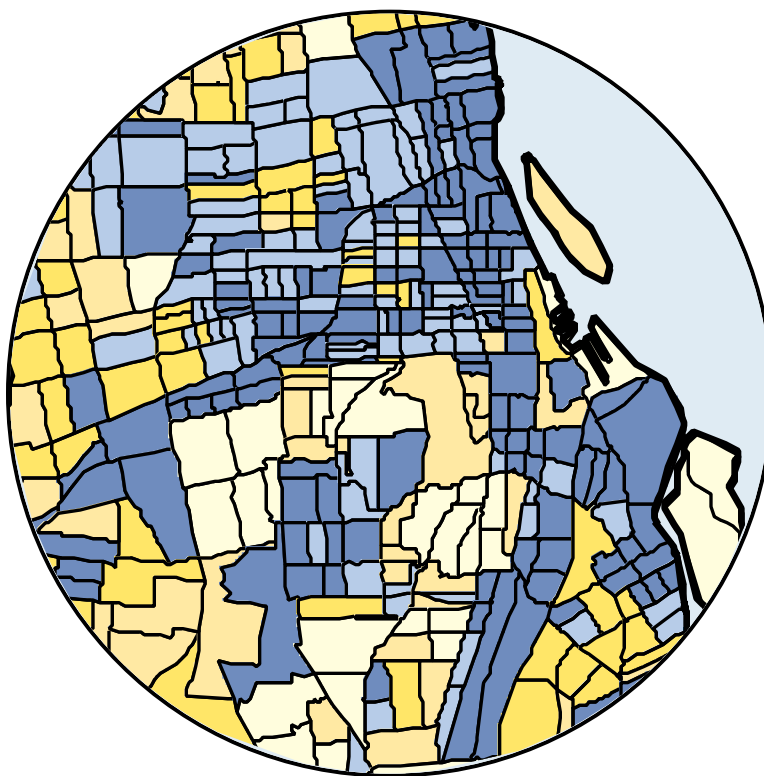
Un demi-million de Montréalais sous le seuil de faible revenu

Montréal occupe le premier rang au Québec pour le pourcentage de personnes sous le seuil du faible revenu. De 1985 à 1990, cette proportion

a légèrement baissé, de 29 à 28 %, mais il s'agit tout de même de près d'un demi-million de personnes, tandis qu'au Québec cette proportion a diminué de 22 à 19 %. Avec, dans les deux cas, davantage de femmes que d'hommes. Pour Montréal, nous estimons que la hausse observée au Québec depuis 1990 est également présente à Montréal.

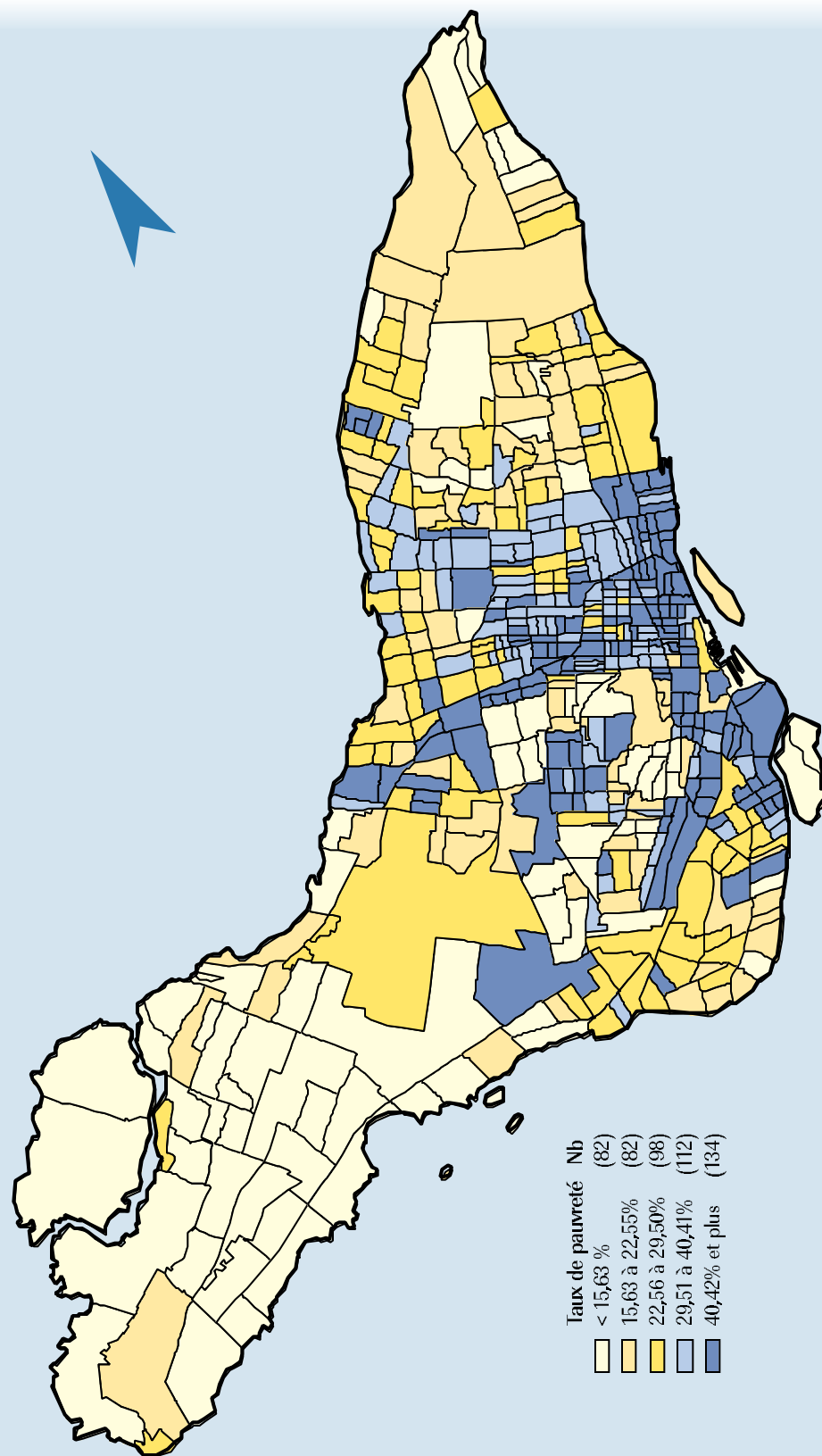
Mais Montréal a également un autre visage : la concentration de la richesse y est sans égale : certaines municipalités se démarquent avec les revenus moyens par ménage les plus élevés au Canada. D'autres, cependant, affichent un taux de faible revenu nettement plus important que la moyenne canadienne, comme la municipalité même de Montréal qui compte environ 330 000 personnes sous le seuil de faible revenu, soit les deux tiers de la région.

La carte de l'île de Montréal représentant les secteurs de recensement² selon le pourcentage de personnes sous le seuil de faible revenu démontre bien pourquoi certains parlent de deux Montréal. Elle illustre la concentration de la pauvreté dans le centre-sud et l'est.



² Unités territoriales comprenant de 2 000 à 8 000 personnes.

Pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu, selon le secteur de recensement, Montréal-Centre, 1990

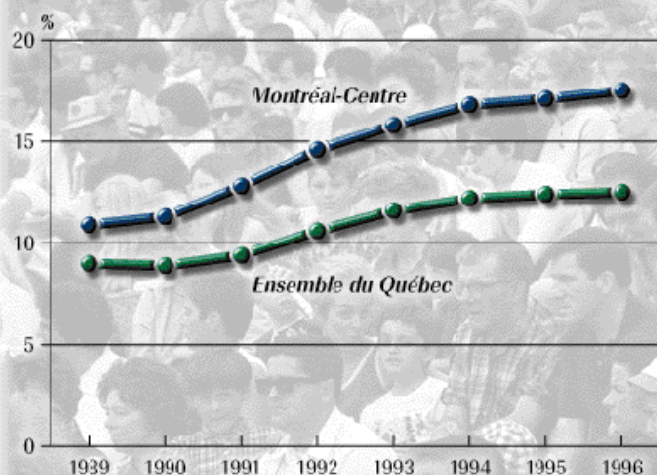


100 000 bénéficiaires de plus à la sécurité du revenu en 7 ans

Montréal occupe le troisième rang au Québec quant à la proportion de personnes vivant de la sécurité du revenu, autrement dit l'aide sociale.

fig. 4

Pourcentage d'assistés sociaux, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1989 à 1996



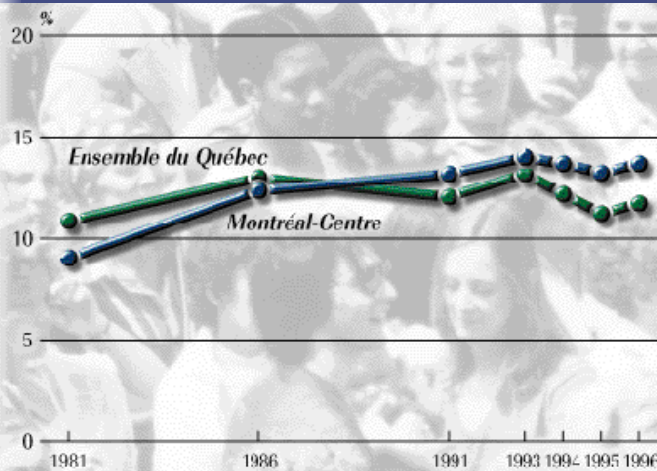
On sait que, depuis 1989, le nombre de bénéficiaires prend de l'ampleur partout au Québec, et plus vite encore à Montréal où il est passé de 11 à 18 % de 1989 à 1996. Quelles que soient les causes (moins d'emploi, assurance-chômage d'accès plus difficile et prestations de moindre durée), il reste que davantage de Montréalais dépendent de l'aide de l'État : de 1991 à 1996, il n'y a pas de doute que les Montréalais se sont appauvris. Par exemple, en 1995, sur le territoire de cinq CLSC du centre de l'île, plus de 30 % des résidents dépendaient de l'aide sociale.

Chômeurs et travailleurs pauvres

De 1991 à 1996, le taux annuel de chômage n'est jamais tombé sous les 13 %, toujours supérieur à celui du Québec, alors que, dans les années 80,

fig. 5

Pourcentage de chômeurs, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1981 à 1996



Montréal affichait une meilleure performance que le Québec. Ce renversement reflète bien le déclin de ces dernières années. En 1997, la tendance à la baisse du taux de chômage dans l'ensemble du Québec correspondrait à une légère croissance de l'emploi, mais ce n'est qu'avec le recul du temps qu'on verra s'il s'agit d'un véritable redressement. Ajoutons à ces chiffres les chômeurs de longue date, qui ne sont plus actifs dans la recherche d'emplois, les assistés sociaux, les travailleurs à temps partiel, qui représentent un Québécois sur cinq.

Or, dans certaines municipalités régionales de comté où la proportion des 15 ans et plus sans emploi est élevée, on a déjà démontré une fréquence supérieure de maladies et de problèmes sociaux, accompagnés d'un taux d'échec scolaire et de décrochage élevé, de délinquance, d'alcoolisme... Occuper un bon emploi non seulement procure un revenu décent, mais c'est aussi, en soi, un facteur de valorisation sociale qui facilite l'intégration ; cela augmente le sentiment de contrôle sur sa destinée et diminue le stress, deux concepts importants pour comprendre l'impact de la pauvreté sur la santé. Enfin, si le taux de chômage ne représente qu'une partie des exclus du marché du travail, il traduit quand même la situation de l'emploi.

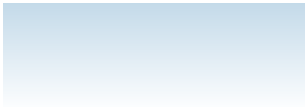
Avoir un emploi n'est pas toujours un rempart contre la pauvreté. Aujourd'hui, avec la précarisation du travail, bien des travailleurs dont l'emploi, à temps partiel, précaire ou mal rémunéré, ne suffit pas à les faire vivre convenablement, sont pauvres. Par ailleurs, la modeste reprise économique que l'on connaît ne donne pas lieu, selon certains observateurs, à une création d'emplois. C'est pourtant ce dont Montréal aurait bien besoin, car un emploi stable demeure souvent la solution à la pauvreté comme on le voit ci-après.

Pourcentage de la population sous le seuil de faible revenu selon la participation au marché du travail, 1991

	Nombre	% sous le seuil de pauvreté
Occupés	806 695	14,9 %
Chômeurs	122 425	40,6 %
Inactifs	522 005	41,6 %

Immigrants récents : une caractéristique montréalaise

La forte présence de réfugiés et d'immigrants récents à statut économique précaire est aussi une caractéristique montréalaise. Les statistiques du ministère de la Sécurité du revenu en témoignent : au printemps de 1996, 60 % des enfants bénéficiaires de l'aide sociale vivaient dans des familles dont les adultes sont nés en dehors du Canada. Ces nouveaux-venus sont généralement en bonne santé et très motivés à améliorer leur situation



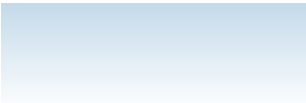
et celle de leurs enfants. Chez la plupart, cette pauvreté est circonstancielle : après quelques années, ces Montréalais d'adoption se tirent généralement bien d'affaire. Cependant, si la conjoncture économique ne s'améliore pas, ces nouveaux-venus pourraient demeurer plus longtemps dépendants de la sécurité du revenu ou encore dans des catégories d'emplois sous-payés et ne correspondant pas à leurs qualifications.

Pourquoi s'intéresser à la pauvreté ?

À Montréal, ce demi-million d'hommes et de femmes qui vivent sous le seuil du faible revenu — l'équivalent d'une région comme la Mauricie-Bois-Francs — jouissent d'une moins bonne santé que leurs concitoyens plus favorisés. C'est une constante, à travers le temps, à travers le monde développé : les plus pauvres meurent plus tôt et sont en moins bonne santé que les plus riches.

Après des années d'État-providence, avec l'accès universel et gratuit aux soins médicaux et hospitaliers et la mise en place de systèmes de protection sociale qui ont contribué à améliorer la santé et le bien-être, on constate que des inégalités persistent. Ceci constitue un défi majeur pour les décideurs, parce que diminuer le fardeau de problèmes de santé et de bien-être des groupes les plus désavantagés pourrait s'avérer la meilleure stratégie, ici comme ailleurs, pour améliorer la santé de la population dans son ensemble.

La situation, toutefois, n'est pas irréversible, croyons-nous. Ce n'est pas une fatalité. Montréal possède des atouts certains : c'est une grande ville, un centre économique majeur et un centre multiculturel, au cœur d'une région où vit près de la moitié de la population du Québec, bien équipée en ressources et en infrastructures, avec plusieurs universités, et dont la population jouit d'un bon niveau d'instruction. Montréal peut aussi compter sur d'autres types de dynamismes, notamment plusieurs centaines de groupes communautaires dans les quartiers, groupes qui sont proches des besoins de la population.



Pour qui s'intéresse à la santé publique, les inégalités sociales de la santé, c'est une préoccupation majeure. Or, on le sait, la solution appropriée n'est pas d'investir davantage dans le système de santé ou dans de nouvelles technologies : il faut plutôt s'attaquer à la source de ces écarts et mener des actions bien ciblées pour éviter que ces inégalités ne s'aggravent.

Dans les sections 3 à 6, ci-après, nous passons à l'examen de santé de la population montréalaise aux différents âges de la vie, les tout-petits, les jeunes, les adultes et les aînés.

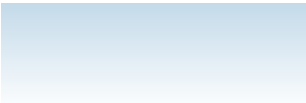


3 *Partir du
bon pied :*

Les tout-pe tits de 0 à 5 ans

« **D**ONNER À CHAQUE ENFANT du Québec les conditions propres à assurer son développement à son plein potentiel, et ceci dès les tout premiers moments de sa vie, s'est imposé comme la façon la plus inspirante de prévenir les problèmes graves chez les enfants. »

Un Québec fou de ses enfants



La très grande majorité des enfants de Montréal bénéficient des conditions nécessaires à leur développement en santé. Cependant, ils n'arrivent pas tous égaux dans la vie.

Dans ce contexte, nous nous inquiétons surtout des tout-petits des milieux très défavorisés, en situation de précarité, et de leurs familles. On parle ici de logements surpeuplés ou insalubres, de carences alimentaires, de relations familiales perturbées, d'habitudes de vie nocives, de manque de soutien social, d'absence d'installations récréatives. Parmi les facteurs explicatifs d'une telle situation, on identifie entre autres la fragilité des liens familiaux dans notre société. Tous ces facteurs peuvent compromettre le développement des jeunes enfants.

On sait en effet que la pauvreté et son cortège de privations laissent trop souvent des séquelles qui accompagneront ces enfants toute leur vie, et qu'ils transmettront peut-être à leurs propres enfants. Néanmoins, il ne faudrait surtout pas en conclure que tous les enfants de familles pauvres souffrent nécessairement de ces carences. Comme le souligne *La Politique de la santé et du bien-être*, « la plupart des familles pauvres réussissent à fournir un contexte approprié à leurs enfants », précisant que l'environnement social dans lequel évolue une famille est déterminant : « à pauvreté égale, les secteurs les moins à risque sont ceux où l'environnement offre le plus de soutien social. »

Quelle priorité choisir dans un contexte économique et politique qui impose des restrictions ? Sans hésiter, les tout-petits des milieux les plus défavorisés et leurs familles. Heureusement, tant au niveau local, régional que provincial, il y a consensus sur cette priorité et la nécessité d'agir tôt et de soutenir les familles avec jeunes enfants et créer des milieux plus favorables.

Le quart des enfants à l'aide sociale

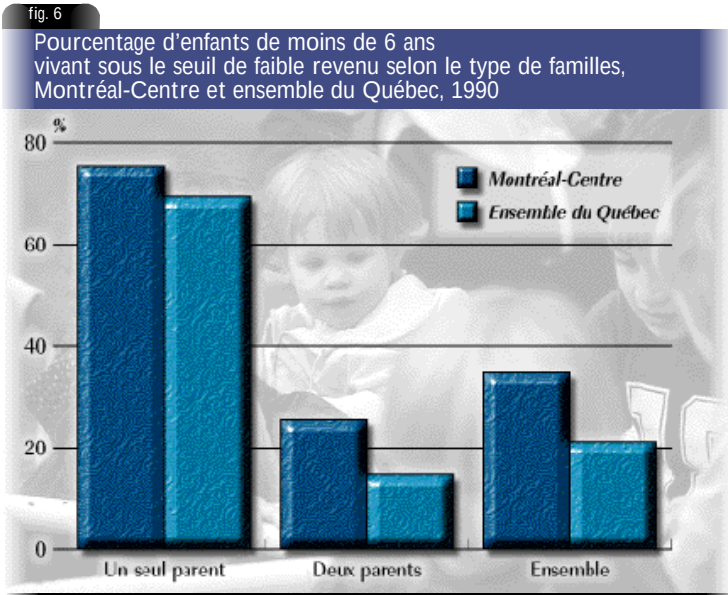
Combien y a-t-il d'enfants pauvres à Montréal ? Deux indicateurs, la proportion de tout-petits vivant sous le seuil du faible revenu et la proportion de ceux vivant de prestations de la sécurité du revenu nous donnent une idée des difficultés des familles avec jeunes enfants, et donc de l'ampleur de la pauvreté chez ces familles.

La pauvreté des tout-petits est un phénomène plus marqué à Montréal : plus d'un enfant sur trois, soit environ 43 000, alors qu'il s'agit d'un

enfant sur cinq pour l'ensemble du Québec.

De plus, chez les familles monoparentales, cette proportion monte à trois enfants sur quatre. Ceci devrait retenir l'attention du fait que Montréal compte bien davantage d'enfants de moins de 6 ans vivant dans des familles à un seul parent (19 % à 12 %).

En outre, ces dernières années, les familles avec jeunes enfants semblent s'être appauvries davantage : de 20 % qu'ils étaient en 1990, les enfants de moins de 6 ans vivant de prestations de la sécurité du revenu étaient de 27 % en 1996.



Influences de la pauvreté sur la santé

Quand une famille se trouve en situation de très grande pauvreté, les tout-petits peuvent en souffrir de multiples façons : manque de stimulation et de socialisation, abus, négligence, violence familiale, absence du père ; carences nutritionnelles; carie dentaire ; détérioration de l'environnement physique, due notamment au tabagisme du parent; maladies contagieuses évitables par vaccination; blessures, brûlures, intoxications, sans compter que les services à la petite enfance sont souvent peu intégrés et discontinus dans ces milieux¹. Ces problèmes, évitables, peuvent toucher tous les enfants mais sont plus fréquents et plus graves chez les plus pauvres.

Pour illustrer ces inégalités, nous avons retenu trois indicateurs dont on peut suivre facilement l'évolution dans le temps : la mortalité infantile, le faible poids à la naissance et les hospitalisations. En outre, pour donner un aperçu des problématiques psychosociales, nous traiterons plus loin des abus et de la négligence envers les tout-petits.

¹ *L'état de situation pour la région de Montréal—Partenaires pour la santé et le bien-être des tout-petits*, 1996. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

La mortalité infantile : d'excellents résultats

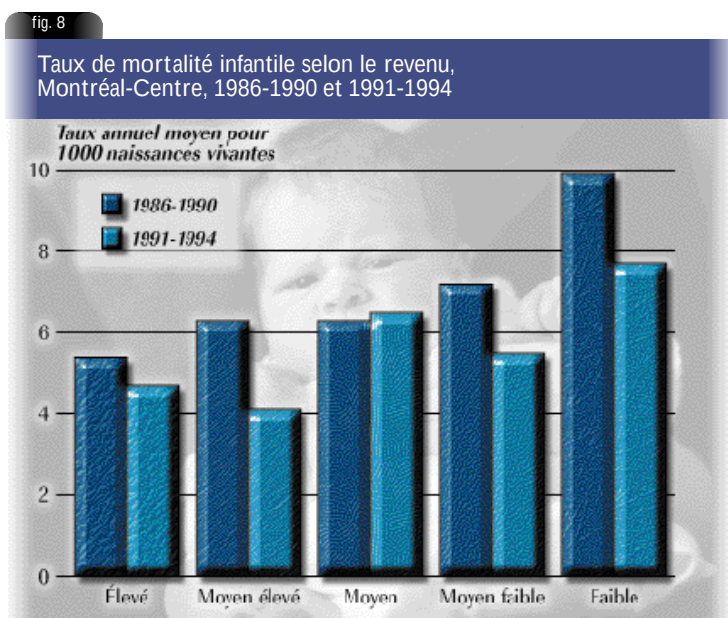
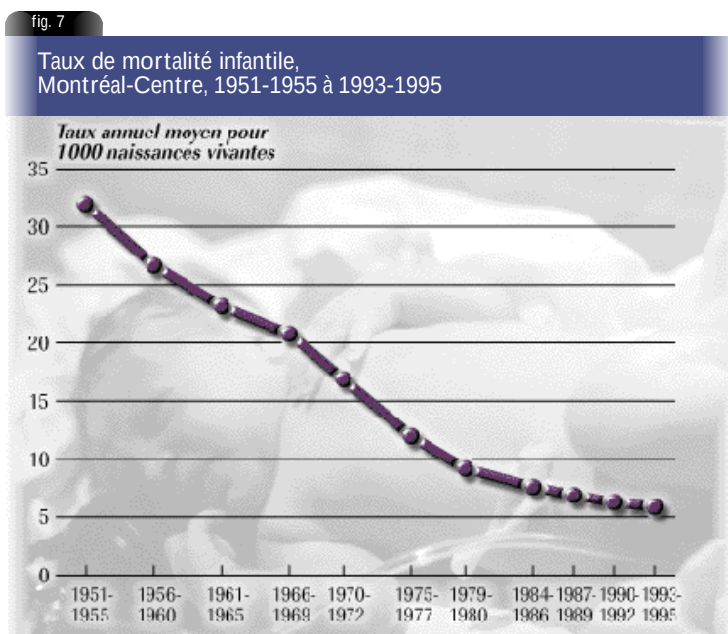
Même dans les pays où les services de santé sont très accessibles, la mortalité des enfants de moins d'un an demeure souvent associée à la pauvreté et à la faible scolarité des parents.

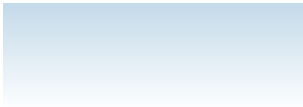
Chez nous, depuis 40 ans, la mortalité des enfants de moins d'un an régresse constamment. Au début des années 50, perdre un enfant à la naissance ou dans sa première année était fréquent : de 32 pour 1 000, la mortalité infantile a chuté à 6 pour 1 000 en 1993-1995.

Aujourd'hui, à l'instar de l'ensemble du Québec, du Canada, des pays scandinaves et de quelques pays européens, Montréal, affiche un taux de mortalité infantile parmi les meilleurs au monde, devant les États-Unis (9 pour 1000), la France (8 pour 1000) et le Royaume-Uni (7 pour 1000), mais derrière le Japon (4 pour 1000).

Mais des inégalités qui persistent

Ces chiffres masquent cependant des inégalités marquées. Dans notre région, la mortalité infantile suit une tendance inverse à celle du revenu : elle augmente graduellement des zones à revenu élevé aux zones à revenu faible. En 1986-1990, avec 10 décès par 1 000 naissances, l'ensemble des zones de pauvreté enregistrait un taux près du double de celui des zones à revenu plus élevé.





En 1991-1994, cependant, la situation semble s'être améliorée et l'écart a rétréci : le taux est passé sous les 8 pour 1 000 pour l'ensemble des zones à faible revenu, alors qu'il est autour de 5 pour les zones à revenu élevé, une différence qui demeure inacceptable parce qu'elle peut être comblée. À cet égard, il faut préciser que, depuis 10 ans, des efforts marquants ont été consacrés à des programmes en prévention et en soins périnataux en milieu défavorisé, ce qui explique sans doute cette amélioration.

Améliorer la situation est possible, on le sait. En effet, près de 50 % des décès dans la première année sont attribuables à des affections périnatales — complications à la grossesse et à l'accouchement touchant le fœtus, prématurité et poids insuffisant à la naissance — pour lesquelles il existe des mesures préventives.

Faible poids à la naissance : une cible prioritaire

Règle générale, plus de 9 nouveaux-nés sur 10 pèsent au moins 2,5 kilos. À un poids inférieur, les bébés, dits de poids faible ou insuffisant, courent plus de risques (mortalité, maladies et problèmes de développement). Or, dans plus d'un cas sur deux, insuffisance de poids et prématurité (37 semaines) vont de pair ; puisqu'on sait comment prévenir ces deux problèmes, il faut insister sur la prévention, notamment auprès des mères de moins de 18 ans et de celles de plus de 35 ans qui, on le sait, sont plus à risque.

À Montréal comme au Québec, la tendance à la baisse du taux de faible poids semble s'être arrêtée aux environs de 6 %, alors que les Maritimes, l'Ouest et l'Ontario ont déjà atteint un meilleur taux (5,4 %). Ailleurs, la Finlande et l'Islande, par exemple, ont atteint depuis 10 ans déjà un taux inférieur à 4 %, soit l'objectif que vise *La Politique de la santé et du bien-être*. Réduire les naissances de faible poids doit donc demeurer prioritaire d'autant plus que cet objectif n'est pas en voie d'être atteint selon les prévisions.

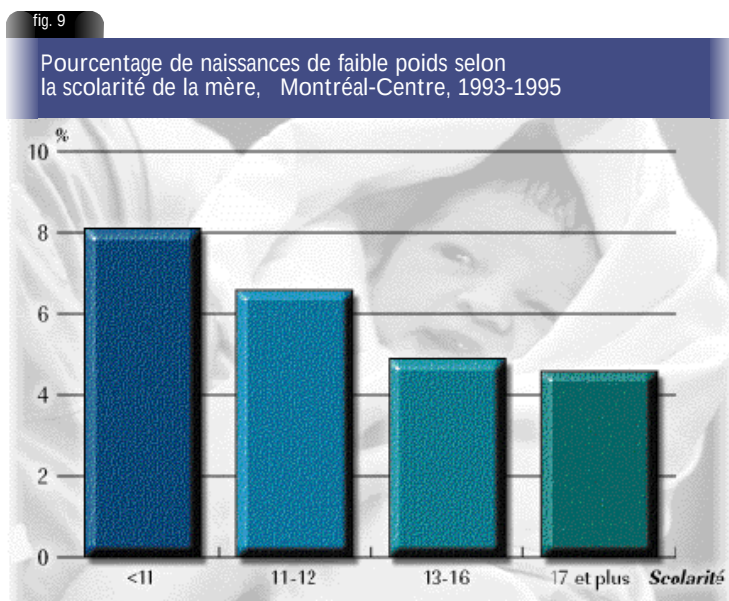
Réduire les inégalités est possible

Un autre gradient marqué s'observe en fonction de la scolarité de la mère : plus elle est élevée, plus la proportion de naissances de faible poids est faible.

Chez les mères ayant 11 ans et moins de scolarité, le taux est double de celui chez celles en ayant 17 et plus. La faible scolarité joue ici le même rôle que le revenu : elle caractérise le niveau socio-économique de la famille où naît l'enfant.

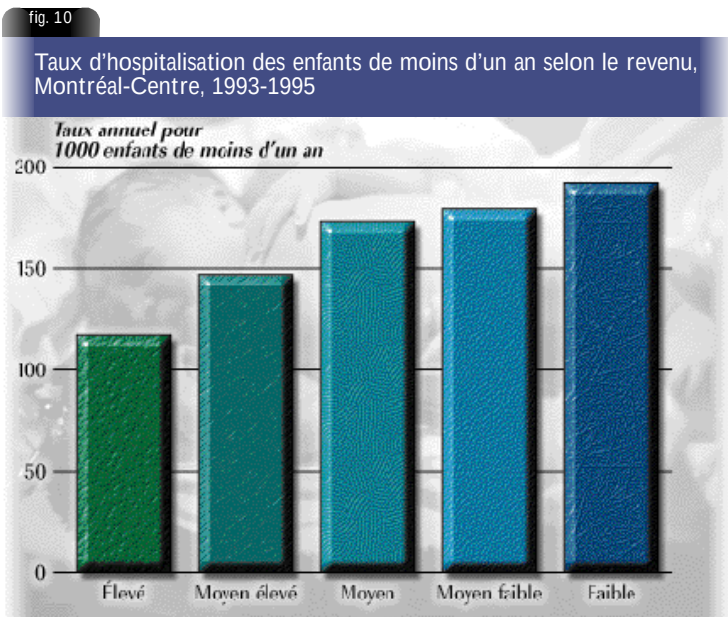
En milieu défavorisé, le risque de bébés de faible poids, déjà plus élevé, est amplifié par le taux de fécondité chez les adolescentes, qui est six fois supérieur à celui en milieu favorisé. Parmi les facteurs de risque connus, outre l'âge, on note une alimentation déficiente de la mère ainsi qu'une grande maigreur, un poids inférieur à 45 kilos et le tabagisme. Comme ces facteurs sont modifiables, c'est là que doivent porter les interventions en prévention, pendant le suivi de grossesse, même s'ils sont peu faciles à changer vu les circonstances de vie des mères.

Nous pouvons agir : il s'agit de créer des environnements plus favorables à la naissance et au développement d'enfants en santé. En effet, d'après les expériences en cours, nous pouvons compter sur l'efficacité de programmes comme *Naître égaux — Grandir en santé*. Lancé en 1989, ce programme vise à donner un coup de main aux familles en situation de grande pauvreté. On a démontré son impact positif, entre autres sur le poids du nouveau-né, sur la proportion de naissances à terme et sur la réduction des décès périnataux. La stratégie repose sur un regroupement intersectoriel local (organismes communautaires, garderies, CLSC, Centre Travail Québec, Direction de la santé publique). Les partenaires développent un plan d'action commun axé sur les besoins des familles, et leurs réalisations sont des plus intéressantes : amélioration des conditions de vie (nutrition notamment), soutien au parent, développement de



l'enfant, suivi individuel intégré, accompagnement vers divers groupes communautaires. La Régie régionale et une équipe de notre Direction appuient ces projets sur 8 territoires de CLSC considérés défavorisés. Comme le demande les *Priorités nationale de santé publique : 1997-2002*, nous comptons rejoindre, grâce à ce programme, au moins 50 % des femmes enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté d'ici 2002.

Des causes d'hospitalisation évitables



La fréquence des hospitalisations plus élevée en milieu défavorisé reflète, à son tour, les inégalités en santé : l'excédent des hospitalisations est de 65 % chez les enfants de moins d'un an et de 55 % chez ceux de 1 à 4 ans.

Les maladies de l'appareil respiratoire arrivent au premier rang des causes d'hospitalisation, soit quatre sur 10. L'association avec le tabagisme dans la famille étant démontrée, améliorer l'environnement éviterait déjà une partie de ces hospitalisations. Quant aux blessures — 6 % en tout, ce qui n'est pas négligeable — les chutes à domicile comptent

pour plus de la moitié des hospitalisations pour blessures chez les enfants de moins d'un an et plus du tiers chez les 1 à 5 ans. On ne note des écarts selon le niveau socio-économique que pour les blessures excluant les chutes à domicile (brûlures par liquides chauds, objets brûlants, matière corrosive ou vapeur d'eau, chutes d'appareil de jeu dans les parcs), où le risque est accru en milieu défavorisé.

On voit donc que la prévention est là aussi possible : créer des environnements plus sécuritaires et promouvoir la sécurité conduirait sûrement à réduire ces écarts dans l'hospitalisation accrue des tout-petits en milieu défavorisé.

Violence et négligence : donner une voix aux tout-petits

Les tout-petits maltraités ou négligés sont absolument seuls. Sans défense et sans voix, totalement dépendants de leur milieu familial, ils ne peuvent eux-mêmes aller chercher réconfort vers des ressources extérieures comme les plus âgés.

Sans épargner aucune couche de la société, la violence et la négligence envers les enfants vont souvent de pair avec pauvreté et misère ainsi qu'avec un soutien social faible. Ces parents subissent divers stress, un revenu faible notamment, amplifiés de problèmes comme la détresse affective et la toxicomanie. L'isolement social semble aussi être commun.

La pointe de l'iceberg

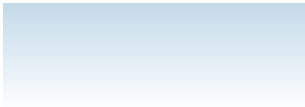
À l'heure actuelle, l'ampleur réelle de ces situations demeure inconnue mais on estime que les cas signalés à la Direction de la protection de la jeunesse, la DPJ, ne seraient que la pointe de l'iceberg.

Il ne s'agit pas en effet de cas marginaux : en 1995, la DPJ a retenu pour évaluation 1 505 cas d'enfants de moins de 6 ans et, dans 50 % des cas, on en a conclu que la sécurité de l'enfant était compromise. La négligence vient au tout premier rang des motifs de signalement alors que les abus sexuels, les plus médiatisés, sont en proportion moindre.

- | | |
|-------------------------------------|--------|
| • 1 172 situations de négligence | (78 %) |
| • 163 abus physiques | (11 %) |
| • 131 abus sexuels | (9 %) |
| • 33 abandons | |
| • 6 cas de troubles de comportement | |

La Loi de protection de la jeunesse, en vigueur depuis 1979, a instauré un bon système de signalement. Désireux d'y adjoindre un meilleur système de prévention, en 1990, le gouvernement a donné de grandes orientations visant à privilégier les stratégies combinant l'intervention individuelle de protection et des mesures globales d'intervention à la source. La Direction de la santé publique apporte sa contribution à ces programmes.

« Débuter dans la vie sans la sécurité d'une famille aimante et protectrice, être l'objet de colères et de frustrations non méritées, avoir faim ou froid, n'être que jamais ou rarement cajolé, partir du mauvais pied dans la vie est à la fois tragique et inacceptable. »
Cal Gutkin M.D.



Orientations : mieux vaut prévenir

La priorité absolue, dans le contexte actuel d'appauvrissement et de fortes pressions sur les ressources, ce sont les tout-petits en milieu défavorisé parce qu'ils sont sans voix. Voilà pourquoi nous recommandons de poursuivre une action forte à partir de quatre orientations :

- appliquer les stratégies à l'échelle de la communauté ainsi qu'à l'échelle familiale et individuelle;
- soutenir les familles en difficulté et être présents auprès d'elles;
- appuyer les initiatives et les dynamismes communautaires (maison des parents, de la famille...);
- revaloriser le rôle de parent, aider à développer le lien d'attachement parent-enfant ainsi qu'améliorer le sentiment de compétence parentale.

Pour ce faire, les efforts doivent être menés sur deux plans : promotion et soutien de tous les acteurs à l'échelle du quartier et de la région et promotion de politiques publiques. Surtout en milieu défavorisé, le partenariat et la concertation sont la clé de la prévention, surtout entre l'hôpital, le CLSC et le médecin traitant. En second lieu, c'est tout le milieu qui doit appuyer les objectifs — groupes communautaires, milieu de l'éducation et de garde, municipalité, Régie régionale, sécurité du revenu, sécurité publique, et familles elles-mêmes.

Enfin, à l'échelle de l'État, il faut mettre de l'avant des politiques donnant priorité aux tout-petits en milieu de pauvreté et à leur famille, que ce soit des programmes de transfert (politiques familiales et sécurité du revenu) ou des politiques (d'emploi et de logement) aidant les familles à sortir de la pauvreté chronique et favorisant l'intégration.



4 Le temps des apprentissages :

Les jeunes de 6 à 24 ans

NOUS CONSTATONS, comme la majorité des intervenants travaillant auprès des jeunes¹, que la majorité d'entre eux sont en bonne santé. Les jeunes eux-mêmes se perçoivent ainsi malgré un contexte souvent difficile : ils disent avoir de la volonté, de la résistance au stress et de grandes capacités d'adaptation et d'apprentissage. Selon l'expression consacrée par le rapport Un Québec fou de ses enfants, les jeunes constituent « une formidable force du présent ».

Mais, tout comme chez les tout-petits, les jeunes Montréalais ne sont pas égaux face à l'avenir. Beaucoup expérimentent la dure réalité de la pauvreté² : manque d'argent, échec ou décrochage scolaire, précarité de l'emploi, isolement, solitude, perte de l'estime de soi. Ils sont pauvres et en portent l'étiquette. Malgré tous les services existants, ils n'arrivent pas à satisfaire leurs besoins essentiels, ils se voient dans un cul-de-sac, à l'école, sur le marché du travail, dans le réseau. Sans avenir. Si rien n'est fait pour eux, les conséquences sur les plans individuel et social peuvent être graves.

¹ « Jeunes » désigne tant les enfants d'âge scolaire (6-11 ans) que les adolescents (12-17 ans) et les jeunes adultes (18-24 ans), donc des groupes ayant leurs caractéristiques propres.

² Voir *Dites à tout le monde qu'on existe*, Avis sur la pauvreté des jeunes, Conseil permanent de la jeunesse.

Davantage de jeunes défavorisés

Les jeunes sont relativement plus nombreux sous le seuil de faible revenu à Montréal que dans l'ensemble du Québec : plus de 128 000, soit environ 30 %, contre 18 % au Québec. Dans les familles monoparentales, c'est près de 60 % des 6-17 ans qui vivent sous le seuil de faible revenu, par rapport à 20 % dans les familles biparentales.

Pour Montréal, les données les plus récentes datent de 1990 : cette proportion a légèrement baissé de 1985 à 1990, mais la tendance à l'échelle du Québec étant à la hausse depuis 1991, il est probable qu'il en va de même à Montréal.

En outre, de plus en plus de jeunes doivent compter sur l'aide sociale : de 1991 à 1996, la proportion d'enfants et d'adolescents vivant de la sécurité du revenu a pratiquement doublé, passant d'environ 10 à 20 %.

La situation de ces jeunes, qui sont parmi les plus pauvres, nous inquiète.

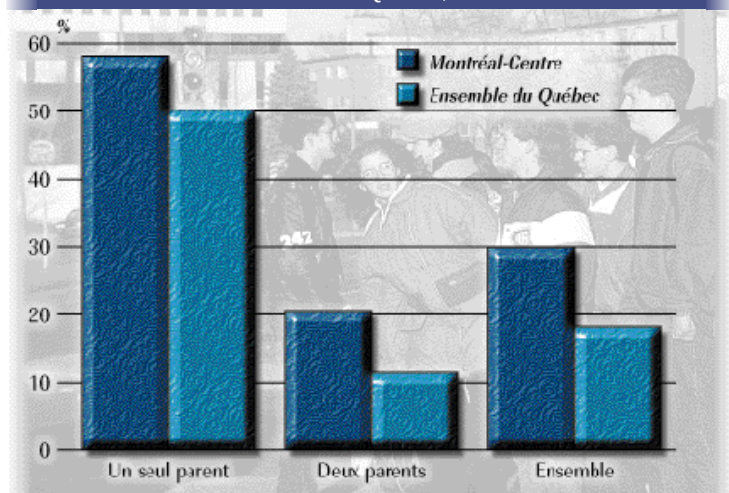
Un emploi de plus en plus difficile à trouver

La situation des jeunes qui sont sur le marché du travail et qui ne trouvent pas d'emploi, soit qu'ils aient décroché ou qu'ils aient terminé leur formation, nous préoccupe en raison du lien observé entre un emploi et une meilleure santé.

Combien de jeunes sont dans cette situation ? C'est difficile à évaluer, le parcours scolaire n'étant pas toujours uniforme. Nous savons tout de même qu'en 1991, par exemple, plus de 50 % des jeunes de 20 à 24 ans n'avaient pas fréquenté l'école pour une période d'au moins 9 mois, donc se trouvaient disponibles pour occuper un emploi. Même si le taux de chômage ne représente qu'une partie de la réalité des jeunes qui ne travaillent pas et qui ne sont pas dans un parcours scolaire, il donne

fig. 11

Pourcentage de jeunes de 6-17 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon le type de familles, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1990



une idée du problème. Les taux de chômage les plus élevés, c'est chez les jeunes qu'on les trouve : à Montréal, autour de 20 % chez les 15-24 ans. Ce chômage reflète, d'une part, l'évolution négative du marché du travail où il est plus difficile de s'intégrer et, d'autre part, la situation aggravante des jeunes sous-scolarisés ou décrocheurs qui se trouvent encore plus désavantagés par la situation économique actuelle.

De grands écarts sur le plan de la réussite scolaire

Plus on est scolarisé, plus on a de chances de trouver un emploi stable et qui procure un bon revenu. L'éducation améliore l'aptitude à gérer sa vie,

aide à faire face aux changements, renforce le sentiment de maîtriser son destin. Ce sont tous là des facteurs qui influencent positivement la santé.

Une des priorités du plan d'action ministériel pour la réforme de l'éducation vise à soutenir l'école montréalaise. Le constat majeur à la base de cette action est justement les inégalités de l'école montréalaise quant à la réussite scolaire.

Avant-dernier rang aux examens de fin du secondaire

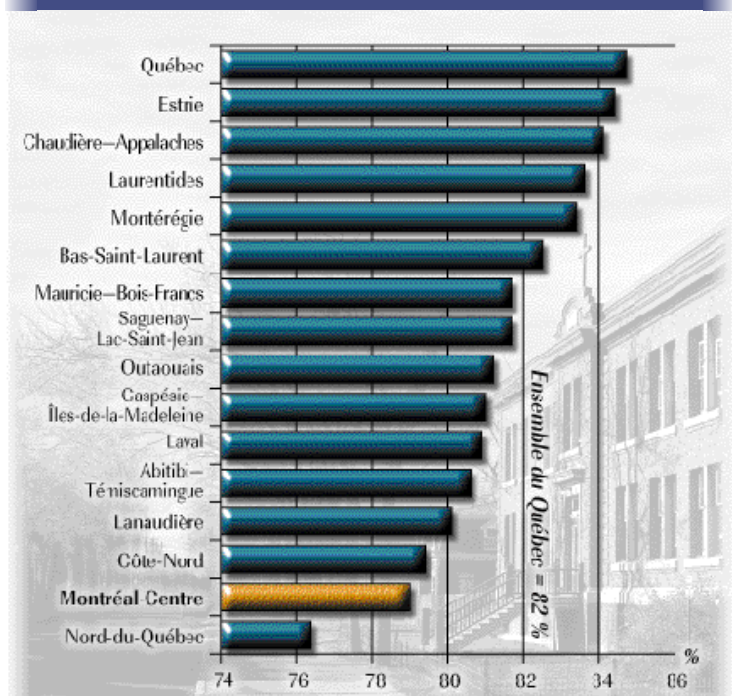
Pour l'ensemble de ses commissions scolaires, Montréal, en 1994, se classe sous la moyenne québécoise et à l'avant-dernier rang de toutes les régions pour la réussite aux examens de la fin du secondaire, juste avant le Nord-du-

Québec, ce qui témoigne bien des difficultés particulières que connaît l'école montréalaise.

On observe des écarts significatifs entre les secteurs de l'île. Les écoles en milieu défavorisé, qui souvent sont aussi celles qui accueillent en grand nombre les nouveaux arrivants, éprouvent plus de difficultés.

fig. 12

Taux de réussite aux épreuves à la fin du secondaire selon la région administrative, Québec, juin 1994



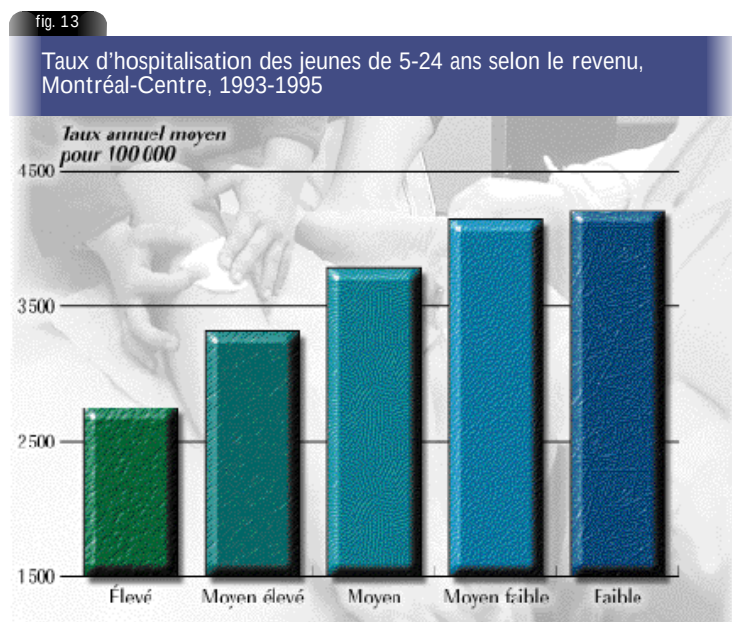
Dans ces écoles, le pourcentage d'élèves présentant un retard scolaire est presque le double de celui des écoles en milieu mieux nanti : soit 34 % à la dernière année du primaire et 65 % à la première année du secondaire, par rapport à 18 et 35 % respectivement.

On fait le même constat pour le taux de diplomation après 7 ans de scolarité, un indicateur qui tient compte du retard scolaire et du décrochage. Dans la cohorte d'élèves entrée en première secondaire en 1987, 67 % ont obtenu le diplôme en 1994, la même proportion que dans l'ensemble du Québec. Le pourcentage de non-diplômés est donc très élevé (33 %), mais il varie énormément d'une commission scolaire à l'autre, soit de 4 à 40 %. Nous constatons que cette situation est, elle aussi, associée au statut socio-économique : presque toutes les écoles fréquentées par des élèves de milieux défavorisés présentent les taux de diplomation les plus faibles.

Bref, les jeunes de milieux défavorisés de Montréal souffrent d'un double handicap : non seulement ils sont pauvres, mais ils peuvent moins compter que d'autres sur ce levier qu'est l'éducation pour s'en sortir. Sur le plan de la santé et du bien-être, cela nous préoccupe et c'est pourquoi il faut appuyer l'école montréalaise, surtout en milieu défavorisé. L'échec scolaire n'étant souvent que le symptôme de problèmes auxquels sont confrontés les élèves et leurs familles.

Influence de la pauvreté sur la santé

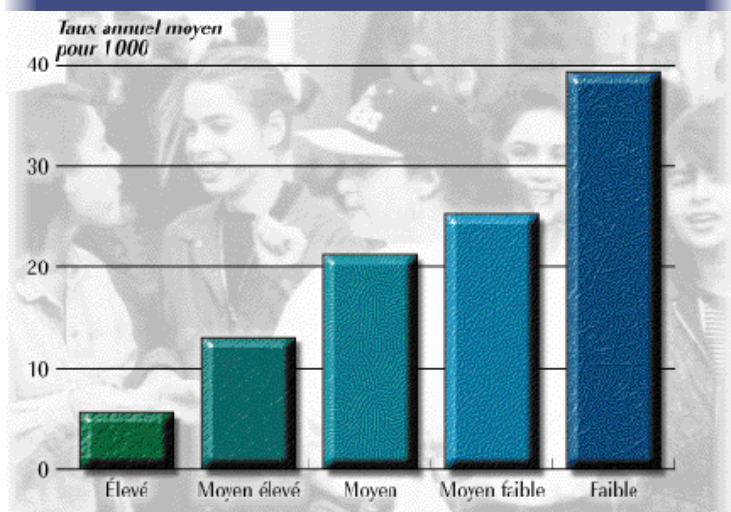
La santé et le bien-être des jeunes de 6 à 24 ans sont étroitement liés à leur statut socio-économique. De même, la fréquence d'hospitalisation chez les 6 à 24 ans nous indique que, plus le revenu est faible, plus le taux d'hospitalisation est élevé : entre le groupe de revenu faible et celui de revenu élevé, l'excédent atteint près de 67 %. Nous allons examiner ci-après d'autres indices assez clairs.



6 fois plus de grossesses chez les adolescentes à faible revenu

fig. 14

Taux de fécondité des filles de 15-19 ans selon le revenu, Montréal-Centre, 1991-1994



Dans leur ensemble, les Montréalaises de 15-19 ans affichent des taux de grossesse de 40 % supérieurs à ceux du Québec — avec un taux d'interruption volontaire de grossesse dépassant de plus de 70 % celui de l'ensemble du Québec. Mais la différence est encore plus frappante selon le niveau socio-économique. Le taux de fécondité des adolescentes — qui ne tient compte que des naissances vivantes — s'élève rapidement à mesure que le revenu diminue : il est près de 6 fois supérieur chez les jeunes filles à revenu faible.

Malnutrition et excès de poids chez les écoliers

Selon Santé Québec, le problème d'excès de poids touche l'ensemble de notre société mais, d'après des données récentes, il est encore plus manifeste chez les jeunes, particulièrement en milieu défavorisé. En effet, d'après une étude auprès d'enfants de 9 à 12 ans de 24 écoles de quartiers multiethniques et défavorisés de Montréal, il y avait presque autant d'écoliers présentant un excès pondéral que d'élèves de poids normal, notamment chez les garçons (48 % contre 42 %). Cette situation est inhabituelle. Cela fait beaucoup d'enfants courant un risque accru d'obésité à l'âge adulte ainsi que celui de développer plusieurs maladies : hypertension, diabète, cholestérol élevé et maladies du cœur et des vaisseaux sanguins. À Montréal, chez les 15 ans et plus, hommes et femmes, l'obésité touche déjà une proportion considérable d'individus : une personne sur 4 environ présentait un surpoids en 1992-1993, selon Santé Québec.

De plus, des inégalités du côté des carences alimentaires, tant en quantité qu'en qualité, s'observent entre les groupes plus favorisés et les autres. Par exemple, à l'élémentaire, les écoliers présentent davantage de risques

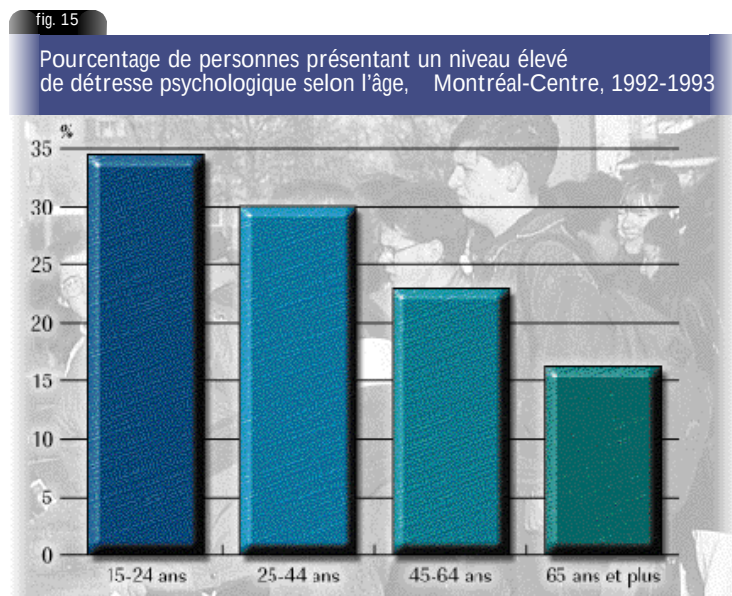
de malnutrition dans les quartiers défavorisés, où l'apport moyen en calcium est inférieur aux apports recommandés. Or, on sait que la faible performance scolaire est associée à la malnutrition.

Les jeunes, plus vulnérables à la détresse psychologique

La détresse psychologique a servi de mesure de la santé mentale dans les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 : on voulait estimer le pourcentage de la population présentant des symptômes qui pourraient amener à avoir besoin d'aide spécialisée.

Soulignons que le groupe des 15-24 ans présente l'indice le plus élevé de détresse psychologique : plus du tiers d'entre eux en souffrent (34,5 %).

Les données actuelles ne permettent pas de comparer les jeunes de milieux défavorisés aux autres. Cependant, pour l'ensemble de la population, il ressort que la détresse psychologique croît à mesure que décroît la catégorie de revenu. De plus, on a démontré qu'une faible scolarisation, des réseaux sociaux insuffisants et une mauvaise perception de sa santé vont de pair avec un indice de détresse psychologique élevé. À nos yeux, ces facteurs doivent exercer une influence similaire sur la santé mentale des jeunes Montréalais.



Le suicide : première cause de décès

Première cause de décès chez les jeunes de 18 à 24 ans, Montréal affiche dans cette catégorie d'âge une moyenne de 31 décès par an (surtout des garçons) et 70 hospitalisations pour tentatives. Nous savons que, chez les jeunes, ce sont les 20-24 ans qui présentent le taux de suicide le plus élevé. Nous reviendrons sur la question du suicide à la section sur les adultes (p. 47). Pour ce qui est du lien avec le statut socio-économique, on sait que, tous âges confondus, le suicide touche deux fois plus de personnes chez les groupes à revenu faible.

Drogues, prostitution, VIH-sida : les jeunes itinérants

Combien y a-t-il exactement de jeunes itinérants à Montréal ? On ne dispose que d'évaluations du nombre de ceux qui, à un moment ou à un autre, vivent dans la rue. Certains parlent de 2 000 jeunes de 18 à 30 ans, d'autres de 4 000 jeunes de 12 à 35 ans, mais on ne le peut le savoir avec précision parce que l'itinérance prend des formes variées et est donc difficile à cerner : épisodique, ponctuelle, à répétition ou continue.

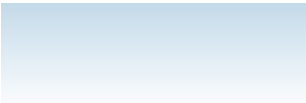
Ces jeunes sont exposés à de sérieux problèmes de santé, notamment des infections qui comportent un risque marqué de propagation et auxquelles est associée une morbidité élevée — VIH, hépatites B et C et MTS. En outre, la consommation de drogues à haut risque (vu l'utilisation de seringues), les pratiques sexuelles non sécuritaires et la prostitution sont très fréquents.

Dix fois plus de VIH

Selon une étude que nous avons réalisée en 1995 auprès de 919 jeunes de la rue âgés de 13 à 25 ans, le taux d'infection au VIH y était 10 fois plus élevé que dans la population, 36 % d'entre eux s'étaient déjà injecté des drogues (dont 58 % avec des seringues usagées), et 37 % des filles et 21 % des garçons disaient s'être déjà prostitués.

Voilà pourquoi nous avons poursuivi notre étude, pour connaître l'évolution des comportements de ces jeunes, au plan de leur sexualité, de la consommation de drogues ainsi que des facteurs liés à la prise de risque et aux changements de comportement. La phase 2 est en cours.

Après un suivi de sept mois, nous constatons que 7 % des jeunes se sont injecté des drogues pour une première fois, 12 % de ceux qui l'avaient déjà fait ont recommencé, 10 % ont emprunté une seringue usagée pour une première fois et 6 % d'entre eux se sont prostitués pour une première fois. Par ailleurs, 63 % disent avoir sérieusement songé à se suicider, dont 38 % au cours de la dernière année. En fait, le taux de mortalité chez eux est 10 fois plus élevé que dans leur tranche d'âge, surtout par suicide et surdose. De plus, les taux d'infection à l'hépatite B (9 % contre moins de 5 % dans la population) et à l'hépatite C (10 % contre moins de 1 % dans la population) sont très élevés.



Déjà, ces données se sont avérées très utiles dans la planification d'interventions mieux adaptées et plus efficaces. Un projet est en cours visant à rallier divers partenaires régionaux travaillant auprès de ces jeunes autour d'un plan de services intégrés de prévention et de dépistage (MTS, VIH, grossesse à l'adolescence, vaccination contre l'hépatite B, dépistage de l'hépatite C, dépistage et suivi en toxicomanie).

Plus de violence chez les jeunes couples

La source profonde de la violence conjugale relève d'une problématique sociale très large qui touche tant les individus que les institutions : les rapports de domination et d'inégalité entre hommes et femmes. On possède peu de données sur l'ampleur du phénomène mais on sait qu'à Montréal, le taux d'infraction relatif à la violence conjugale est 70 % plus élevé que dans le reste du Québec. Soulignons que le taux d'infraction est une sous-représentation du taux réel de violence.

La violence faite aux femmes se répercute à tout âge, mais elle est plus manifeste dans les jeunes couples. Selon Statistique Canada (1993), les jeunes femmes constituent un groupe très vulnérable : le taux d'agression par le conjoint y est quatre fois plus élevé. De même, Santé Québec (1995) estime que le plus haut taux de victimes se trouve dans ce groupe.

Sachant que les comportements acquis à l'adolescence se répercutent souvent à l'âge adulte, ce sont bien les jeunes qu'il faut cibler comme le prévoit l'une de nos priorités régionales. De fait, le comité « Montréal dit NON à la violence faite aux femmes » mène une campagne de communication visant à informer et à sensibiliser les jeunes. Déjà, en 1995, la Régie régionale avait retenu la prévention de la violence faite aux femmes comme une priorité et, en 1996, le gouvernement du Québec énonçait sa politique pour prévenir, dépister et contrer la violence conjugale.

Enfin, même si, dans tous les milieux socio-économiques, des femmes déclarent des situations de violence, celle-ci s'explique par un ensemble de facteurs interreliés, et la pauvreté et la dépendance économique et psychologique à l'égard du conjoint sont considérées comme facteurs de vulnérabilité. De fait, ce sont les Canadiennes avec un revenu de ménage inférieur à 15 000 \$ qui présentaient le taux de violence le plus élevé (Statistique Canada, 1993).

Orientations : mieux collaborer avec tous les secteurs

Les inégalités sociales de la santé des jeunes Montréalais posent de nombreux défis. Les problèmes sont connus, mais complexes, aussi les solutions ne sont pas simples. Pour ces problèmes de nature à la fois sociale, familiale et personnelle, seules des approches novatrices qui rejoignent tant les jeunes que leur famille, leur milieu de vie et l'environnement social en général, peuvent amener des changements. C'est le sens de notre interpellation.

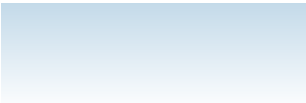
Dans un contexte de rationalisation, il nous faut continuer d'investir énergies et ressources dans les secteurs où vivent en grand nombre des jeunes vulnérables, d'autant plus que le développement optimal des jeunes est l'une des priorités régionales.

À l'heure actuelle, cinq territoires de CLSC reçoivent de la Régie régionale un soutien professionnel et financier pour quatre stratégies :

1. développement des compétences personnelles et sociales en milieu scolaire;
2. accompagnement soutenu et intensif des jeunes vulnérables;
3. soutien et développement des compétences parentales;
4. aménagement de milieux favorables.

De plus, en collaboration avec les Centres jeunesse et les centres communautaires, nous avons mis en place un ensemble d'interventions préventives MTS-VIH auprès des jeunes très vulnérables, soit ceux gravitant autour des Centres jeunesse et ceux de la rue.

Enfin, en prévention et promotion, il demeure des besoins mal comblés. C'est pourquoi, dans la foulée d'une conférence réunissant les partenaires régionaux de la prévention, le consensus s'est établi autour d'une concertation sur des orientations ralliant tous les acteurs.

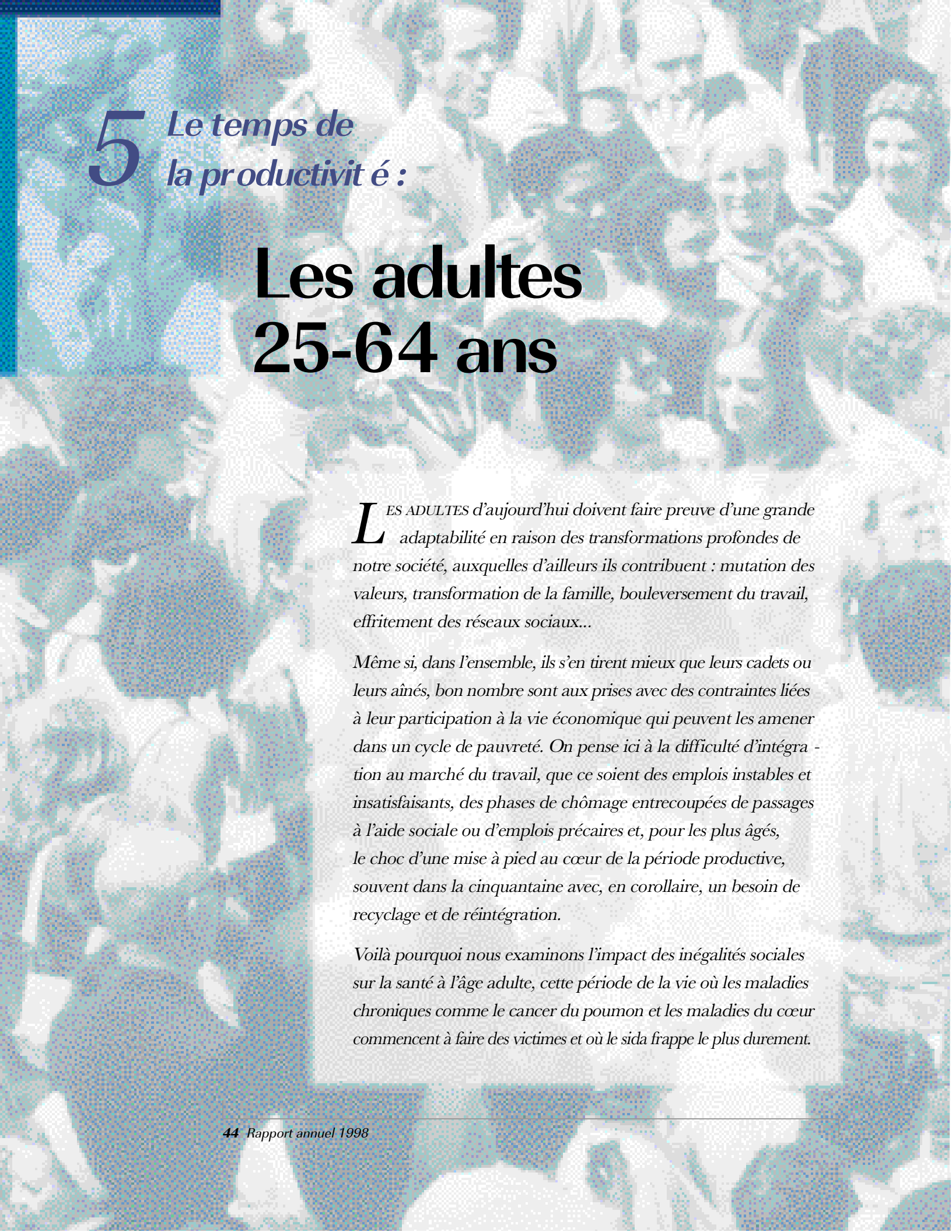


Trois des orientations fixées ont trait au développement optimal des jeunes, et sont en lien direct avec leur situation socio-économique, surtout en milieu défavorisé :

- intégrer les jeunes par la réussite en éducation, la création d'emploi et le développement de l'employabilité;
- soutenir la concertation école—communauté;
- accompagner les jeunes en difficulté.

Dans le cadre d'un fonds spécial, les intervenants de l'île ont proposé des projets concertés et novateurs qui démarreront au début de 1998.

C'est autour de ces trois orientations que nous souhaitons un meilleur arrimage intersectoriel, entre l'école et la communauté, pour répondre avec efficacité aux besoins des jeunes et de la communauté. Pour notre part, à la Direction de la santé publique, nous croyons pouvoir jouer un rôle positif en favorisant la collaboration entre les services de santé et les services sociaux, l'école, la famille et la communauté.



5 *Le temps de la productivité :*

Les adultes 25-64 ans

*L*ES ADULTES d'aujourd'hui doivent faire preuve d'une grande adaptabilité en raison des transformations profondes de notre société, auxquelles d'ailleurs ils contribuent : mutation des valeurs, transformation de la famille, bouleversement du travail, effritement des réseaux sociaux...

Même si, dans l'ensemble, ils s'en tirent mieux que leurs cadets ou leurs aînés, bon nombre sont aux prises avec des contraintes liées à leur participation à la vie économique qui peuvent les amener dans un cycle de pauvreté. On pense ici à la difficulté d'intégration au marché du travail, que ce soient des emplois instables et insatisfaisants, des phases de chômage entrecoupées de passages à l'aide sociale ou d'emplois précaires et, pour les plus âgés, le choc d'une mise à pied au cœur de la période productive, souvent dans la cinquantaine avec, en corollaire, un besoin de recyclage et de réintégration.

Voilà pourquoi nous examinons l'impact des inégalités sociales sur la santé à l'âge adulte, cette période de la vie où les maladies chroniques comme le cancer du poumon et les maladies du cœur commencent à faire des victimes et où le sida frappe le plus durement.

Près du quart des adultes sous le seuil de faible revenu

Si, à tout âge, le pourcentage de personnes sous le seuil du faible revenu est élevé, les 45-54 ans sont les moins nombreux dans cette situation (19 %) par rapport aux autres adultes, plus jeunes et plus âgés, dont le quart vivent sous le seuil du faible revenu. Soulignons aussi qu'à tous les âges les femmes sont plus pauvres, si l'on prend le faible revenu comme critère.

Davantage de 30 à 44 ans à la sécurité du revenu

La même tendance se reflète dans les données de la sécurité du revenu de 1996. Les adultes sont donc en meilleure position que les plus jeunes : il y a une démarcation bien nette entre les moins de 18 ans et les autres. De plus, dans le groupe adulte, ce sont les 45 à 54 ans les moins touchés (13 %) tandis que les 30-44 ans le sont davantage (17 %).

Beaucoup de chômeurs de 25 à 44 ans

La proportion de chômeurs diminue avec l'âge et comme la masse des travailleurs sont des adultes, ce sont eux qui ont été les plus touchés par le chômage élevé des dernières années. À Montréal, le chômage frappe davantage les hommes de 25 à 44 ans, soit près de 14 % ; après 45 ans, ce sont les femmes.

À nos yeux, le chômage des adultes de 25-34 ans et des plus de 55 ans reflète, au moins en partie, la difficulté d'intégrer le marché du travail,

fig. 16

Pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu selon l'âge, Montréal-Centre, 1990

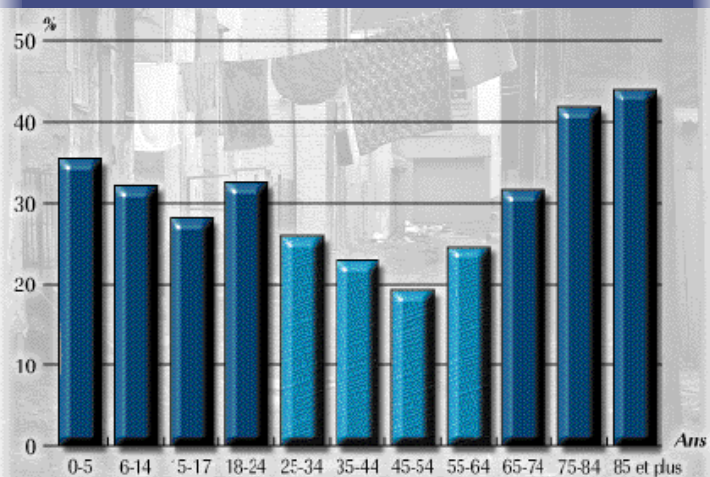
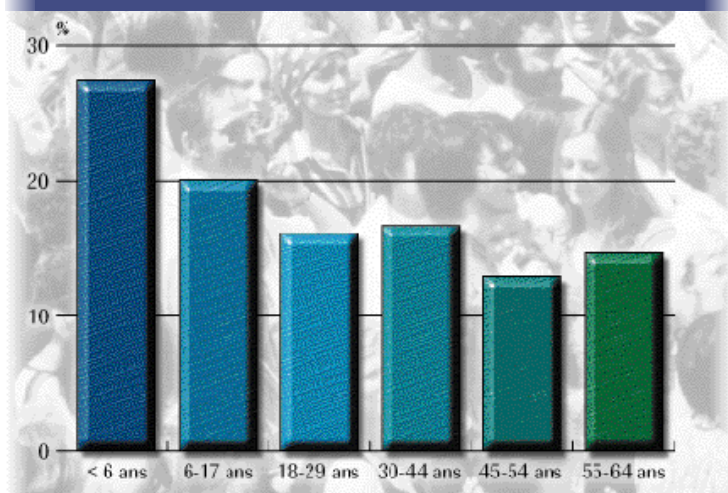


fig. 17

Pourcentage d'assistés sociaux selon l'âge, Montréal-Centre, 1996



d'une part, et de le réintégrer après une mise à pied, d'autre part. Quant aux femmes de plus de 45 ans, celles qui arrivent sur le marché du travail après une séparation ou après plusieurs années à la maison sont les plus susceptibles de se heurter à ces difficultés.

L'isolement social : les hommes plus vulnérables

Pouvoir compter sur un réseau social fort — conjoint, enfants, parents, amis, voisins, compagnons de travail — est un facteur très important

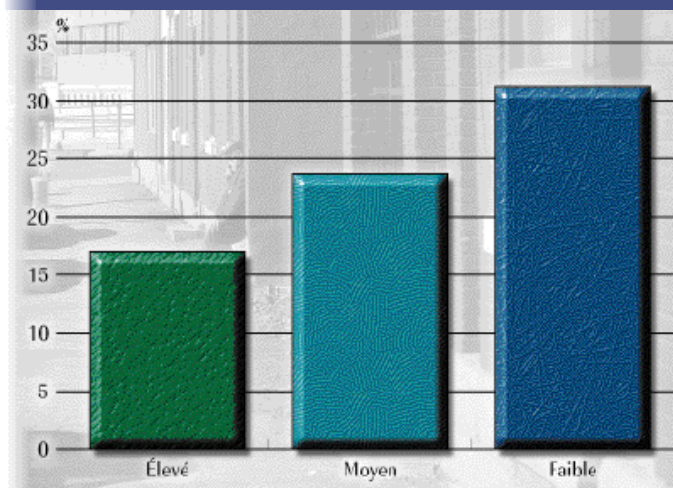
pour la santé et le bien-être. Nombre d'études établissent un lien entre un soutien social faible et les problèmes de santé. L'indice de soutien social — la contrepartie positive de l'isolement social — mesure en fait trois dimensions interreliées : le degré de participation à la vie sociale, la satisfaction de sa vie sociale et la taille du réseau de soutien.

C'est chez les adultes, surtout les hommes de 45-64 ans, qu'on mesure le plus souvent un indice de soutien social faible (25 %). Par ailleurs, Montréal ne se distingue pas vraiment du Québec quant à cet indice (22 contre 20 %)

même si davantage de gens vivent seuls à Montréal (18 contre 12 %). Mais la relation entre soutien social et niveau de revenu est très nette : presque deux fois plus dans le groupe à revenu faible que dans celui à revenu élevé.

fig. 18

Pourcentage de personnes 25-64 ans ayant un indice de soutien social faible selon le revenu, Montréal-Centre, 1992-1993



Influence de la pauvreté sur la santé

La détresse psychologique augmente

Pour mieux comprendre les facteurs prédisposants à la détresse psychologique, et donc faciliter la prévention, il faudrait mettre en relation cet indicateur avec le degré d'isolement social ou la pauvreté.

Les données actuelles ne le permettent pas mais on dispose cependant de quelques pistes. Les enquêtes montrent que la pauvreté, une faible scolarisation et un réseau de soutien social faible sont associés à un niveau de détresse élevé. De ce fait, les adultes pauvres présentant ces caractéristiques n'échappent sans doute pas à un niveau de détresse élevé.

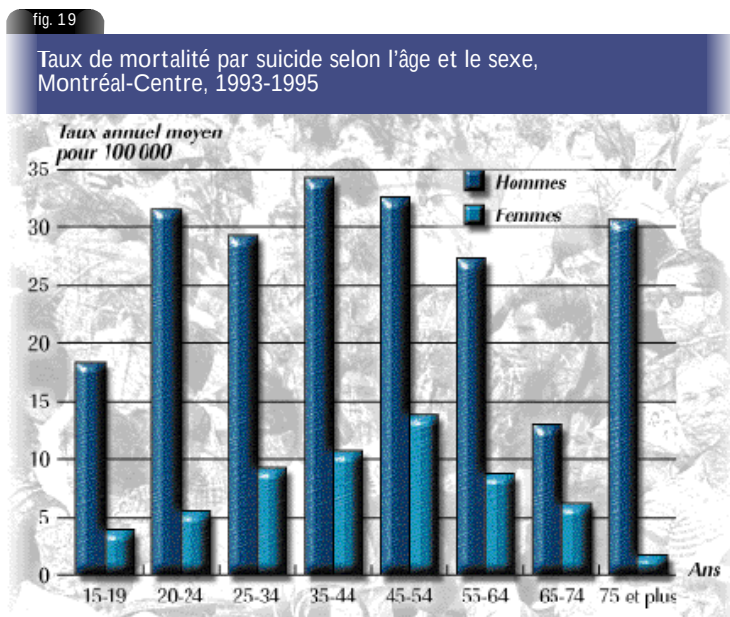
On note que les Montréalais ne sont pas plus touchés que l'ensemble des Québécois, les taux étant similaires (27 et 26 %) et que, mis à part les jeunes de 15 à 24 ans, ce sont les 25-34 ans qui présentent le plus haut taux de détresse psychologique, soit 30 %. De plus, entre les deux enquêtes (1987 et 1992-1993), une tendance à la hausse s'observe tant à Montréal (21 à 27 %) qu'au Québec. Ceci n'est peut-être pas étranger à la détérioration socio-économique. Les prochaines enquêtes devront donc suivre cet indicateur de près pour faciliter la prévention.

Le suicide : en progression

Nous ne traitons ici que de la mortalité par suicide même si le phénomène est bien plus large. En effet, d'après le fichier des décès et l'enquête sociale et de santé de 1992-1993, en un an, pour une personne qui se suicide, il y a deux hospitalisations pour tentative, 23 personnes qui tentent de se suicider et 169 qui ont eu des idées suicidaires sérieuses.

Les groupes de Montréalais les plus vulnérables sont les 35-44 ans, suivis des 45-54 ans puis des 20-24 ans. Par contre, dans l'ensemble du Québec, les plus touchés sont les jeunes de 20 à 24 ans.

Par ailleurs, à tout âge et partout au Québec, beaucoup plus d'hommes que de femmes se suicident et, chez les femmes, le phénomène augmente jusqu'à 54 ans pour retomber ensuite ; inversement, chez les hommes, le suicide augmente fortement après 75 ans.



La progression du suicide se fait sentir depuis 1992 à Montréal, et depuis un peu plus longtemps pour l'ensemble du Québec. Pour 1993-1995, la hausse est de 14 % par rapport à la période précédente, avec une moyenne annuelle de 275 décès. Il pourrait sembler contradictoire d'observer que Montréal compte le plus faible taux de suicide au

Québec, tout en affichant le plus haut taux de pauvreté, alors que dans notre région on observe une forte association entre pauvreté et suicide. Ceci s'explique par le fait que la relation entre conditions socioéconomiques et suicide s'avère très complexe. Le suicide n'est pas causé par la pauvreté, pas plus que par tout autre facteur pris isolément : c'est un ensemble de facteurs liés tant à l'individu qu'à son environnement qui sont en cause.

En somme, même si Montréal semble relativement un peu moins touchée que l'ensemble du Québec, on y note une remontée des suicides depuis environ 5 ans. Nombre de ces

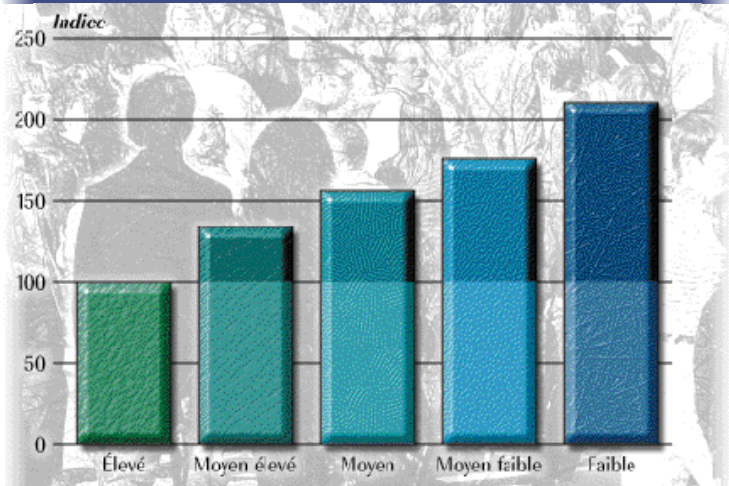
décès pourraient être évités. Il est important de rehausser le niveau de priorité accordée à cette problématique. Le Québec, une des régions au monde qui compte le plus haut taux de suicide chez les 15-44 ans, en a fait une de ses priorités nationales de santé publique.

Le tabac : des acquis bien fragiles

Autre facteur important de mortalité prématurée et évitable : le tabac. Chez les hommes et les femmes de 45-64 ans, le cancer du poumon et les maladies coronariennes sont les deux premières causes de mortalité. C'est bien connu, le tabac est directement associé à plus de 80 % des cancers du poumon et à au moins 30 % des maladies coronariennes, sans compter son impact sur la santé respiratoire et la santé du fœtus ainsi que les effets de la fumée environnementale. On calcule que, dans les pays développés, durant les années 90, environ 30 % de tous les décès chez les personnes âgées de 35 à 69 ans sont attribuables au tabac, ce qui en fait la première cause de décès prématurés.

fig. 20

Indice de mortalité par suicide selon la catégorie de revenu, Montréal-Centre, 1991-1994



Le tabagisme augmente chez les jeunes filles

Un constat positif, cependant : en 1992-1993, Montréal comptait 100 000 fumeurs de moins qu'en 1987, une réduction de 5 %. Moins de fumeurs qui, de plus, fumaient moins : en effet, 10 % déclaraient fumer plus de 25 cigarettes par jour contre 18 % cinq ans plus tôt. Néanmoins, les données québécoises de 1996 indiquent une montée persistante du tabagisme chez les jeunes : déjà, chez les Montréalais de 25 à 44 ans, la proportion approche 40 % et, de 1991 à 1994, chez les filles du secondaire, les fumeuses ont plus que doublé, passant de 17 à 37 %.

En outre, le tabac est considérablement plus répandu chez les groupes à faible revenu : le tabagisme baisse graduellement du groupe à revenu faible (44 %) à celui à revenu élevé (29 %). Dans certains groupes plus démunis, où la quasi totalité des gens fument, cette habitude, une dépendance, est imbriquée dans des réalités sociales ou personnelles complexes et exige des interventions de plusieurs ordres.

Le total des décès attribués au tabac suit la même distribution que l'usage de la cigarette : plus le revenu est bas, plus il y a de victimes. Dans le groupe à faible revenu, il dépasse de 62 % celui du groupe à revenu élevé ; pour les maladies coronariennes, c'est 31 % de plus ; pour le cancer du poumon, à 62 %, l'excès de mortalité est encore plus marqué.

fig. 21

Pourcentage de fumeurs de 15 ans et plus selon le revenu, Montréal-Centre, 1992-1993

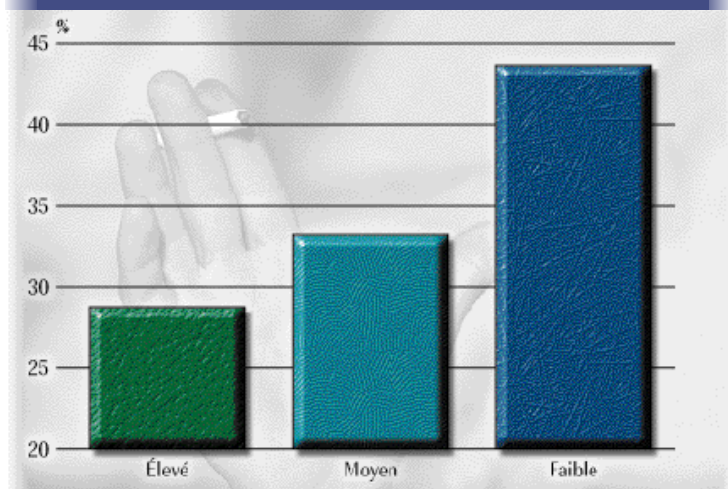
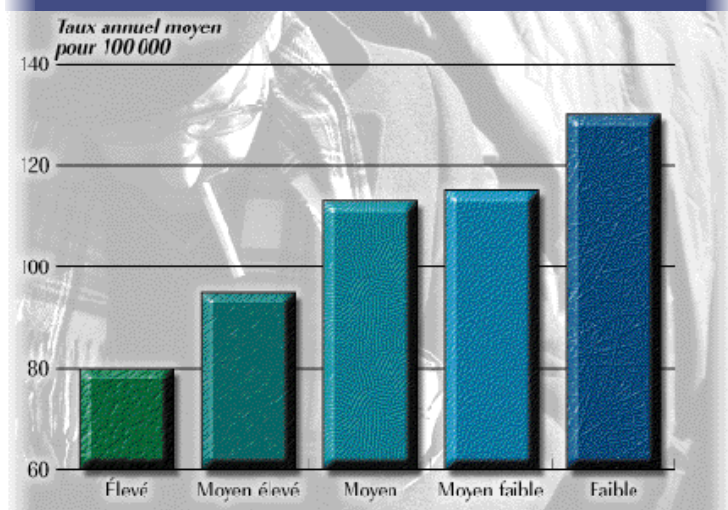


fig. 22

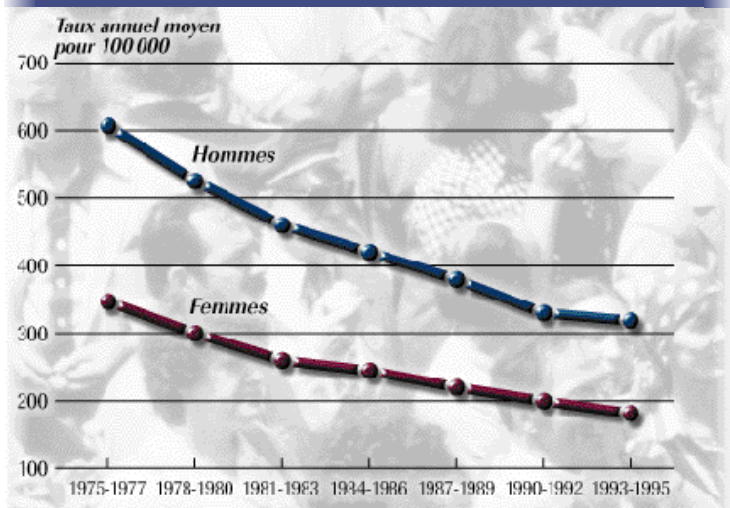
Taux de mortalité attribuée au tabagisme selon le revenu, Montréal-Centre, 1991-1994



La santé du cœur : de mieux en mieux

fig. 23

Taux de mortalité par maladies cardiovasculaires, Montréal-Centre, 1975-1977 à 1993-1995



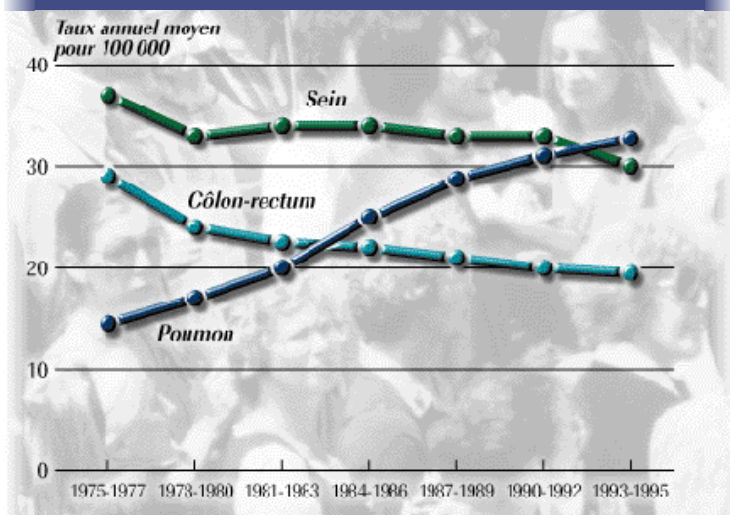
Bonne nouvelle, la mortalité par maladies cardiovasculaires décroît depuis plus de 20 ans à Montréal, comme au Québec et au Canada avec lesquels Montréal se compare favorablement. Selon les experts, les efforts de prévention (réduction du tabagisme, habitudes alimentaires plus saines, contrôle de l'hypertension et du cholestérol sanguin, pratique de l'activité physique) y sont pour beaucoup de même que l'amélioration du traitement. Mais, des gains sont encore possibles puisque certaines populations, la France, par exemple, affichent un meilleur taux : il est inférieur de 25 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes.

Cancer du poumon : hausse épidémique chez les femmes

Depuis 1992, le cancer du poumon a dépassé le cancer du sein comme cause première de mortalité par cancer chez les femmes. En effet, alors que régresse un peu la mortalité par cancer du sein et du colon-rectum, la mortalité par cancer du poumon enregistre une hausse dramatique

fig. 24

Taux de mortalité des femmes selon le cancer, Montréal-Centre, 1975-1977 à 1993-1995



depuis 20 ans chez les femmes, partout au Québec. Le cancer du poumon demeure cependant moins fréquent chez la femme que le cancer du sein. D'ici quelques années, par contre, le cancer du poumon risque d'être encore plus dévastateur, surtout que le dépistage du cancer du sein ainsi que son traitement s'améliorent constamment.

Les jeunes femmes doivent donc davantage prendre conscience de la grave menace que constitue le tabac pour leur santé. Le tabagisme, surtout en milieu défavorisé et chez les jeunes filles, demeure un enjeu majeur de santé publique.

Le cancer du sein : priorité nationale et régionale

Le cancer du sein demeure, par sa fréquence et la mortalité qu'il cause, un problème de santé publique prioritaire. On a diagnostiqué, de 1991 à 1993, une moyenne annuelle de 1 108 nouveaux cas et, de 1993 à 1995, une moyenne de 412 décès par an. À la différence du cancer du poumon qui touche plus les démunis, le cancer du sein se distribue plus également. La lutte au cancer du sein est une priorité régionale et nationale : un programme de dépistage systématique est en phase d'implantation à l'échelle du Québec.

Sida : la prévention toujours prioritaire

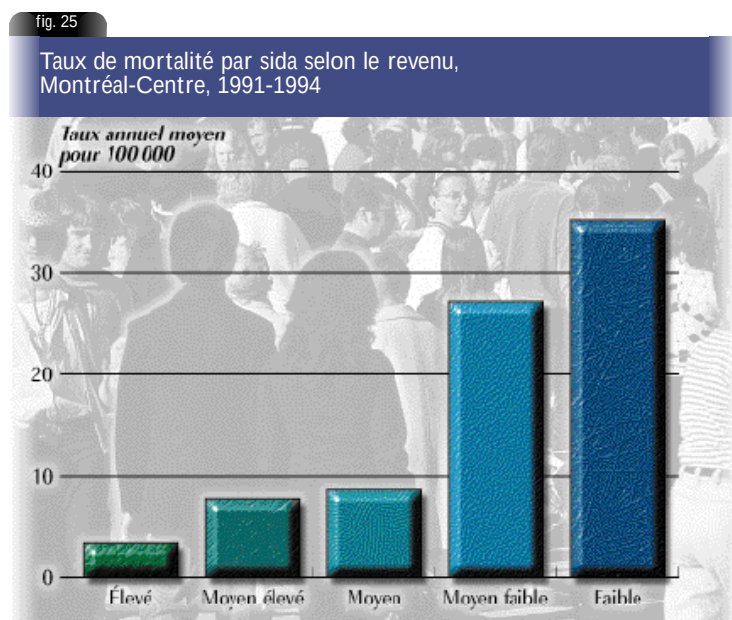
Le sida est une réalité plus présente à Montréal où, au 31 mars 1997, on a enregistré 3 706 cas depuis le début de l'épidémie, soit 77 % des cas au Québec. D'une part, les hommes jeunes, surtout les 25-44 ans, sont les plus touchés et, d'autre part, mourir du sida, c'est souvent mourir pauvre. Le taux de décès par groupe de revenu démontre qu'on meurt 10 fois plus du sida dans le groupe à revenu faible.

Quant à interpréter ce lien qui semble se renforcer entre pauvreté et sida, cela demeure difficile. On peut penser à plusieurs hypothèses non exclusives.

Par exemple, un statut socioéconomique plus élevé — reflété par le revenu et l'éducation — favorise en général l'adoption de comportements préventifs.

Par ailleurs, et c'est même certain pour une partie du groupe, la pauvreté des sidéens peut être une conséquence de cette maladie, que les nouveaux traitements maintiennent en vie plus longtemps.

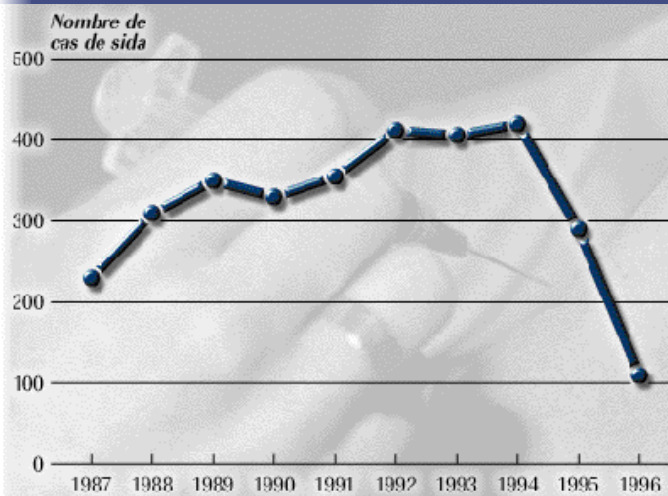
Le nombre de décès à survenir en zones défavorisées pourrait également être gonflé du fait qu'il existe une forte concentration, pour divers motifs, du principal groupe touché dans un secteur particulier de la ville et de la présence dans ce secteur d'un hôpital et de cliniques qui traitent beaucoup de personnes atteintes.



Depuis 1994, les cas déclarés diminuent tandis qu'ils croissaient constamment jusqu'alors. Les nouveaux médicaments peuvent y avoir contribué en retardant l'apparition du sida chez les personnes infectées par le VIH. Toutefois, selon les experts, il est prématuré d'y voir une victoire sur le sida, la baisse des cas déclarés pouvant être artificielle. Certaines données canadiennes suggèrent même que le nombre de porteurs du virus, facteurs de propagation, continue d'augmenter d'année en année. Il faut donc insister sur le fait que la prévention demeure toujours le meilleur moyen de lutte, la trithérapie pouvant donner un sentiment de fausse sécurité.

fig. 26

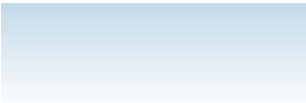
Nombre de cas de sida chez les personnes de 15 ans et plus selon l'année de diagnostic, Montréal-Centre, 1987-1996



Avec plus de trois cas sur quatre de sida diagnostiqués chez les 25-44 ans (un homme neuf fois sur 10), c'est la première cause de décès dans ce groupe d'âge où, avec plus de 225 morts par an, le sida tue deux fois plus que le suicide et 10 fois plus que les accidents. Les homosexuels et bi-sexuels (y compris ceux faisant usage de drogues injectables) présentent toujours la majorité des cas déclarés (70 %), même si une tendance à la baisse est visible. Par contre, la hausse est constante chez les hétérosexuels, ces cas étant surtout liés aux drogues injectables dont l'usage est en hausse vertigineuse depuis une décennie.

Orientations : cibler l'action là où ça compte

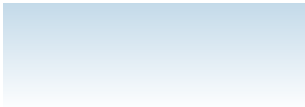
Devant la hausse du suicide, et la nécessité de mieux prévenir, nous devons rehausser le niveau de priorité accordé au suicide. À l'heure actuelle, nos programmes de promotion de la santé des tout-petits et des jeunes s'appuient sur des orientations visant à améliorer les conditions de vie et les capacités psychosociales des individus, des familles et de la communauté, surtout en milieu défavorisé. Ces orientations sont aussi à la base de la prévention du suicide à laquelle il faudrait consacrer davantage de programmes et de ressources bien ciblés.



Pour ce qui est des maladies coronariennes et du cancer du poumon, la prévention est très liée à la lutte au tabagisme. Dans cette optique, en plus de renforcer ses interventions en santé cardiovasculaire, la Direction de la santé publique intensifie son action de lutte au tabagisme à plusieurs niveaux : appui au projet de loi visant à mieux contrôler l'accès au tabac ainsi que la publicité ; prévention auprès des enfants et des jeunes, notamment les jeunes filles ; programmes de cessation pour les fumeurs, surtout les femmes enceintes et les jeunes, et promotion de lieux publics exempts de fumée.

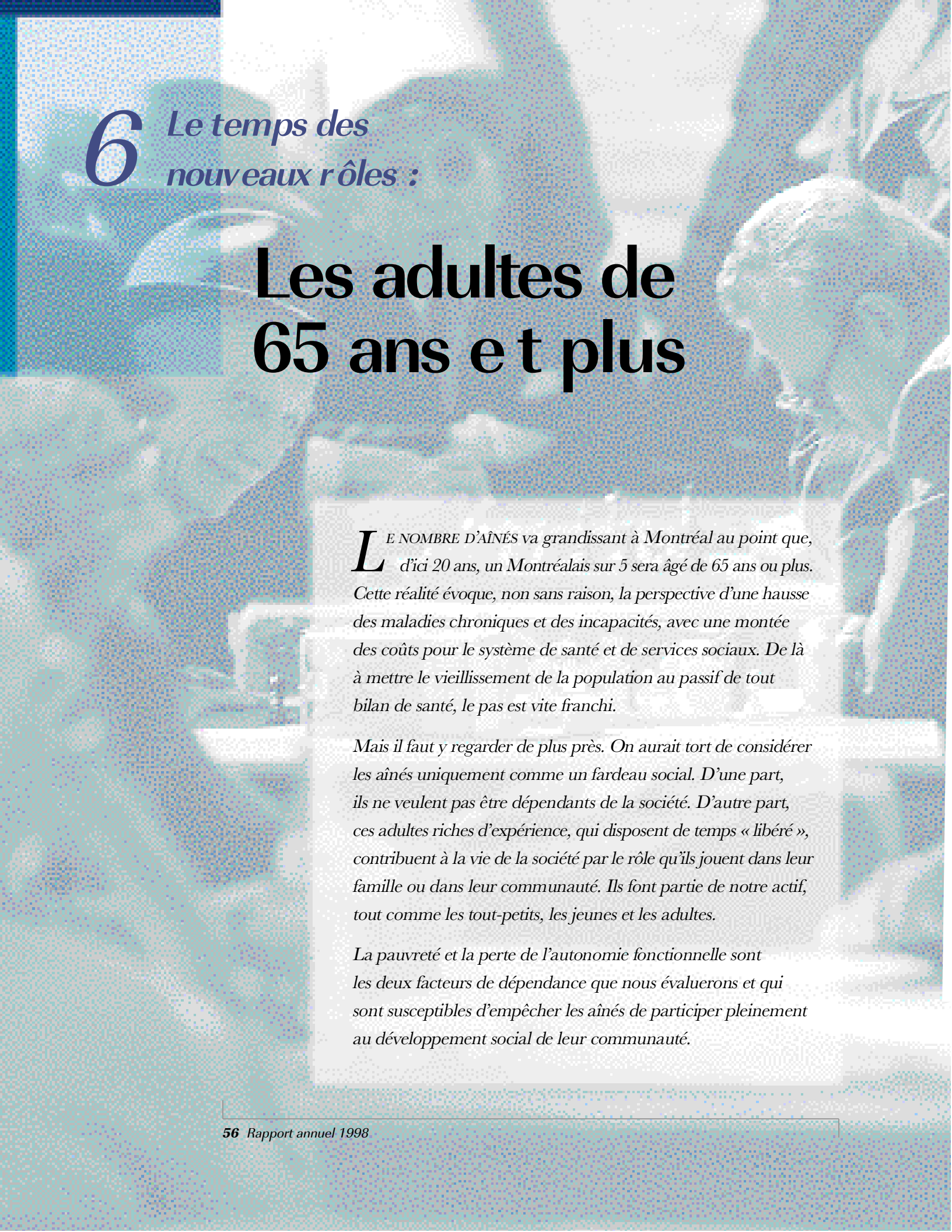
Pour le cancer du sein, l'implantation régionale du programme de dépistage impliquera la collaboration de nombreux partenaires tant de notre réseau de services que de la communauté. Des approches innovatrices seront développées pour rejoindre les femmes de milieux défavorisés ou issues des communautés ethnoculturelles, en intégrant cette problématique dans une approche plus globale de la santé des femmes et en tenant compte de leurs préoccupations.

Sur le front du sida, nous jugeons nécessaire de poursuivre les stratégies de lutte, appuyées par les gouvernements, puisque l'épidémie n'est pas encore en régression. La clé de la lutte, la prévention, concerne en premier lieu les groupes les plus à risque – hommes homosexuels, bisexuels et utilisateurs de drogues injectables. Il faut donc intensifier les interventions auprès d'eux. Pour notre part, comme on l'a vu dans la section des jeunes, nous continuerons à cibler nos interventions auprès des jeunes à haut risque. Il faut également renforcer la prévention auprès de tous les jeunes et les rejoindre avant le début de l'activité sexuelle (pré-adolescents et adolescents) : il est crucial de mettre sur pied des programmes en collaboration avec les écoles et les organismes travaillant auprès d'eux. Pour renforcer la lutte au sida, nous poursuivrons notre collaboration avec tous les partenaires du réseau, que ce soit pour de l'expertise, des études ou des interventions. Quant à la communauté gaie, pour sa part, on peut dire qu'elle s'est prise en charge, tant pour la prévention que le soutien aux malades. Ces services doivent donc continuer d'être dispensés sur une base communautaire et leur financement est crucial.



Enfin, vu la grande concentration de malades à Montréal, la transformation et les coupures en cours dans le réseau, il faut poser la question de l'accès aux services psychosociaux et médicaux, sous la responsabilité des CLSC, ainsi que celle de leur qualité. Il en va de même de l'accès aux médicaments, tests de laboratoires et autres. Par ailleurs, devant la crainte et parfois le rejet que le sida provoque encore malheureusement chez certains, il faudra être vigilant pour que cette clientèle ne se trouve pas, en pratique, exclue des priorités de soins et services.





6 *Le temps des nouveaux rôles :*

Les adultes de 65 ans et plus

LE NOMBRE D'AÎNÉS va grandissant à Montréal au point que, d'ici 20 ans, un Montréalais sur 5 sera âgé de 65 ans ou plus. Cette réalité évoque, non sans raison, la perspective d'une hausse des maladies chroniques et des incapacités, avec une montée des coûts pour le système de santé et de services sociaux. De là à mettre le vieillissement de la population au passif de tout bilan de santé, le pas est vite franchi.

Mais il faut y regarder de plus près. On aurait tort de considérer les aînés uniquement comme un fardeau social. D'une part, ils ne veulent pas être dépendants de la société. D'autre part, ces adultes riches d'expérience, qui disposent de temps « libéré », contribuent à la vie de la société par le rôle qu'ils jouent dans leur famille ou dans leur communauté. Ils font partie de notre actif, tout comme les tout-petits, les jeunes et les adultes.

La pauvreté et la perte de l'autonomie fonctionnelle sont les deux facteurs de dépendance que nous évaluerons et qui sont susceptibles d'empêcher les aînés de participer pleinement au développement social de leur communauté.

Dans l'ensemble, leur situation financière s'est améliorée au cours des deux dernières décennies, grâce surtout à la bonification des programmes de sécurité de la vieillesse. De plus, selon diverses enquêtes, les incapacités régressent chez les aînés, comme dans l'ensemble de la population. Ainsi, à peine 10 % des 65 à 74 ans ont besoin d'aide dans leurs activités courantes (ménage, commissions, sorties). Toutefois, entre 75 et 84 ans, les incapacités se font très présentes : la moitié des aînés déclarent en souffrir et, après 85 ans, cette proportion monte à 77 %.

Néanmoins, pour certains, l'amélioration consiste à passer de l'indigence à la pauvreté, du bien-être social à la pension de vieillesse. Notamment les femmes seules : près de 69 % des aînées qui vivent seules, ou hors de leur famille avec des personnes non apparentées, sont encore sous le seuil de la pauvreté à Montréal. Et au-delà de 75 ans, la majorité des aînés sont des femmes, pauvres, souvent seules et de santé fragile. Devant la perspective du vieillissement de la population montréalaise, on ne peut donc fermer les yeux.

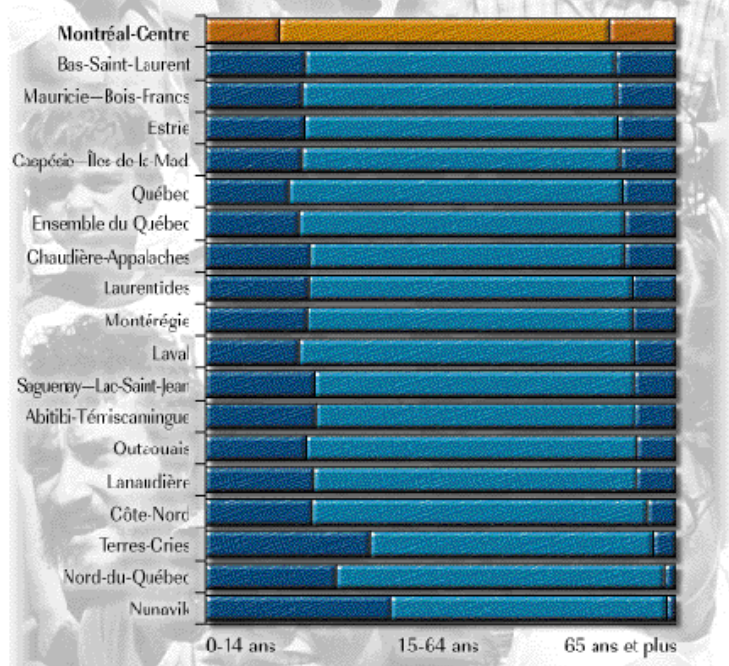
Après un bref aperçu socio-démographique, nous aborderons la question des inégalités sociales de la santé, de l'autonomie fonctionnelle et de la prévention et nous proposerons quelques pistes d'orientation.

Vieillesse rapide de la population

Montréal a vieilli plus vite que l'ensemble du Québec. En 1991, notre région comptait le plus fort pourcentage d'aînés (14 %) de même que le plus grand nombre d'entre eux : en fait, près du tiers des aînés du Québec vivent ici. Ce vieillissement de Montréal va se poursuivre : de quelque 270 000 aujourd'hui (15 % de la

fig. 27

Répartition en pourcentage de la population selon l'âge, régions et ensemble du Québec, 1991



population), leur nombre pourrait s'élever à 370 000 en 2016 (19 %). Parallèlement, le nombre de jeunes de moins de 18 ans continuera de décroître et, dans moins de 20 ans, il sera inférieur à celui des aînés.

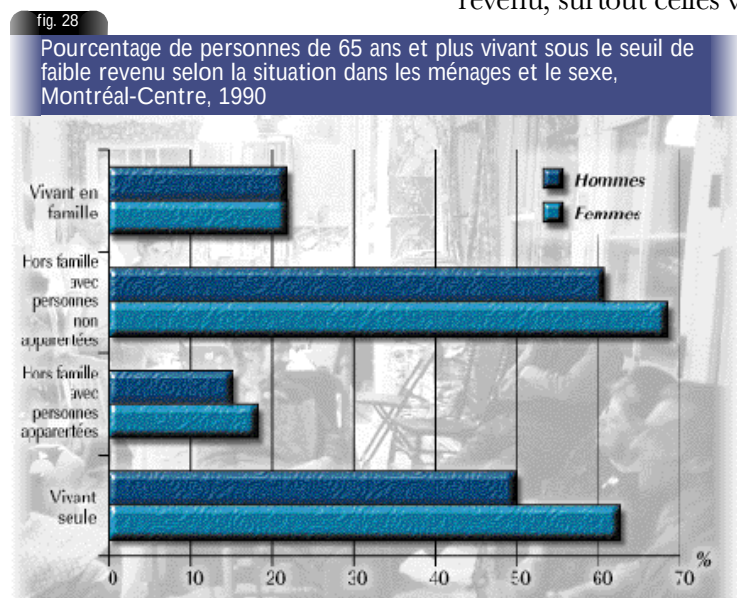
En raison de leur longévité, les femmes sont très majoritaires chez les aînés. Ce phénomène est plus marqué à Montréal qui ne compte que 60 hommes pour 100 femmes dans ce groupe d'âge, alors qu'au Québec ce rapport est de 68 à 100. Cette tendance s'accroît avec l'âge : 74 à 100 chez les 65-74 ans et seulement 32 à 100 chez les plus de 85 ans. En outre, passé 75 ans, plus de 50 % des femmes vivent seules, contre environ 25 % des hommes.

Une plus grande pauvreté qu'en région

Au Québec, la proportion des aînés vivant sous le seuil de faible revenu est à la hausse depuis 1990 et leur nombre est largement supérieur à la moyenne canadienne. De plus, à Montréal, il y a encore davantage d'aînés pauvres que dans l'ensemble du Québec : 36 % contre 28 %. Il s'agit donc d'une tendance fort préoccupante.

Les plus touchés : les aînés vivant seuls

D'avantage de femmes que d'hommes vivent sous le seuil de faible revenu, surtout celles vivant avec des personnes non-apparentées (69%)



et celles vivant seules (63 %). Cette pauvreté est vraisemblablement amplifiée du fait que ces femmes vivent seules.

Ces données confirment l'importance des liens familiaux pour la sécurité économique des aînés; ils nous indiquent aussi les groupes à mieux soutenir à tous les niveaux d'intervention par des mesures de sécurité du revenu améliorées : ceux et celles vivant avec des personnes non apparentées ou vivant seuls.

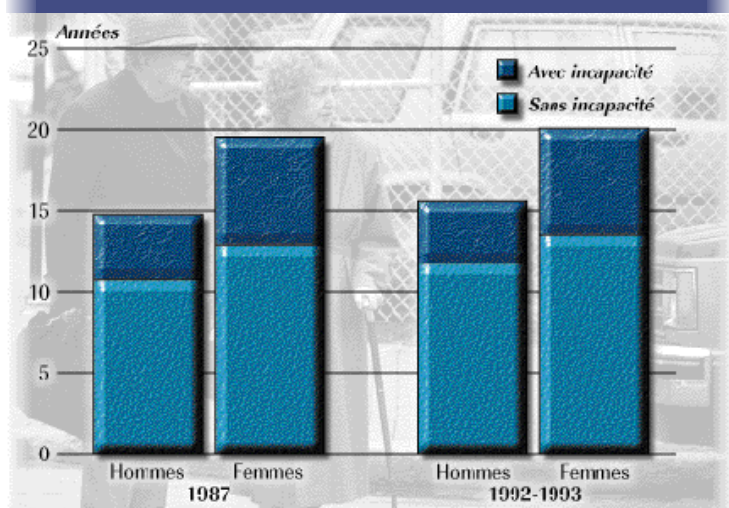
Influence de la pauvreté sur la santé

Tous les aînés ne jouissent pas d'une santé comparable : si beaucoup sont épargnés par la maladie et les incapacités jusqu'à un âge avancé, d'autres sont précocement atteints. Divers facteurs expliquent ces différences, que ce soit un héritage génétique ou celui de sa propre vie : conditions sociales difficiles, habitudes de vie, etc.

Il est difficile d'affirmer que seules les conditions socio-économiques qu'ils connaissent à cette période de la vie expliquent les écarts observés, parce que peu de recherches qui suivent des individus dans le temps nous permettent de tirer de telles conclusions. Néanmoins, tout comme aux autres âges de la vie, nous constatons que l'association entre revenu et état de santé se confirme.

fig. 29

Espérance de vie à 65 ans sans incapacité et avec incapacité selon le sexe, Montréal-Centre, 1987 et 1992-1993



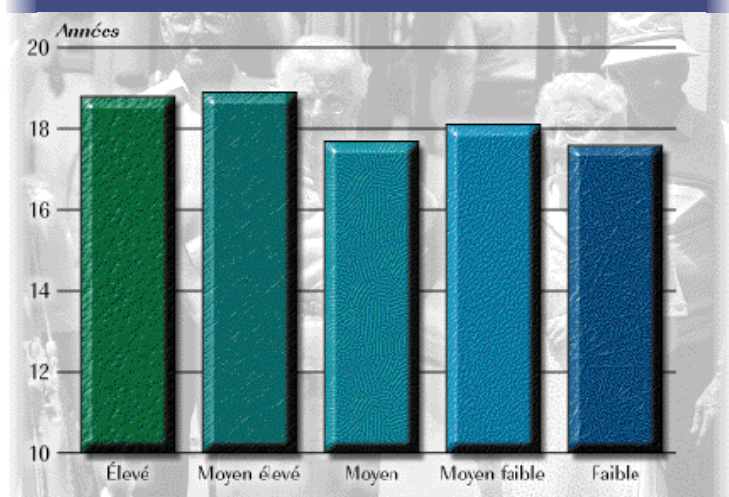
De moins en moins touchés par les incapacités

La plupart des gens atteignent l'âge de 65 ans relativement exempts de graves problèmes de santé, et avec la perspective de vivre en moyenne 13 années sans incapacité fonctionnelle. Ainsi, les femmes peuvent espérer vivre encore 20 ans, et les hommes peuvent compter vivre encore 16 ans. Cependant, après 65 ans, si les femmes ont davantage d'années à vivre, elles ont aussi davantage d'années à vivre avec des incapacités.

La question est de savoir s'il y a, en plus, un écart selon le niveau socioéconomique. Cet écart est ici moins frappant puisque, chez le groupe à revenu faible, l'espérance de vie à 65 ans est d'environ 18 ans par rapport à environ 19 chez celui à revenu

fig. 30

Espérance de vie à 65 ans selon le revenu, Montréal-Centre, 1991-1994



élevé, soit une année. Ceci peut s'expliquer par le fait que les inégalités touchent les personnes tout au long de leur vie, et que les effets s'en sont faits sentir avant cet âge.

Davantage d'hospitalisations

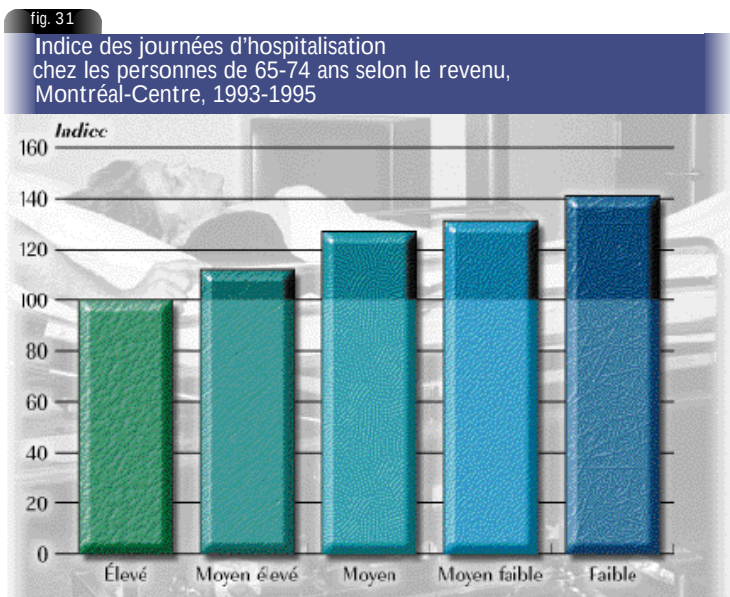
Autre illustration du lien entre le revenu et la santé : pour 100 journées d'hospitalisation chez les 65-74 ans à revenu élevé, on en compte 141 chez ceux à revenu faible. De même, la durée d'hospitalisation augmente avec la diminution de revenu : les plus pauvres restent en moyenne deux jours de plus à l'hôpital. Plus tard, à partir de 75 ans, l'écart s'efface. Ces causes d'hospitalisation sont évitables, ici aussi, par un train de mesures d'intégration des aînés à la communauté et par des services adaptés dans leur milieu de vie.

Ces quatre indicateurs — espérance de vie avec ou sans incapacités, fréquence et durée des hospitalisations — dessinent une même tendance : les aînés à faible revenu ont une moins bonne santé. Les inégalités en santé fondées sur le revenu se prolongent donc aussi chez les aînés, mais avec des écarts moindres.

L'autonomie fonctionnelle : amélioration

Après la pauvreté, la perte de l'autonomie fonctionnelle — c'est-à-dire vivre avec des incapacités — est le second facteur de dépendance et d'exclusion chez les aînés. Souvent, ils diront ne pas craindre tant la maladie et la mort que la perte d'autonomie et la dépendance. Les incapacités ou limitations d'activités, conséquences des maladies, des blessures et du vieillissement lui-même, peuvent avoir de graves conséquences, ce qu'on appelle un handicap.

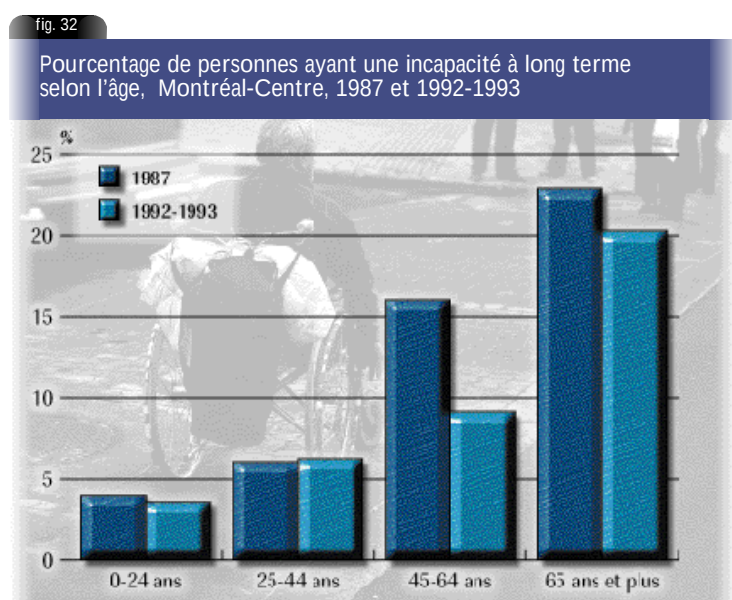
D'où les objectifs de prévention de la *Politique de la santé et du bien-être* : agir sur les causes et réduire les situations entraînant un handicap de même que favoriser l'intégration des aînés ayant des incapacités.



Soulignons que seuls 5 % des 65 ans et plus de notre région sont hébergés dans des services de longue durée et que 80 % des autres ne signalent pas d'incapacités de longue durée.

Pour mesurer l'autonomie fonctionnelle, on a recours à deux indicateurs : d'abord, la moyenne annuelle des journées d'incapacité, qui mesure les incapacités de courte durée (en trois catégories : lourde, confinement au lit; modérée, incapacité de sortir, de prendre le métro; légère, diminution des activités); puis, la proportion d'ânés souffrant de limitations ou dépendants à long terme dans leurs activités (soins personnels, graves restrictions de mobilité...).

Déjà plus marquées dès l'âge de 45 ans, les incapacités à long terme atteignent leur plus haut degré à partir de 65 ans où un aîné sur cinq est touché. Pour ce facteur, pas d'écart significatif entre hommes et femmes mais une régression chez les Montréalais de 45 ans et plus (de 1987 à 1992-1993), surtout dans la tranche des 45-64 ans. Par ailleurs, si l'on étudie la moyenne annuelle des journées d'incapacité, on remarque que, à tout âge, les femmes en déclarent davantage : cet écart atteint environ 7 jours par an en moyenne chez les 65 ans et plus.



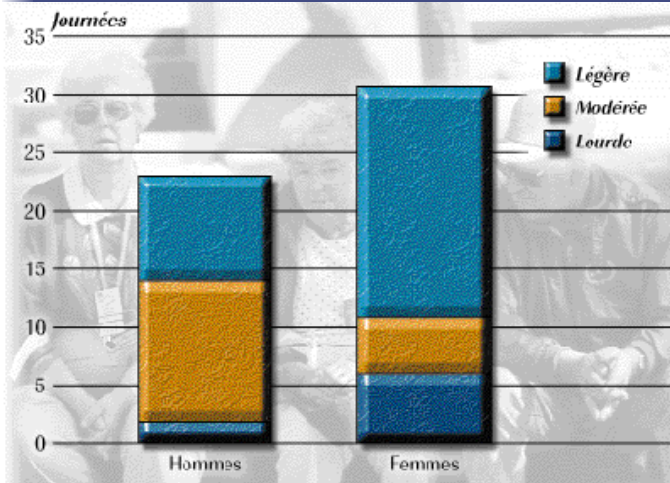
Mais des écarts marqués

Selon le statut socio-économique, on observe également des inégalités à cet âge de la vie. Les plus pauvres et les moins scolarisés présentent davantage de journées d'incapacité ainsi que des pourcentages plus élevés de limitation ou de dépendance dans la vie de tous les jours.

On sait, par exemple, que chez les plus de 15 ans à faible revenu, plus du double (13 %) se déclarent limités ou dépendants à long terme dans leurs activités par rapport à ceux à revenu supérieur.

fig. 33

Nombre annuel moyen de journées d'incapacité par personne de 65 ans et plus selon l'incapacité et le sexe, Montréal-Centre, 1992-1993



La vaste majorité des incapacités, chez les hommes comme chez les femmes, sont classées légères ou modérées. Mais les aînées sont frappées d'incapacités plus graves : 20 % en moyenne des journées d'incapacité qu'elles signalent sont « lourdes » contre 8 % chez les hommes.

Intervenir sur les causes évitables

Tout d'abord, nous identifions deux types de problèmes pour lesquelles la prévention à la source se montre particulièrement efficace : il s'agit des chutes – qui représentent plus de

17 % des limitations d'activité – et de la surconsommation des médicaments.

On sait de plus que, chez les 15 ans et plus, les principales causes de limitation sont les affections des os et des articulations (26%), les maladies respiratoires (15 %) et cardiovasculaires (12 %). Chez les aînés, les problèmes sont identiques mais, sous leur forme chronique. Dans ce cas, la prévention vise donc à bien traiter ces affections, à en minimiser les conséquences, à compenser les pertes par l'assistance appropriée et à favoriser l'intégration sociale par un environnement physique adapté et un réseau social adéquat.

Signalons que, chez les aînés, absence de maladie ne va pas toujours de pair avec autonomie et bien-être. On peut en effet rencontrer une perte d'autonomie chez des personnes relativement exemptes de problèmes de santé physique, et un haut niveau d'autonomie chez des personnes atteintes de plusieurs maladies. Des événements propres à cette période de la vie, comme le veuvage et la retraite, peuvent placer des aînés en assez bonne santé par ailleurs, en situation d'isolement social, avec parfois comme conséquence la surconsommation de médicaments, la dépression et même le suicide. Il faut donc, dans chaque cas, avoir le souci d'adapter les interventions à la situation réelle et aux vrais besoins de la personne.

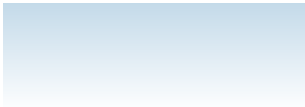
Orientations : s'adapter au vieillissement de la population

Par définition, le vieillissement s'accompagne d'un certain déclin des capacités, dont l'ampleur est fort variable selon les individus. Arrivés à 65 ans, nous l'avons vu, la plupart des gens n'ont que peu de problèmes de santé et ont la perspective de vivre en moyenne 13 années sans incapacité. Il y a donc lieu de mener des activités de prévention visant à favoriser le maximum de bien-être et d'autonomie pour que les aînés puissent jouir le plus longtemps possible d'une vie de qualité et participer à la vie de la société.

Pour demeurer actifs, les aînés ont besoin d'environnements sains favorisant l'autonomie. À partir de 75 ans, davantage d'aînés étant limités dans leurs activités, il faut trouver moyen de compenser la perte d'autonomie. La société montréalaise doit s'adapter au nouvel équilibre des âges. Assurer la sécurité financière et préserver l'autonomie, voilà deux conditions essentielles. Pour ce faire, nous adhérons aux orientations suivantes.

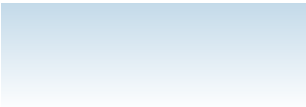
En premier lieu, il importe de se donner des politiques tenant compte du vieillissement, tant à l'échelle des individus que de la population, et qui favorisent le maintien de la sécurité économique, l'autonomie, l'intégration et la participation sociale jusqu'à un âge très avancé. Dans le même ordre d'idées, il nous faut prendre des mesures de soutien du revenu pour diminuer la pauvreté des aînés vivant seuls et sans famille.

Dans l'objectif de conserver aux aînés leur autonomie le plus longtemps possible, il nous faut développer un cadre de vie favorisant l'autonomie, tant dans le domaine du logement privé que des bâtiments publics, de la sécurité de la rue, des moyens de transport, etc. De même, dans la transformation et la réorientation des services sociaux, les services à domicile doivent être demeurer, vu leur impact majeur sur la santé des aînés. Rappelons enfin deux cibles prioritaires pour la prévention à la source dans ce groupe d'âge : les chutes et la surconsommation de médicaments.



Par ailleurs, il nous faut soutenir les réseaux familiaux et communautaires : leur rôle est crucial. Ils favorisent le maintien des aînés dans leur milieu, de même qu'ils réduisent l'impact sur les aidants naturels et les proches. Ceux-ci sont les principaux agents de soutien aux aînés, les femmes surtout, qui fournissent de 70 à 80 % des soins. Quant aux ressources communautaires, grâce à leurs programmes et à leurs activités adaptées, elles jouent un rôle essentiel dans l'intégration sociale des aînés.

Les aînés veulent participer à la gestion des questions les concernant : nous devons chercher à les associer à la planification, à l'évaluation et à l'implantation de programmes comme la promotion de la santé et la prévention. Enfin, rappelons que c'est la concertation à l'échelle locale, régionale et provinciale qui nous permettra de mettre de l'avant des mesures favorisant l'autonomie et l'intégration sociale des aînés tant en matière de sécurité du revenu, que d'habitation, de sécurité publique, de transport ainsi que de santé et services sociaux.



Contrer la pauvreté et ses conséquences

AU TERME DE CE TOUR D'HORIZON de la santé et du bien-être des Montréalais à travers les cycles de la vie, nous constatons le rôle important joué par la pauvreté. Les inégalités dans la santé et le bien-être renvoient aux inégalités socio-économiques, c'est-à-dire aux conditions de vie difficiles qui marginalisent tant de nos concitoyens, limités dans leur accès aux biens essentiels, mais aussi privés d'une participation valorisante à la vie sociale.

La pauvreté pèse lourd sur la santé, tant par sa dimension matérielle que par ses aspects sociaux : sous-scolarisation, dépendance, précarité de l'emploi, inactivité. Et les conséquences se reflètent dans la plupart de nos indicateurs sociaux et de santé : globalement, par la réduction de l'espérance de vie et, en particulier, par une proportion supérieure de maladies ou de problèmes psychosociaux, de bébés de poids insuffisant à la naissance, de retards de développement, de décrochage scolaire, de grossesses à l'adolescence, de détresse psychologique, etc.

Si, comme société, nous voulons faire des gains significatifs au plan de la santé, nous devons poursuivre avec énergie nos efforts pour l'amélioration des conditions de vie. Il n'est donc pas exagéré d'affirmer que la pauvreté à Montréal constitue un problème majeur de santé publique — un problème d'autant plus préoccupant qu'il persiste dans un contexte global de richesse et de progrès technologique sans précédent.

Un défi de société

Par la complexité de ses ramifications, le problème de la pauvreté pose un défi de premier plan à l'ensemble de notre société. Nous ne saurions accepter que ce problème, dont nous observons les conséquences en termes de santé et de bien-être, soit une fatalité inéluctable qu'il suffît de « gérer » ou à laquelle nous n'aurions d'autre choix que de nous adapter. Nous sommes au contraire convaincus que nous disposons collectivement des moyens matériels, des instruments politiques et du savoir-faire pour y faire face et nous nous réjouissons de constater que cette prise de conscience inspire déjà une multitude d'initiatives intéressantes. La lutte à la pauvreté réussira dans la mesure où elle suscitera la mobilisation des acteurs sociaux de tous horizons – public, privé et communautaire.

« ...nous disposons collectivement des moyens matériels, des instruments politiques et du savoir-faire pour y faire face... »

L'État, tant par les orientations politiques que par le biais de ses administrations a, bien sûr, un rôle primordial à jouer dans la lutte à la pauvreté. Dans une société démocratique moderne, on lui assigne la tâche de favoriser le développement économique et de redistribuer les revenus d'une manière socialement plus acceptable que ne le ferait le marché laissé à lui-même. Si l'amélioration des conditions de vie et la réduction des inégalités sont des objectifs souvent affirmés, il nous faut cependant rester vigilants pour assurer qu'ils ne soient éclipsés dans la pratique. Par exemple, le projet de réforme de la Sécurité du revenu a soulevé des inquiétudes légitimes, entre autres parce qu'il affaiblit la position socioéconomique de personnes déjà en grande difficulté.

La lutte à la pauvreté se traduit par la promotion de la solidarité sociale, tant à l'échelle des quartiers que de la région tout entière. Il faut à cet égard saluer et soutenir les initiatives des groupes communautaires par lesquelles des citoyens reprennent contrôle de leurs conditions de vie – que ce soit dans le champ de l'alimentation, du logement, de l'éducation populaire, de l'insertion en emploi, etc.

Il nous faut aussi reconnaître que le développement de la solidarité exige le décloisonnement des pratiques, la mise en commun des idées et

des ressources, autrement dit, la concertation intersectorielle. Dans plusieurs quartiers et villes de notre région, des regroupements participent à construire des partenariats axés sur l'action locale. La Régie, qui reconnaît leurs réalisations et le potentiel de leur concertation, soutient plusieurs d'entre elles, notamment par le biais du financement lié aux priorités et aux orientations régionales.

Au niveau régional, nous pouvons maintenant compter sur un organisme de concertation intersectorielle qui est appelé à devenir un joueur important sur la scène montréalaise : le Conseil régional de développement de l'Île de Montréal (CRDIM), qui rassemble les principaux acteurs sociaux – administrations publiques (municipalités, éducation, santé), secteur privé (entreprises, syndicats), milieu communautaire. Les efforts pour développer une vision commune s'articulent autour de tables thématiques touchant les questions sociales et économiques. De plus, le CRDIM a accepté de coordonner la préparation du Forum régional sur le développement social prévu en avril 1998. Ce Forum se situe dans le cadre d'une démarche pan-québécoise menée par le Conseil de la santé et du bien-être qui tiendra au début de 1998 un Forum national sur le développement social. L'appauvrissement et les stratégies pour y faire échec seront au centre des échanges : la Direction de la santé publique de Montréal-Centre participe activement à ces travaux ainsi qu'au comité organisateur de l'ensemble de la démarche nationale, avec l'objectif de voir avancer la prise de conscience nationale sur cet enjeu de développement social.

*« ...améliorer la santé
et le bien-être en
renforçant la
première ligne,
en améliorant la
disponibilité
des soins dans la
communauté et
en intensifiant
la prévention
et la promotion. »*

Des défis particuliers pour le système de soins

Dans le champ de la santé et des services sociaux, la transformation du réseau suscite encore des inquiétudes pour les clientèles défavorisées. La nécessité de cette opération ne saurait être mise en doute. Il ne s'agit pas seulement, en effet, d'assainir les finances publiques, mais d'améliorer la santé et le bien-être en renforçant la première ligne, en améliorant la disponibilité des soins dans la communauté et en intensifiant la prévention et la promotion.

Cependant, la réorganisation des services et le rééquilibrage des ressources entre les divers types d'établissements (par exemple, en réduisant l'offre de services hospitaliers pour redéployer ailleurs les ressources ainsi libérées là où elles seront plus utiles) peuvent entraîner localement des conséquences négatives pour certaines clientèles.

On sait que les personnes socio-économiquement défavorisées ont tendance à faire appel aux services curatifs d'urgence plutôt qu'à établir une relation stable et régulière avec des médecins pratiquant en CLSC ou dans une clinique de médecine familiale. Dans ce contexte, il est important que les acteurs cliniques du réseau redoubtent d'efforts pour mieux rejoindre les clientèles démunies : il leur faut prendre conscience que le mode relativement prépondérant de consommation des soins de santé chez cette clientèle ne les porte pas naturellement vers les services primaires; il leur faut également développer une sensibilité plus grande pour les conditions socio-économiques de leur clientèle défavorisée et pour les contraintes que celles-ci leur imposent.

La mise en place d'un système public de santé, avec accès universel et gratuit aux services, sans égard au revenu ou au statut social du client, a représenté un grand pas dans le développement de notre société. Sans lui, les écarts de mortalité et de morbidité seraient plus grands que ceux que l'on observe aujourd'hui. Le système de santé a donc joué un rôle non négligeable – quoique, bien sûr, insuffisant – pour contrer les inégalités sociales. Il nous faut être vigilants pour que la réorganisation du réseau ne vienne effriter les acquis au plan de l'accessibilité pour tous les soins et services. Le réseau devra donc s'assurer que la nouvelle offre de services rejoigne vraiment l'ensemble de la population, et en particulier, la population à faible revenu. C'est là un objectif social qui, au-delà des problèmes politiques et organisationnels, interpelle d'abord personnellement chacun des acteurs cliniques, au cœur même de leur pratique.

Il faudra enfin s'assurer que soit maintenue pour notre région une quantité de ressources suffisantes pour répondre aux besoins de la population. Jusqu'à maintenant, malgré des conditions socio-économiques nettement plus défavorables que dans le reste du Québec, l'état de santé et de bien-être des Montréalais est demeuré comparable à celui des

*« ...il est important
que les acteurs
cliniques du réseau
redoubtent
d'efforts pour
mieux rejoindre
les clientèles
démunies... »*

« Une réduction de ces soins pourrait bien briser cet équilibre fragile entre les conditions sociales précaires et un état de santé relativement bon. »

autres Québécois. Cela est dû en partie à la qualité et à la quantité de soins disponibles. Une réduction de ces soins pourrait bien briser cet équilibre fragile entre les conditions sociales précaires et un état de santé relativement bon.

La Direction de santé publique continuera d'évaluer les effets de la réorganisation du réseau sur la santé de la population. L'information que nous produisons sur cette question, avec l'aide de nos partenaires, apportera un éclairage utile, nous l'espérons, à la prise de décision régionale et nationale.

Pour la santé et le bien-être des tout-petits

Les données que nous avons présentées montrent clairement que les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités marquées au plan de la mortalité, de la morbidité physique et sociale chez les tout-petits. Ces problèmes nous inquiètent en raison des dommages qu'ils causent aujourd'hui, ainsi que de leurs conséquences à long terme, potentiellement irréversibles, qu'ils risquent d'entraîner. D'ailleurs, une multitude d'études solidement documentées, et tout récemment encore, le rapport du Forum national sur la santé, nous rappellent avec insistance la nécessité et l'urgence d'améliorer les conditions dans lesquelles évoluent les tout-petits.

Le développement des tout-petits constitue pour la Direction de la santé publique une priorité régionale de première importance, qui continuera d'être une orientation structurante de notre action pour les prochaines années.

Toute la société doit se solidariser pour améliorer les conditions dans lesquelles les enfants naissent et se développent dans leurs premières années de vie. Il faut que les familles disposent d'un revenu qui puisse combler leurs besoins essentiels. À cet égard, l'amélioration de la situation de l'emploi doit demeurer un objectif hautement prioritaire. Pour ceux et celles qui malgré tout resteront exclus du marché du travail, il faut veiller à ce que nos dispositifs sociaux de soutien de revenu soient

adéquats, surtout pour assurer des conditions minimales décentes au développement des tout-petits.

Au-delà du revenu, il nous faut aussi renforcer les mécanismes d'aide aux familles. Par exemple, le succès des « parcours vers l'emploi » du nouveau régime de sécurité du revenu dépendra directement – surtout pour les familles monoparentales – de la disponibilité de services adéquats de garderie et de soutien efficace aux réseaux d'entraide communautaire. Il faut aussi que les parents puissent recevoir l'appui de la collectivité pour exercer leur rôle parental : par exemple, grâce à un réseau de centres de développement de la petite enfance.

Le réseau de la santé et des services sociaux apporte déjà une contribution importante à ce chapitre, en concertation avec des organismes communautaires. Il nous faut poursuivre dans cette voie et intensifier notre action afin d'établir, comme dans « Naître égaux - Grandir en santé », une relation de confiance avec les familles en difficulté et de mettre en place des interventions qui puissent les rejoindre, répondre à leurs véritables besoins et les aider à développer leur autonomie.

Dans ce contexte, la promotion de la sécurité alimentaire constitue une voie d'action qui nous apparaît indispensable pour réussir à améliorer les conditions de vie des familles. En effet, la sécurité alimentaire, c'est-à-dire la certitude de pouvoir s'alimenter sainement, à coût raisonnable, jour après jour, sans dépendre de la charité, échappe encore à plusieurs de nos concitoyens. Les conséquences pour la santé physique et mentale sont souvent très lourdes : carences en nutriments essentiels, retards de croissance, déficiences immunitaires, tensions interpersonnelles, problèmes d'adaptation scolaire, perte d'estime de soi et d'habiletés personnelles résultant de la dépendance.

Nous faisons donc de la sécurité alimentaire une action prioritaire, pour laquelle nous collaborons avec les organismes et regroupements déjà à l'œuvre. Comme beaucoup d'autres, nous croyons que la sécurité alimentaire repose d'abord sur l'emploi, sur une croissance économique mieux distribuée, sur un soutien du revenu plus adéquat. Mais des actions spécifiques dans le domaine de l'alimentation sont aussi nécessaires : pour assurer l'accessibilité géographique et économique des

« ...il nous faut aussi renforcer les mécanismes d'aide aux familles. »

« ...la sécurité alimentaire, c'es t-à-dire la certitude de pouvoir s'alimenter sainement, à coût raisonnable, jour après jour, sans dépendre de la charité, échappe encore à plusieurs de nos concitoyens. »

aliments, pour l'éducation populaire, pour acquérir des compétences en cuisine et en économie domestique. Nous ne croyons pas que le dépannage soit une voie d'avenir. Nous misons plutôt sur des initiatives qui favorisent le développement de l'autonomie et sur des projets répondant aux besoins de façon novatrice et durable.

Notre approche, depuis deux ans, vise donc plus qu'une réponse ponctuelle au « problème de la faim ». Nous soutenons des expériences de solidarité sociale qui, pour les participants, favoriseront l'exercice d'une citoyenneté responsable.

Nous sentons dans notre région une grande volonté d'entraide, en particulier lorsque vient le temps des Fêtes. Cette énergie de solidarité, qui pourrait être un ferment extraordinaire de transformation sociale, se dissipe trop souvent en des interventions, sûrement bien intentionnées, mais qui ne font que traiter provisoirement les symptômes, plutôt que d'agir sur les causes. Il nous incombe de mieux faire valoir comment cette solidarité peut être utilisée autrement pour améliorer réellement les conditions de vie de nos concitoyens.

Pour la santé et le bien-être des jeunes

**« ...un ensemble
de conditions
socio-économiques
défavorables
augmentent la
probabilité d'une
désaffiliation sociale
des jeunes... »**

Comme dans le cas des tout-petits, la situation des jeunes nous préoccupe d'autant plus que les problématiques qu'on y observe risquent d'exercer un impact négatif pour toute la vie. La jeunesse, cet âge des apprentissages, est peut-être ce temps de la vie où les problèmes de santé physique sont les moins importants ; c'est néanmoins le temps où des habitudes de vie, souvent fortement influencées par les conditions de vie, se forment, pour le meilleur ou pour le pire. Nous savons qu'un ensemble de conditions socio-économiques défavorables augmentent la probabilité d'une désaffiliation sociale des jeunes – abandon scolaire, grossesse à l'adolescence, insuffisance de la formation professionnelle, absence de contacts significatifs avec des adultes, incapacité de trouver un rôle social valorisant. Les problèmes d'adaptation, vécus au cours d'une jeunesse que les sociétés modernes allongent jusqu'à 25 ans, prédisposent à une persistance de la souffrance jusqu'à l'âge adulte et toute la vie.

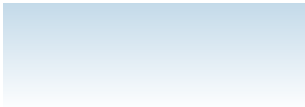
L'objectif d'offrir aux jeunes les conditions et les moyens pour un développement optimal doit mobiliser l'ensemble de la société. Il faut surmonter les obstacles d'ordre socio-économique qui entravent le plein épanouissement des jeunes, qui nuisent à leur apprentissage social, intellectuel, affectif et professionnel. À cet égard, l'école a évidemment un rôle majeur à jouer et la réforme de l'éducation en cours consacre à juste titre des ressources importantes au « soutien de l'école montréalaise ». Mais l'école ne peut isolément, par ses seuls moyens, « prendre le virage du succès » : elle doit pouvoir compter sur l'engagement actif des grands acteurs sociaux comme ceux du monde économique et du secteur de la santé et des services sociaux.

*« ...l'école
ne peut isolément,
par ses seuls moyens,
prendre le virage
du succès... »*

Dans le sillage de la Priorité jeunesse, à travers laquelle la Direction de la santé publique déploie depuis trois ans des efforts concertés avec des partenaires de différents secteurs, notre engagement à participer au développement optimal des jeunes se réalisera autour de trois orientations régionales : soutenir la concertation école-communauté, favoriser l'intégration socio-économique des jeunes et promouvoir des programmes d'accompagnement intensif et personnalisé des jeunes en difficulté. Ces orientations impliquent une volonté d'ouverture au milieu par laquelle l'expertise spécifique de santé publique est mise au service d'actions intersectorielles intégrées, tant régionalement que localement. C'est dans cet esprit que la Direction de la santé publique participe au comité sous-ministériel sur le soutien à l'école montréalaise.

Pour la santé et le bien-être des adultes

Les inégalités de la santé et du bien-être liées aux inégalités socio-économiques persistent tout au long de la vie adulte. Comme nous l'avons vu, cela est particulièrement bien illustré par des indicateurs comme le taux de mortalité par maladie cardiovasculaire et par cancer du poumon. Le tabagisme, qui est le facteur de risque immédiat le plus important pour ces pathologies (et pour plusieurs autres), est d'ailleurs beaucoup plus prévalent chez les groupes à faible revenu.



L'amélioration générale des conditions de vie et la réduction des inégalités socio-économiques demeurent une tâche incontournable pour faire en sorte que la mortalité et la morbidité évitables diminuent et même disparaissent. Au nom de la santé et du bien-être de la population, nous ne pouvons que saluer les efforts des divers paliers de gouvernement et ceux des regroupements de citoyens pour relancer l'économie nationale, soutenir le développement local et réaliser une plus grande solidarité sociale. Mais, dans la lutte contre la mortalité et la morbidité évitables, des défis particuliers s'imposent à nous du réseau de la santé et des services sociaux ; il nous faut sans cesse garder à l'esprit l'impact plus élevé qu'ont ces problèmes chez les groupes à faible revenu et par conséquent, il nous faut mieux ajuster nos initiatives en santé du cœur ou dans la lutte au tabagisme aux réalités vécues par ces groupes.

Pour la santé et le bien-être des aînés

La situation des aînés est appelée à prendre beaucoup plus d'importance dans notre région, ne serait-ce qu'en raison du poids démographique grandissant de ce groupe d'âge. Même si, en général, les conditions socio-économiques des aînés se sont grandement améliorées depuis une vingtaine d'années, il demeure qu'un nombre significatif d'entre eux vivent avec des revenus insuffisants (en particulier, les femmes vivant seules) et que le pourcentage d'aînés vivant dans la pauvreté est nettement plus élevé à Montréal qu'ailleurs au Canada.

Les personnes âgées à faible revenu ont plus de problèmes de santé que les autres et les limitations fonctionnelles dont elles souffrent risquent d'être plus pénalisantes si elles ne peuvent se payer certains services d'aide domestique. Il nous faudra demeurer vigilants pour que la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, en augmentant les besoins de services extra-hospitaliers pour toutes les clientèles, ne réduise pas les services assurés offerts aux personnes âgées qui en ont besoin. Il importe que les aînés, au delà des écarts de revenu, aient accès au soutien nécessaire pour mener une vie épanouie et autonome le plus longtemps possible dans la communauté.

Les voies d'action de la Direction de la santé publique

Face aux grandes problématiques de santé et de bien-être que nous venons d'esquisser, l'offre de services de la Direction de la santé publique se résume principalement à cinq fonctions :

- **la surveillance** : nous documentons l'évolution des besoins, des problèmes et des déterminants, des interventions et de leurs résultats.
- **la recherche et l'évaluation** : il s'agit ici de développer des interventions efficaces afin de soutenir le travail des intervenants sur le terrain et d'évaluer les programmes dans une perspective régionale.
- **la transmission des connaissances** (autant des savoirs que des savoir-faire) afin d'instrumenter les intervenants des divers secteurs et les personnes dans leurs milieux de vie.
- **la programmation régionale** : l'expertise de santé publique doit s'arrimer davantage aux programmes des diverses directions de la Régie pour faire en sorte que celle-ci puisse exercer pleinement son rôle dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- **l'action stratégique** : sur la base du travail accompli sous les rubriques précédentes – et en particulier, les travaux de surveillance et de recherche/évaluation – le Directeur de la santé publique entend continuer de faire valoir auprès des décideurs et de l'opinion publique ses préoccupations relatives à des enjeux sociaux importants pour la santé et le bien-être de la population.

Des actions sur tous les fronts

La pauvreté qui frappe près de 30 % de la population de Montréal constitue une problématique que la Direction de la santé publique ne saurait éluder. Cette préoccupation, déjà bien ancrée dans nos priorités de 1995-1998, le sera encore davantage dans celles de 1998-2001. La Direction se présente donc sur la scène montréalaise auprès des autres acteurs sociaux comme un partenaire déterminé à s'engager avec eux, apportant son expertise spécifique.

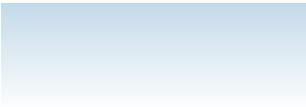
*« ...redonner vie
aux milieux qui se
dégradent et
favoriser leur
reconstruction
de l'intérieur . »*

Nous ne répéterons jamais assez que la pauvreté, parce qu'elle est multidimensionnelle, exige des actions sur tous les fronts, qui seront d'autant plus efficaces qu'elles procéderont d'une stratégie intégrée. Nous avons souligné nos contributions actuelles pour améliorer les conditions de développement des enfants et des jeunes ainsi que la sécurité alimentaire. C'est à l'échelle d'une communauté locale que doit commencer l'intégration des actions de lutte à la pauvreté, pour redonner vie aux milieux qui se dégradent et favoriser leur reconstruction de l'intérieur. Nous souhaitons qu'elle se réalise le plus largement possible dans toute notre région.

Il nous faut garder à l'esprit que les divers secteurs de la société ont besoin les uns des autres pour accomplir la mission qui leur est propre – qu'il s'agisse d'éduquer, d'assurer la sécurité publique, de produire des biens et services ou de préserver la santé.

La lutte à la pauvreté exige évidemment des actions de développement économique, lesquelles ne pourront être valablement réussies que si elles coexistent avec des mesures « sociales », comme, par exemple, un soutien plus accessible à la famille ou la promotion des comportements prosociaux chez les adolescents. Inversement, les efforts que nous déployons en prévention, par exemple pour créer des lieux de développement de la petite enfance, améliorer la communication parent-enfant ou enrichir les compétences personnelles et sociales des jeunes, risqueraient fort de ne mener nulle part si le développement social et économique devait ne pas rejoindre ceux qui en sont présentement exclus.

La réduction des inégalités sociales de la santé et du bien-être est une condition essentielle du progrès de notre société. Voilà un objectif qui appelle une adhésion enthousiaste de chacun et qui exige un travail solidaire de tous les milieux. C'est la voie sur laquelle s'engage résolument la Direction de la santé publique en comptant sur l'intensification de ses liens avec ses partenaires.



Liste des figures

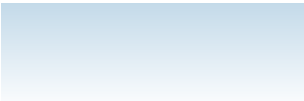
Le numéro entre parenthèse indique la source, laquelle est détaillée à la page 84.

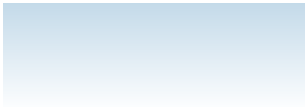
Figure 1 :	Espérance de vie, mortalité infantile et naissances de faible poids, Montréal et divers pays ^(4, 6)	p 13
Figure 2 :	Pourcentage de personnes ne se percevant pas en bonne santé, selon le revenu, Montréal-Centre, 1992-1993 ⁽⁵⁾	p 13
Figure 3 :	Espérance de vie à la naissance selon le sexe Montréal-Centre, 1955-1957 à 1993-1995 ⁽⁷⁾	p 14
Figure 4 :	Pourcentage d'assistés sociaux, Montréal-entre et ensemble du Québec, 1989 à 1996 ⁽³⁵⁾	p 20
Figure 5 :	Pourcentage de chômeurs, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1981 à 1996 ⁽³⁵⁾	p 20
Figure 6 :	Pourcentage d'enfants de moins de 6 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon le type de familles, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1990 ⁽¹⁹⁾	p 26
Figure 7 :	Taux de mortalité infantile, Montréal-Centre, 1951-1955 à 1993-1995 ⁽⁷⁾	p 27
Figure 8 :	Taux de mortalité infantile selon le revenu, Montréal-Centre, 1986-1990 et 1991-1994 ⁽⁶⁾	p 27
Figure 9 :	Pourcentage de naissances de faible poids selon la scolarité de la mère, Montréal-Centre, 1993-1995 ⁽²⁸⁾	p 29
Figure 10 :	Taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an selon le revenu, Montréal-Centre, 1993-1995 ⁽⁶⁾	p 30
Figure 11 :	Pourcentage de jeunes de 6-17 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon le type de familles, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1990 ⁽¹⁹⁾	p 35
Figure 12 :	Taux de réussite aux épreuves à la fin du secondaire, selon la région, juin 1994 ⁽²⁷⁾	p 36
Figure 13 :	Taux d'hospitalisation des jeunes de 5-24 ans selon le revenu, Montréal-Centre, 1993-1995 ⁽⁶⁾	p 37
Figure 14 :	Taux de fécondité des filles de 15-19 ans selon le revenu, Montréal-Centre, 1991-1994 ⁽⁶⁾	p 38
Figure 15 :	Pourcentage de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon l'âge, Montréal-Centre, 1992-1993 ⁽⁵⁾	p 39
Figure 16 :	Pourcentage de personnes sous le seuil de faible revenu selon l'âge, Montréal-Centre, 1990 ⁽¹⁹⁾	p 45

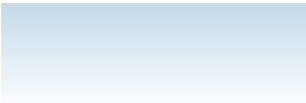
Figure 17 : Pourcentage d'assistés sociaux selon l'âge, Montréal-Centre, 1996 ⁽³²⁾	p 45
Figure 18 : Pourcentage de personnes 25-64 ans ayant un indice de soutien social selon le niveau de revenu, Montréal-Centre, 1992-1993 ⁽³⁸⁾	p 46
Figure 19 : Taux de mortalité par suicide, l'âge et sexe, Montréal-Centre, 1993-1995 ⁽⁷⁾	p 47
Figure 20 : Indice de mortalité par suicide selon la catégorie de revenu, Montréal-Centre, 1991-1994 ⁽⁶⁾	p 48
Figure 21 : Pourcentage de fumeurs de 15 ans et plus selon le revenu, Montréal-Centre, 1992-1993 ⁽⁵⁾	p 49
Figure 22 : Taux de mortalité attribuée au tabagisme selon le revenu, Montréal-Centre, 1991-1994 ⁽⁶⁾	p 49
Figure 23 : Taux de mortalité par maladies cardiovasculaires, Montréal-Centre, 1975-1977 à 1993-1995 ⁽⁷⁾	p 50
Figure 24 : Taux de mortalité des femmes selon le cancer, Montréal-Centre, 1975-1977 à 1993-1995 ⁽⁷⁾	p 50
Figure 25 : Taux de mortalité par sida selon le revenu, Montréal-Centre, 1991-1994 ⁽⁶⁾	p 51
Figure 26 : Nombre de cas de sida chez les personnes de 15 ans et plus selon l'année de diagnostic, Montréal-Centre, 1987-1996 ⁽³⁶⁾	p 52
Figure 27 : Répartition en pourcentage de la population selon l'âge, régions et ensemble du Québec, 1991 ⁽³⁵⁾	p 57
Figure 28 : Pourcentage de personnes de 65 ans et plus vivant sous le seuil de faible revenu selon la situation dans les ménages et le sexe, Montréal-Centre, 1990 ⁽¹⁹⁾	p 58
Figure 29 : Espérance de vie à 65 ans sans incapacité et avec incapacité selon le sexe, Montréal-Centre, 1987 et 1992-1993 ⁽³⁵⁾	p 59
Figure 30 : Espérance de vie à 65 ans selon le revenu, Montréal-Centre, 1991-1994 ⁽⁶⁾	p 59
Figure 31 : Indice des journées d'hospitalisation chez les personnes de 65-74 ans selon le revenu, Montréal-Centre, 1993-1995 ⁽⁶⁾	p 60
Figure 32 : Pourcentage de personnes ayant une incapacité à long terme selon l'âge, Montréal-Centre, 1987 et 1992-1993 ⁽⁵⁾	p 61
Figure 33 : Nombre annuel moyen de journées d'incapacité par personne de 65 ans et plus selon l'incapacité et le sexe, Montréal-Centre, 1992-1993 ⁽⁵⁾	p 62

Références

1. Association canadienne de la santé publique. (1997) *Incidence des conditions socio-économiques sur la santé : conséquences au plan de la politique publique*. Association canadienne de la santé publique, Document de travail du Conseil d'administration, Ottawa, 44 p.
2. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1993) *A Report on the Health of British Columbians. Provincial Health Officer's Annual Report 1992*. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Victoria, 52 p.
3. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1994) *A Report on the Health of British Columbians. Provincial Health Officer's Annual Report 1994*. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Victoria, 74 p.
4. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1995) *A Report on the Health of British Columbians. Provincial Health Officer's Annual Report 1995*. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Victoria, 184 p.
5. Chevalier, S. et Tremblay, M. (sous la direction de). (1995) *Portrait de santé des Montréalais. Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993 pour la région de Montréal-Centre*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Montréal, 312 p.
6. Choinière, R. (1997) *Les inégalités socio-économiques de l'état de santé et de bien-être de la population de Montréal-Centre*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Montréal (voir site web : www.santepub-mtl.qc.ca).
7. Choinière, R., Lafontaine, P., Pageau, M. et Ferland, M. (1998) *La mortalité au Québec: Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la Santé publique, Québec, 167 p.
8. Conseil de la santé et du bien-être. (1997) *La participation comme stratégie de renouvellement et de développement social*. Document de réflexion, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, 119 p.
9. Conseil scolaire de l'île de Montréal. (1995) Classification des écoles primaires selon l'ordre décroissant de l'indice de défavorisation économique (inscription au 30 septembre 1994), mars 1995, document a, 116 p., document b, 130 p.
10. Conseil permanent de la jeunesse. (1993) *Dites à tout le monde qu'on existe. Avis sur la pauvreté des jeunes*, rédigé par Simard, R. et Girard, C., Québec, Conseil permanent de la jeunesse, 116 p.
11. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1996) *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*. Conférence des ministres de la Santé, Toronto, 113 p.

- 
12. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1996) *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes. Annexes techniques*. Conférence des ministres de la Santé, Toronto, 402 p.
 13. Dahl, E. and Birkelund, G.E. (1997) Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Social Science & Medicine* 44 (6), 871-881.
 14. Direction de la santé publique. (1994) *L'état de santé et de bien-être de la population de Montréal-Centre*. Régie régionale de la santé des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 26 p.
 15. Direction de la santé publique. (1996) *Partenaires pour la santé et le bien-être des tout-petits. État de situation pour la région de Montréal-Centre*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 83 p.
 16. Direction de la santé publique. (1996) *Le développement optimal des jeunes dans la région de Montréal-Centre. État de situation : parties 1 et 2 et parties 3 et 4*. En collaboration avec ses partenaires. Régie régionale de la santé et des services sociaux, 148 p. et 261 p.
 17. Direction de la santé publique. (1996) *Priorité Régionale « Cancer du sein ». État de situation sur le cancer du sein et le dépistage dans la région de Montréal-Centre, Document de travail*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 48 p.
 18. Direction de la santé publique. (1997) *Les actes du colloque « Partenaires pour la prévention » Première conférence régionale en prévention-promotion 26-27 novembre 1996*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 127 p.
 19. Ferland, M., Pageau, M. et Choinière, R. (1997) *La pauvreté au Québec, situation par région sociosanitaire et district de CLSC*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 57 p.
 20. Frank, J. and Mustard, J.E. (1994) The determinants of health from a historic perspective. *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences, Health and Wealth*, Autumn 1994, 1-19.
 21. Gouvernement du Québec. (1992) *La Politique de la santé et du bien-être*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 192 p.
 22. Groupe de travail pour les jeunes. (1991) *Un Québec fou de ses enfants*. Rapport de travail pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux, Publications du Québec, Québec, 179 p.
 23. Himech, M., Théorêt, M., Hardy, J.Y. et Gariépy, W. (1993) *Étude sur l'abandon scolaire des jeunes décrocheurs du secondaire sur l'île de Montréal*. Réalisée pour la Fondation du Conseil scolaire de l'île de Montréal. Groupe Interdisciplinaire de Recherche sur l'Abandon Scolaire (GIRAS), Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, Montréal.

- 
24. Johnson-Down, L., O'Loughlin, J., Koski, K.I. and Gray-Donald, K. *Prevalence of Obesity in Low Income Multiethnic Montreal Schoolchildren: A Diet and Physical Activity and Assessment* (soumis pour publication).
 25. Lynch, J.W., Kaplan, G.A. and Salonen, J.T. (1997) Why do people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stage of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine* 44 (6), 809-819.
 26. Macintyre, S. (1997) The Black Report and Beyond. What are the Issues ? *Social Science and Medicine* 44 (6), 723-745.
 27. Marmot, M., Ryff, C.D., Bumpass, L.L., Shipley, M. and Marks, N.F., (1994). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine* 44(6), 901-910.
 28. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Fichier des naissances, (1993-1995).
 29. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1995) *Le Québec comparé : Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques. Évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale*. Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec, 288 p.
 30. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1997) *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Direction générale de la santé publique, Québec, 103 p.
 31. Ministère de la Sécurité du revenu. (1995) *Fichiers produits pour l'ensemble des directions de santé publique du Québec*.
 32. Ministère de la Sécurité du revenu. (1996) *Rapports statistiques. Prestataire de la sécurité du revenu. Programme APTE et Soutien financier, mars 1996*. Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Direction générale des politiques et des programmes.
 33. Moisan, G. (1996). *L'école montréalaise et son milieu: quelques points de repère*, Conseil supérieur de l'éducation, 58 p.
 34. Morel, M., Reyburn, S., et Thérien, F. (1996) *Pauvreté—Action de santé publique*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Montréal, 85 p. (non publié).
 35. Pageau, M., Ferland, M., Choinière, R. et Sauvageau, Y. (1997) *Indicateurs sociosanitaires —Le Québec et ses régions*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Québec, 218 p.
 36. *Programme de surveillance du sida au Québec*, Mise à jour n° 96-4, Régie régionale 06, au 31 décembre 1996. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique et Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 1997, 24 p.

- 
37. Roy, É., Boivin, J.F., Haley, N., Frappier, J.Y. et Claessens, C. *L'évolution des comportements sexuels et de consommation de drogues chez les jeunes de la rue de Montréal. Une étude de cohorte. Résultats préliminaires*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique (non publié).
 38. Santé Québec, *Enquête sociale et de santé (1992-1993)*.
 39. Thérien, F. *Santé publique et pauvreté*. Communication présentée au 4e Congrès canadien sur la promotion de la santé, Montréal, juin 1996, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 16 p. (non publié).
 40. Wardsworth, M.E.J., (1997) Health inequalities in the life course perspective. *Social Science and Medicine* 44(6), 859-869.
 41. West, P. (1997) Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Social Sciences and Medicine* 44(6), 833-858.

Annexe 1

Déterminants de la santé

Environnement	Montréal-Centre	Québec
<i>Physique et écologie</i>		
1. Population desservie par des équipements de collecte sélective (1995) %	♦ 60,9	[66,7]
2. Population desservie par des installations d'épuration des eaux usées (1994) %	♦ 100,0	[76,6]
3. Taux de véhicules automobiles (1995) %	♦ 31,7	[42,7]
<i>Social</i>		
<i>Démographique</i>		
4. Population (1991)	♦ 1 822 516	[7 081 233]
0-14 ans %	♦ 15,7	[19,8]
15-64 ans %	♦ 70,2	[69,2]
65 ans et plus %	♦ 14,0	[11,0]
5. Taux d'accroissement (1986 à 1991) %	♦ 0,9	[5,2]
6. Indice synthétique de fécondité (1990-92) enfants par femme	♦ 1,52	[1,65]
<i>Sociodémographique</i>		
7. Population dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais (1991) %	♦ 15,9	[5,4]
8. Immigrants (1991) %	♦ 23,6	[8,7]
9. Familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans (1991) %	♦ 24,9	[17,9]
10. Population vivant seule (1991) %	♦ 17,6	[12,1]
11. Population ayant déménagé (1991) %	♦ 49,6	[43,6]
<i>Socioéconomique</i>		
12. Population ayant moins de neuf ans de scolarité (1991) %	♦ 19,5	[20,1]
13. Naissances vivantes de mères faiblement scolarisées ¹ (1990-92) %	♦ 17,5 (+)	[15,1]
14. Population inoccupée (1991) %	♦ 44,5	[42,7]
15. Taux de chômage (1991) %	♦ 13,2	[12,1]
16. Pop. sous le seuil de faible revenu (1990) %	♦ 27,8	[19,2]
17. Assistés sociaux (1996) %	♦ 17,5	[12,5]

Comportements, habitudes de vie et facteurs de risque

	Montréal-Centre	Québec
18. Fumeurs réguliers ² (1992-93) %	♦ 28,6	[30,4]
19. Population prenant 14 consommations d'alcool et plus par semaine ² (1992-93) %	♦ 5,8	[6,4]
20. Population n'ayant jamais consommé de drogues illicites ² (1992-93) %	♦ 68,1	[68,9]
21. Population présentant un excès de poids ² (1992-93) %	♦ 23,3	[24,7]
22. Conducteurs de véhicules automobiles utilisant un dispositif de retenue ¹ (1995) %	♦ 90,4	[90,2]
23. Naissances de faible poids ¹ (1990-92) %	♦ 6,2 (+)	[5,9]
24. Taux de grossesses à l'adolescence ¹ (1993-94) p. 1 000	♦ 48,6 (+)	[35,8]
25. Femmes ayant subi un test de Pap ² (1992-93) %	♦ 64,0	[66,2]
26. Femmes de 50 ans et plus ayant subi une mammographie ² (1992-93) %	♦ 44,0	[42,8]
27. Population présentant un niveau élevé de détresse psychologique ² (1992-93) %	♦ 26,9	[26,3]
28. Population présentant des idées suicidaires sérieuses ² (1992-93) %	♦ *3,5	[3,9]
29. Population insatisfaite de sa vie sociale ² (1992-93) %	♦ 13,2(+)	[11,4]
30. Taux de crimes contre la personne ¹ (1995) p. 100 000	♦ 1 164,9 (+)	[670,5]

Organisation des soins

31. Lits de courte durée (1994) p. 1 000	♦ 6,3	[4,0]
Lits et places de longue durée (1994) p. 1 000	♦ 11,0	[8,1]
32. Nombre d'habitants par médecin (1994)	♦ 324	[505]
33. Dépenses per capita (1994-95) \$ courants	♦ 2 843	[2 028]
34. Durée moyenne d'hospitalisation (1993-95) jours		
Total	♦ 8,9	[8,2]
Tumeurs	♦ 13,7	[12,8]
Appareil circulatoire	♦ 12,3	[11,4]
Appareil respiratoire	♦ 8,1	[6,9]
Appareil digestif	♦ 7,6	[6,7]
Organes génito-urinaires	♦ 6,2	[5,8]
Traumatismes	♦ 10,8	[9,9]
35. Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire évitables par la vaccination ¹ (1994)		
Coqueluche p. 100 000	♦ 29,4 (-)	[60,9]

État de santé

Montréal-Centre

Québec

État de santé subjectif

36. Population ne se percevant pas en bonne santé ² (1992-93) %	◆ 10,9	[10,7]
37. Population ayant au moins un problème de santé ² (1987) %	◆ 59,4 (+)	[54,5]
38. Principaux problèmes de santé ² (1987) %		
Arthrite ou rhumatisme	◆ 12,8 (+)	[10,0]
Maux de tête	◆ 10,0 (+)	[8,4]
Allergies cutanées et affections de la peau	◆ 10,0 (+)	[7,9]
Maux de dos	◆ 9,1 (+)	[7,7]
Troubles mentaux	◆ 9,1 (+)	[7,4]
Allergies (autres que rhume des foins et cutanées)	◆ 8,1 (+)	[6,5]
Hypertension	◆ 7,2	[6,3]
Rhume des foins	◆ 8,1 (+)	[6,0]
Lésions (accidents et blessures)	◆ 5,6	[5,0]
Maladies cardiaques	◆ 4,7	[4,1]

État de santé objectif

Morbidité extra-hospitalière

39. Taux de lésions professionnelles ¹ (1993) %	◆ 3,3 (-)	[4,0]
40. Taux d'intoxication (1995) p. 100 000	◆ 604,0(-)	[711]
41. Taux d'incidence des maladies infectieuses à déclaration obligatoire ¹ (1994) p. 100 000		
Chlamydiose	◆ 98,7 (-)	[109,0]
Coqueluche	◆ 29,4 (-)	[60,9]
Campylobactériose	◆ 24,0 (-)	[33,4]
Scarlatine	◆ 4,7 (-)	[17,9]
Hépatite B porteur	◆ 40,9 (-)	[16,8]
Salmonellose	◆ 15,0	[16,6]
Infection gonococcique	◆ 23,9(+)	[10,3]
Giardiase	◆ 11,9(+)	[9,8]
Sida	◆ 16,1(+)	[5,7]
Tuberculose	◆ 11,4(+)	[5,0]

Morbidité hospitalière

42. Taux d'hospitalisation (1993-95) p. 1 000		
Total	◆ 89,7	[100,1]
Tumeurs	◆ 8,2	[8,3]
Appareil circulatoire	◆ 11,9	[14,6]
Appareil respiratoire	◆ 8,5	[10,6]
Appareil digestif	◆ 11,1	[12,6]
Organes génito-urinaires	◆ 6,9	[7,6]
Traumatismes	◆ 6,6	[8,0]



	Montréal-Centre	Québec
43. Taux d'incidence du cancer ¹ (1990-92)		
p. 100 000		
Total	◆ 394	[391]
Côlon-rectum	◆ 53	[53]
Poumon	◆ 68	[70]
Sein chez la femme	◆ 94	[93]
Prostate	◆ 85	[92]

Mortalité

44. Espérance de vie ¹ (1990-92) ans	◆ 77,5 (+)	[77,3]
45. Taux de mortalité infantile ¹ (1990-92)		
p. 1 000 naissances vivantes	◆ 6,3	[5,9]
46. Taux de mortalité périnatale ¹ (1990-92)		
p. 1 000 naissances	◆ 8,4	[7,7]
47. Taux de mortalité ¹ (1990-92) p. 100 000		
Total	◆ 674 (-)	[691]
Tumeurs	◆ 206	[209]
Appareil circulatoire	◆ 251 (-)	[261]
Appareil respiratoire	◆ 52 (-)	[56]
Traumatismes	◆ 40 (-)	[49]
48. Taux de mortalité par suicide ¹ (1990-92)		
p. 100 000	◆ 13 (-)	[16,3]
49. Espérance de vie en bonne santé (1992-93) ans	◆ 68	[66,8]
50. Taux des années potentielles de vie perdues ¹		
(1990-92) p. 100 000		
Total	◆ 6 656 (+)	[6 523]
Tumeurs	◆ 1 931	[1 922]
Appareil circulatoire	◆ 1 274	[1 270]
Appareil respiratoire	◆ 231 (+)	[221]
Traumatismes	◆ 1 224 (-)	[1 589]
51. Répartition des victimes d'accidents		
de véhicules routiers (1992-94)		
Total moyenne annuelle	◆ 11 870	[50 615]
Blessures mortelles %	◆ 1	[2]
Blessures graves %	◆ 9	[13]
Blessures légères %	◆ 90	[85]

Conséquences des problèmes de santé

	Montréal-Centre	Québec
<i>Incapacité</i>		
52. Durée moyenne d'indemnisation par lésion professionnelle (1993) jours	◆ 42,0	[41]
53. Population ayant une incapacité à long terme ² (1992-93) %	◆ 7,2	[7,2]
54. Enfants handicapés ¹ (1995) %	◆ 1,26 (-)	[1,39]
<i>Utilisation des services</i>		
55. Taux de consultations médicales (1994) %	◆ 81,8	[81,4]
56. Taux des journées d'hospitalisation selon le diagnostic (1993-95) p. 1 000		
Total	◆ 879,9	[824,8]
Tumeurs	◆ 129,9	[110,5]
Appareil circulatoire	◆ 179,3	[174,1]
Appareil respiratoire	◆ 74,5	[74,0]
Appareil digestif	◆ 93,3	[86,2]
Organes génito-urinaires	◆ 45,8	[45,3]
Traumatismes	◆ 77,5	[79,8]
57. Taux de césarienne ¹ (1993-95) % accouchements	◆ 24,7 (+)	[22,7]
58. Taux de pontages coronariens ¹ (1993-95) p. 100 000	◆ 67,3 (+)	[61,1]
<i>Consommation de médicaments</i>		
59. Population ayant consommé trois classes de médicaments et plus ² (1992-93) %	◆ 10,0 (+)	[8,7]
60. Nombre d'ordonnances par personne de 65 ans et plus (1994) ordonnances	◆ 26,6	[28,4]

Notes :

1. La différence avec l'ensemble du Québec a fait l'objet d'un test statistique au seuil alpha de 0,05.

2. Lors du calcul des tests statistiques au seuil alpha 0,05, la région est comparée au reste du Québec.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %.
La valeur doit être interprétée avec prudence.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

[] Les données présentées à l'intérieur des crochets se rapportent à l'ensemble du Québec.

Annexe 2

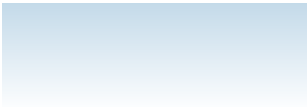
Quelques indicateurs de santé et de bien-être selon le quintile de revenu, Montréal-Centre

	1	2	3	4	5	Total
	<i>supérieur</i>	<i>moyen supérieur</i>	<i>moyen</i>	<i>moyen inférieur</i>	<i>inférieur</i>	
Taux de fécondité des femmes de 15-19 ans ¹ , (p. 1000)	5,7	13,1	21,3	25,3	39,2	20,2
% de fumeurs réguliers ²	23,9		28,5		40,5	28,6
% de la population prenant 4 consommations et plus d'alcool ²	6,0		4,5		4,8	5,4
% de la population n'ayant jamais consommé de drogues ²	64,5		72,4		71,4	68,1
% de naissances de faible poids ¹	5,1	5,3	5,9	6,8	7,4	6,2
% de naissances prématurées ¹	6,3	6,3	6,9	7,4	7,8	7,0
% de femmes ayant subi un test de Pap ²	73,0		59,1		52,8	64,0
% de femmes ayant subi une mammographie ²	32,4		25,9		22,0	28,0
% de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ²	26,1		25,7		30,9	26,9
Séjour moyen à l'hôpital ³ (jours)	10,6	11,1	11,3	12,0	11,8	11,4

État de santé

% ne se percevant pas en bonne santé ²	8,3		10,0		18,7	10,9
Taux d'incidence de maladies évitables par la vaccination ⁴ (p. 100 000)	20,6	21,4	34,3	27,0	27,3	29,9
Taux d'incidence de maladies transmises sexuellement ⁴ (p. 100 000)	31,6	60,6	68,3	130,0	261,5	176,2
Taux ajusté d'hospitalisation ³ (p. 1000)	79,5	91,9	100,4	104,7	104,5	96,2
Taux d'hospitalisation ³ des enfants de moins d'un an (p. 1000)	117,2	146,8	173,5	179,1	192,0	163,0

	1	2	3	4	5	
	<i>supérieur</i>	<i>moyen supérieur</i>	<i>moyen</i>	<i>moyen inférieur</i>	<i>inférieur</i>	<i>Total</i>
Taux ajusté d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire ³ (p. 1000)	13,4	15,2	16,2	16,4	16,0	15,5
Taux ajusté d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire ³ (p. 1000)	6,8	8,8	10,2	10,5	11,0	9,4
Taux ajusté d'hospitalisation pour blessures ³ (p. 1000)	6,6	7,5	7,8	8,4	8,5	7,8
Taux ajusté d'hospitalisation pour sida ³ (p. 100 000)	7,0	24,7	29,6	58,0	86,5	41,8
Taux d'incidence du cancer du poumon ⁵ (p. 100 000)	56,9	73,8	81,5	94,3	95,0	80,3
Taux d'incidence du cancer du sein ⁵ (p. 100 000)	111,3	118,4	102,4	111,2	87,8	106,6
Espérance de vie à la naissance ¹ sexes réunis (années)	80,0	79,0	77,4	77,0	75,4	77,7
Espérance de vie à la naissance ¹ hommes (années)	77,4	75,9	73,5	72,6	70,9	74,0
Espérance de vie à la naissance ¹ femmes (années)	82,2	81,8	80,8	80,8	79,7	81,1
Taux de mortalité infantile ¹ (p. 1000)	4,7	4,1	6,5	5,5	7,7	5,8
Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon ¹ (p. 100 000)	51,3	59,2	73,5	72,8	83,2	67,8
Taux ajusté de mortalité par cancer du sein chez la femme ¹ (p. 100 000)	39,9	41,5	38,9	36,6	37,2	38,8
Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ¹ (p. 100 000)	282,5	299,8	325,7	342,3	356,5	321,3
Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire ¹ (p. 100 000)	62,3	60,1	72,1	71,3	82,9	69,7
Taux ajusté de mortalité par blessures ¹ (p. 100 000)	32,3	39,2	42,5	45,2	55,3	43,1
Taux ajusté de mortalité par suicide ¹ (p. 100 000)	9,2	12,4	13,9	16,3	19,5	14,4
Taux ajusté de mortalité par sida ¹ (p. 100 000)	3,4	7,7	8,6	27,1	35,1	16,6



	1	2	3	4	5	
	<i>supérieur</i>	<i>moyen supérieur</i>	<i>moyen</i>	<i>moyen inférieur</i>	<i>inférieur</i>	<i>Total</i>
Espérance de vie en bonne santé ¹ , sexes réunis (journées)	70,7		67,8		62,7	68,1
Espérance de vie en bonne santé ¹ , hommes (journées)	69,7		66,2		59,5	66,5
Espérance de vie en bonne santé ¹ , femmes (journées)	71,2		69,1		65,7	69,5
Taux ajusté de mortalité attribuée au tabagisme ¹ (p. 100 000)	80,2	94,6	113,1	115,3	130,2	106,4
Taux ajusté de mortalité évitable ¹ (p. 100 000)	7,1	8,5	13,7	12,0	16,2	11,5

Conséquences des problèmes de santé

% de la population ayant une incapacité à long terme ²	5,7		8,0		12,9	8,0
% de la population ayant consulté un médecin ²	14,9		15,8		17,4	15,7

Notes :

1. Période couvrant les années 1991 à 1994.
2. Enquête sociale et de santé 1992-1993.
3. Période couvrant les années financières 1993-1994 à 1994-1995.
4. Période couvrant les années 1990 à 1994.
5. Période couvrant les années 1989 à 1993.

Annexe 3

Remerciements

Équipe projet

Richard Lessard, directeur de la santé publique

Denis Roy, coordonnateur du rapport

Lorraine Bernier	Jean-Luc Moisan
Deborah Bonney	Michel Morel
Rénald Bujold	Robert Perreault
Robert Choinière	Raynald Pineault
Isabelle Laporte	François Thérien
Yolande Marchand	

Recherche et rédaction

Lorraine Bernier
Rénald Bujold
Robert Choinière

Conseillère en rédaction

Solange Lapierre

Communications

Deborah Bonney
Jean-Luc Moisan

Graphisme

Paul Cloutier

Infographie

Manon Girard

Photographie

Jean Bruneau

Collaborations spéciales

Jean Beauchemin
Lise Bertrand
Serge Daneault
Suzanne De Blois
Véronique Déry
Huguette Doucet
Jacques Durocher
Gilles Forget
Sylvie Gravel
Patricia Goggin
Danielle Guay
Francine Hubert
Diane Martel
Catherine Martin
Carole Poulin
Ariane Riou
Élise Roy
Bruno Turmel

