

*Rapport annuel 1999 sur la santé
de la population montréalaise*

Prévenir, guérir, soigner les défis d'une société vieillissante



**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

*Rapport annuel 1999 sur la santé
de la population montréalaise*

Prévenir, guérir, soigner les défis d'une société vieillissante



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) 528-2400

English version
available upon request

© **Direction de la santé publique**
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (1999)

Dépôt légal : 4^e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-205-2

Remerciements

De nombreux 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 de 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 la toute fin du rapport. 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

Dans son deuxième rapport annuel sur la santé de la population montréalaise, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre se penche sur la question du vieillissement car à Montréal, comme dans bien d'autres agglomérations, le « virage gris » est déjà amorcé et que le phénomène s'avère plus rapide à Montréal qu'ailleurs au Québec et au Canada. Les chiffres sur la démographie montréalaise expriment bien cette réalité : si, aujourd'hui, les 65 ans et plus représentent déjà 15 % de la population, en 2016, ils compteront pour 20 % des Montréalais quand les générations du baby-boom atteindront l'âge de la retraite.

Il faut savoir que le baby-boom a été particulièrement marqué en Amérique du Nord et que le Québec est passé plus rapidement qu'ailleurs d'une fécondité très forte à une fécondité très faible. Parallèlement, l'espérance de vie s'est accrue de façon notable alors que les mouvements migratoires ont eu un effet relativement marginal sur le vieillissement de la population montréalaise.

Autre constat : si les générations d'ainés actuelles et à venir ont bénéficié généralement des progrès de tous ordres qui ont marqué la seconde moitié du XX^e siècle, tous n'en ont malheureusement pas profité également. On l'oublie trop souvent, Montréal demeure une ville aux inégalités sociales très marquées, notamment après l'âge de 65 ans.

Par ailleurs, même si les statistiques continuent de découper ainsi les générations, être vieux aujourd'hui ne signifie plus nécessairement avoir 65 ans. Cela arrive de plus en plus tard en raison d'un meilleur état de santé général, des avancées considérables dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé et des traitements médicaux, mais aussi en raison de l'amélioration des grands déterminants de la santé. Et tout comme les jeunes, les personnes âgées peuvent améliorer leur état de santé. Aujourd'hui, ce n'est pas l'âge qui compte d'abord, c'est l'état de santé!

Toutefois, malgré une amélioration constante de la santé de la population, nous devons, au même moment, paradoxalement faire face à une augmentation significative des maladies du vieillissement qui sont et demeureront en croissance. Le rapport analyse les déterminants et les impacts de ces maladies. Il examine aussi les divers aspects d'un environnement

social et physique en mutation, notamment les dynamiques familiales, la tendance à une retraite hâtive ainsi que l'influence de l'environnement physique et des milieux de vie.

Au chapitre des pistes d'action, le rapport annuel postule qu'il est possible de vieillir en santé pour peu que les différents acteurs sociaux se préparent adéquatement à bien négocier le « virage gris ». Dans le nouveau contexte démographique, le but visé est de maintenir la population en santé le plus longtemps possible, d'optimiser son autonomie fonctionnelle et sa qualité de vie. Un tel objectif incite à agir avant que les risques, les problèmes ou leurs conséquences ne surviennent, chaque fois que c'est possible.

Le rapport répartit la population en trois groupes : les personnes qui se perçoivent en excellente ou en très bonne santé, c'est le cas de la majorité de la population montréalaise, celles qui se perçoivent en bonne santé, le tiers, de la population et celles qui perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise, une personne sur dix, auxquelles s'adresse une très grande part de l'activité du système de santé et des services sociaux. Et contrairement à l'idée reçue, à peine un quart des personnes âgées font partie de ce dernier groupe.

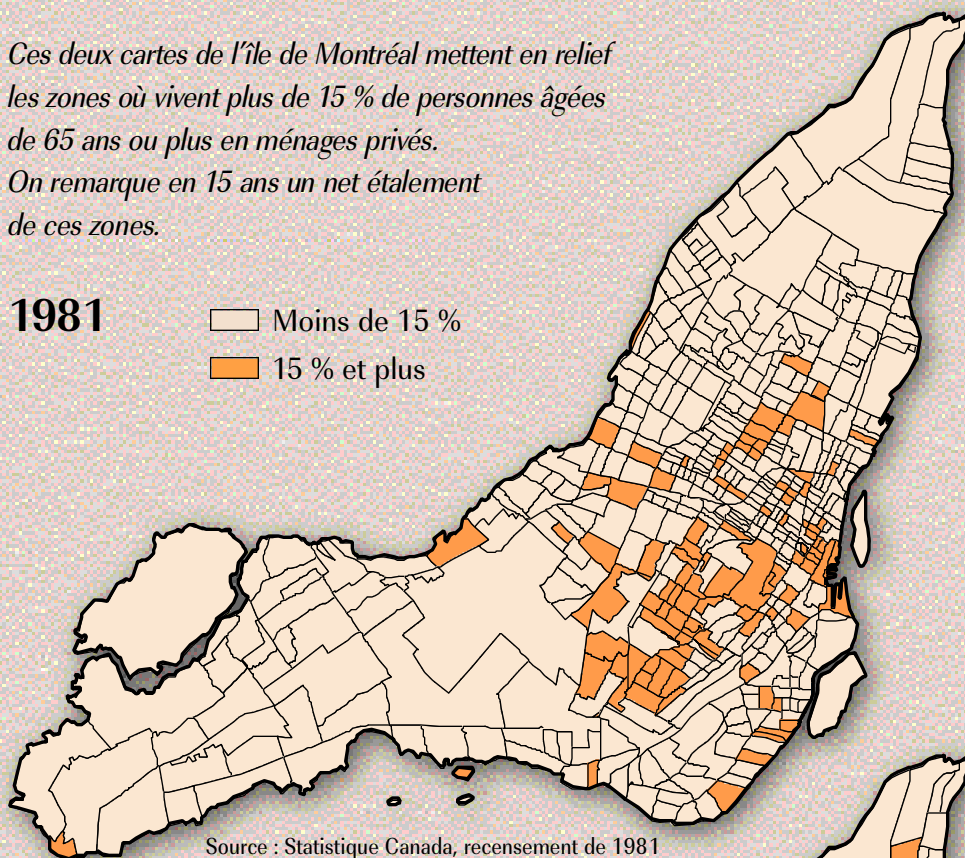
Pour faire fructifier le « capital-santé », le rapport met de l'avant une approche de gestion préventive qui consiste à prévenir, guérir ou soigner, selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre des sous-groupes de population considérés, en agissant sur trois déterminants de l'état de santé (voir schéma B, p. 49). Pour ce faire, le rapport explore différentes avenues pour développer le potentiel des personnes et des collectivités, pour aménager l'environnement et les milieux de vie et pour adapter les services de santé et les services sociaux.

Le vieillissement rapide de la population montréalaise et son impact présumé sur la santé soulèvent pour plusieurs des questions nouvelles, et même des inquiétudes quant à notre capacité collective d'assurer la pérennité de nos politiques sociales dont notre système public de santé. Le rapport de la Direction de la santé publique vient tenter d'éclairer les véritables enjeux de ces questionnements et opposer une vision d'action positive à une approche trop souvent fataliste du phénomène du vieillissement. Il y a là une occasion que la collectivité montréalaise devrait saisir pour prendre de vitesse le changement démographique.

Ces deux cartes de l'île de Montréal mettent en relief les zones où vivent plus de 15 % de personnes âgées de 65 ans ou plus en ménages privés. On remarque en 15 ans un net étalement de ces zones.

1981

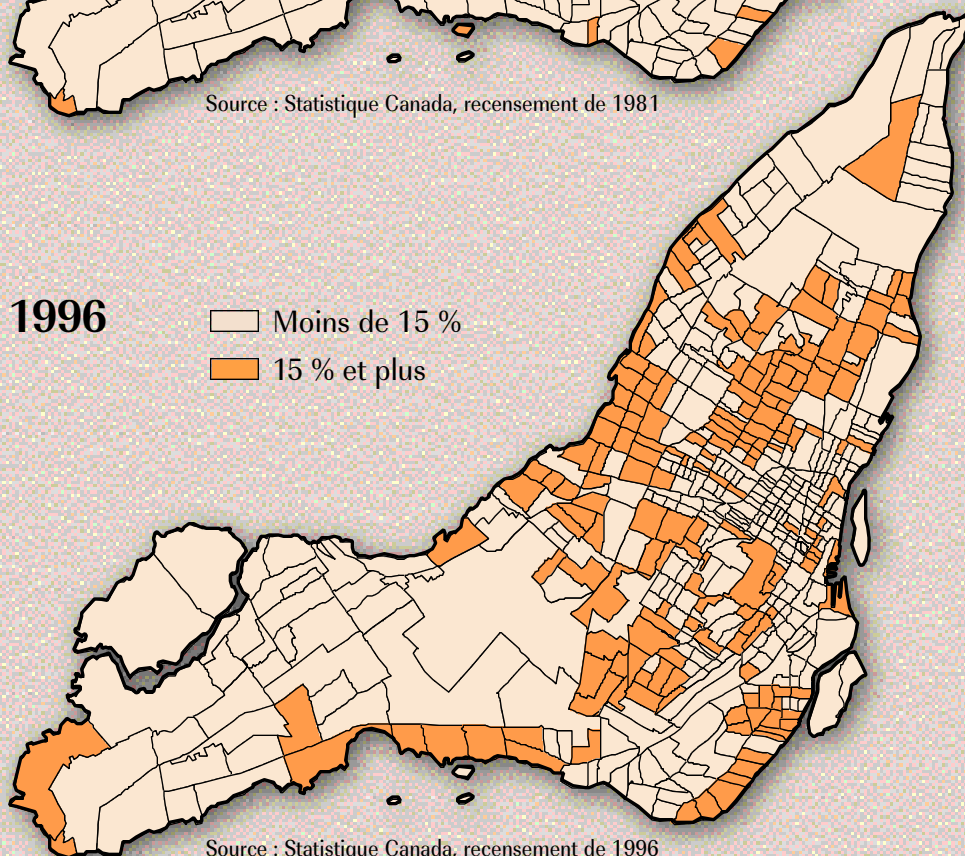
Moins de 15 %
15 % et plus



Source : Statistique Canada, recensement de 1981

1996

Moins de 15 %
15 % et plus



Source : Statistique Canada, recensement de 1996

Avant-propos

Notre second rapport annuel traite d'un phénomène qui va marquer les prochaines décennies et dont les effets sont déjà visibles.

Les deux cartes ci-contre l'illustrent clairement. La population montréalaise vieillit et cette tendance démographique ira s'accroissant.

Mais notre rapport s'inscrit aussi dans la foulée des défis du rapport précédent, c'est-à-dire les inégalités sociales et leurs conséquences sur la santé de la population, notamment parce que les personnes âgées, nos aînés, ne sont pas toujours à l'abri de ces inégalités. Le taux de pauvreté demeure deux fois plus élevé à Montréal qu'ailleurs au Canada.

Pour bien délimiter les enjeux, nous analyserons les impacts prévisibles du vieillissement sur le réseau de la santé et des services sociaux.

Ce faisant, nous verrons pourquoi la participation des citoyens, des intervenants et des gestionnaires est plus que jamais requise pour que le système de santé puisse s'adapter à la nouvelle réalité démographique de notre société.

« ...il s'agit en effet de "garder notre monde en santé" le plus longtemps possible. »

Un certain nombre de pôles majeurs se dégagent rapidement de cette analyse, parmi lesquels émergent la promotion de la santé et la prévention : il s'agit en effet de « garder notre monde en santé » le plus longtemps possible. À cet égard, les enjeux débordent la stricte question de l'organisation des services de santé, pour toucher tous les secteurs d'activité. Il n'est sans doute pas inutile de rappeler le rôle central des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, soit l'éducation, l'emploi, l'environnement...

Et, de la bonne santé de ces déterminants dépend la bonne santé d'une population. C'est pourquoi tous les partenaires, tant dans la sphère publique que privée, auront un rôle à jouer pour transformer ces défis en succès : on pense ici autant à des politiques sociales et environnementales qu'à des décisions d'entreprises favorisant l'épanouissement de la société.

Prévenir , guérir , soigner , trois objectifs qu'il nous faut poursuivre simultanément pour répondre à l'ensemble des besoins de santé d'une population vieillissante. On le voit, le champ d'action est vaste

et c'est pourquoi il importe de se préparer dès maintenant et de mettre au point une stratégie à longue portée.

Déjà, à la Direction de la santé publique, un ensemble de pistes d'action, qui touchent toute la communauté, nous semblent prometteuses.

Le vieillissement ne serait-il pas une nouvelle occasion d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population?

Au terme de cette Année internationale des personnes âgées, à la lumière de tout ce qui a été dit et écrit, et aussi à la suite de notre propre analyse, nous en demeurons profondément convaincus.

Le directeur de la santé publique

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard', with a stylized, cursive script.

Richard Lessard, M.D.

Table des matières

<i>S'adapter à une société vieillissante</i>	12
<i>I. Des acquis considérables</i>	14
Pourquoi un vieillissement rapide à Montréal?	15
Le facteur central : les enfants seront moins nombreux à Montréal	15
L'espérance de vie s'accroît	16
La migration freine peu le vieillissement	16
Les aînés d'aujourd'hui : les temps qui changent	17
Avancer en âge avec de moins en moins d'incapacités	18
Dans le peloton de tête des pays de l'OCDE pour l'instruction	18
Un taux d'emploi supérieur, mais moins de travailleurs âgés	19
Le revenu des aînés en hausse malgré de grands écarts	20
<i>2. Un paradoxe</i>	22
La santé s'améliore mais les maladies du vieillissement sont en croissance	23
Les maladies associées au vieillissement de la population	25
Dans un environnement social et physique en mutation	34
Des dynamiques familiales en bouleversement	34
La tendance à la retraite hâtive	38
L'environnement et les milieux de vie	40

3. Vieillir en santé, c'est possible	44
Se préparer à bien négocier le « virage gris »	45
Garder un œil sur la santé de la population	46
Les besoins, l'âge et l'état de santé	47
Agir sur les déterminants	49
Le développement des personnes et des collectivités	50
Valoriser des habitudes de vie qui renforcent le capital-santé	50
Revoir le rôle des aidants familiaux et communautaires	51
Favoriser la participation sociale des aînés	53
L' aménagement de l'environnement et des milieux de vie	57
Une nécessaire mobilisation pour améliorer l'aménagement urbain	57
Des modes de transport pour tous les âges	58
Des logements mieux adaptés	59
L' adaptation des services de santé et des services sociaux	59
Une transformation inachevée	59
Une approche de gestion préventive	65
 <i>Prendre de vitesse le changement démographique</i>	 68
 <i>Bibliographie</i>	 70
 <i>Liste des cartes, figures, tableaux et schémas</i>	 74
 <i>Remerciements</i>	 76

S'adapter à une société vieillissante

Si l'Organisation mondiale de la santé a choisi 1999 pour l'Année internationale des personnes âgées, c'est que la question du vieillissement se pose déjà dans bien des pays, les pays développés comme les pays en développement, et qu'à divers égards nous y sommes encore mal préparés. Dans notre région, cette réalité se présente de plus sous un jour pressant puisque la société montréalaise¹, encore relativement jeune, va vieillir à un rythme tel qu'elle comptera parmi les plus vieilles au Canada d'ici 20 ans à peine.

L'accroissement de la population âgée dans l'île, les effets s'en font déjà sentir dans le champ de la santé comme dans d'autres domaines. Sans être alarmistes ni trop confiants, il faut examiner toutes les conséquences de ce phénomène démographique. De plus, dans le contexte des inégalités sociales marquées qui caractérisent Montréal, les défis à relever seront d'autant plus grands.

Quel sera donc l'enjeu premier de santé publique dans ce contexte? Il s'agit de mettre en place les conditions favorables pour que cette société vieillissante assure le bien-être de tous, les plus jeunes comme les plus vieux. Prévenir, guérir, soigner : ce qui signifie d'abord qu'il nous faut intensifier la promotion et la prévention à tous les âges de la vie. Cela exige aussi de réaffirmer l'importance des soins primaires dans les communautés et de travailler à minimiser l'impact des maladies chroniques et des incapacités. Pour ce faire, nous devons miser sur la création d'environnements physiques et communautaires favorisant une plus grande autonomie.

Voici donc l'occasion de rappeler le rôle moteur de la prévention et de la promotion de la santé : réduire la morbidité, retarder la mortalité et accroître le nombre d'années en bonne santé. Qu'il s'agisse d'un mode de vie sain, de vaccination ou de dépistage, prévention et promotion demeurent les meilleures des médecines, efficaces et à moindre coût, même pour les maladies chroniques et à tout âge. Il s'agit par exemple de renforcer les saines habitudes de vie et d'aider à la création d'environnements favorables. Si les défis économiques et sociaux du vieillissement

¹ Le terme « montréalais » désigne les personnes résidant à Montréal-Centre, c'est-à-dire dans les 29 municipalités de la Communauté urbaine de Montréal.

sont incontournables, ils ne sont ni catastrophiques ni insurmontables. Plutôt que d'adopter une attitude défensive, au-delà des stéréotypes, nous proposons de faire le point sur la situation ici, de miser sur les facteurs favorables et de cerner avec précision les défis particuliers à relever.

De prime abord, l'une des questions les plus préoccupantes est celle du financement de la santé et des services sociaux dans une société qui verra la tranche de population qui utilise le plus de soins, c'est-à-dire les aînés, augmenter d'année en année. Tout un défi, certes, mais l'on sait qu'il est possible d'atténuer une large part des effets négatifs.

En effet, plusieurs facteurs pourraient freiner la hausse des coûts : l'état de santé de la population qui s'améliore, la participation fiscale plus grande des aînés et un marché de l'emploi favorable. On sait aussi que l'éducation, l'emploi, le revenu, trois déterminants de la santé qui vont de pair, ont beaucoup gagné de terrain au cours du siècle. Si donc on regarde les caractéristiques des générations adultes actuelles, on peut déjà percevoir combien les prochaines générations d'aînés seront différentes des précédentes et, du fait de leur nombre — on parle ici des baby-boomers quand ils passeront la soixantaine —, combien elles exerceront une influence plus marquée sur la société, ce qui pourrait s'avérer bénéfique. Le vieillissement doit être perçu à la lumière de ces nouvelles tendances.

Dans les pages qui suivent, nous examinerons d'abord l'évolution de la pyramide des âges jusqu'en 2016. À l'aide de quelques indicateurs, nous allons suivre l'évolution dans le temps de diverses problématiques de santé publique et tenter de cerner les enjeux propres à notre région. Nous tenterons aussi d'identifier les grands défis à relever afin que tous, jeunes et aînés², puissent continuer de s'épanouir. La question de l'adaptation des services de santé et de leur financement fera bien sûr l'objet d'une réflexion particulière, mais nous garderons à l'esprit que la question proprement financière déborde le cadre de notre mandat. Enfin, comme ce rapport repose sur nombre de données et d'études qu'il serait fastidieux de citer, nous renvoyons les lecteurs qui désirent davantage de détails au site Internet de la Direction³.

² Le terme « aînés » désigne ici les personnes âgées de 65 ans et plus.

³ Adresse internet de la DSP : <http://www.santepub-mtl.qc.ca>



1

Des acquis considérables

***Ê**TRE VIEUX, aujourd'hui, ce n'est plus avoir 65 ans. Cela arrive de plus en plus tard, en raison d'un meilleur état de santé général, la prévention et les traitements médicaux ayant fait des pas de géant, mais aussi en raison de l'amélioration des grands déterminants de la santé.*

Pourquoi un vieillissement rapide à Montréal?

Notre rapport de 1998 notait déjà que le vieillissement de la population est plus rapide à Montréal qu'ailleurs au Québec qui, lui-même, va bientôt dépasser le Canada à cet égard. Les chiffres sont en effet bien clairs : Montréal, avec 15 % d'âinés en 1996, se démarque du Québec et du Canada où ce taux est de 3 % inférieur. En outre, d'ici 2016, à Montréal, la population totale augmentera de près de 10 %, mais celle des âinés de 30 %.

C'est dire que la question se pose ici avec davantage d'acuité. En effet, le baby-boom a été particulièrement marqué en Amérique du Nord et le Québec est passé plus rapidement qu'ailleurs d'une fécondité très forte à une fécondité très faible.

Le vieillissement de notre société résulte de trois facteurs : la baisse de la fécondité, une tendance visible depuis 30 ans, l'allongement de l'espérance de vie, en croissance, et la migration, qui demeure négative.

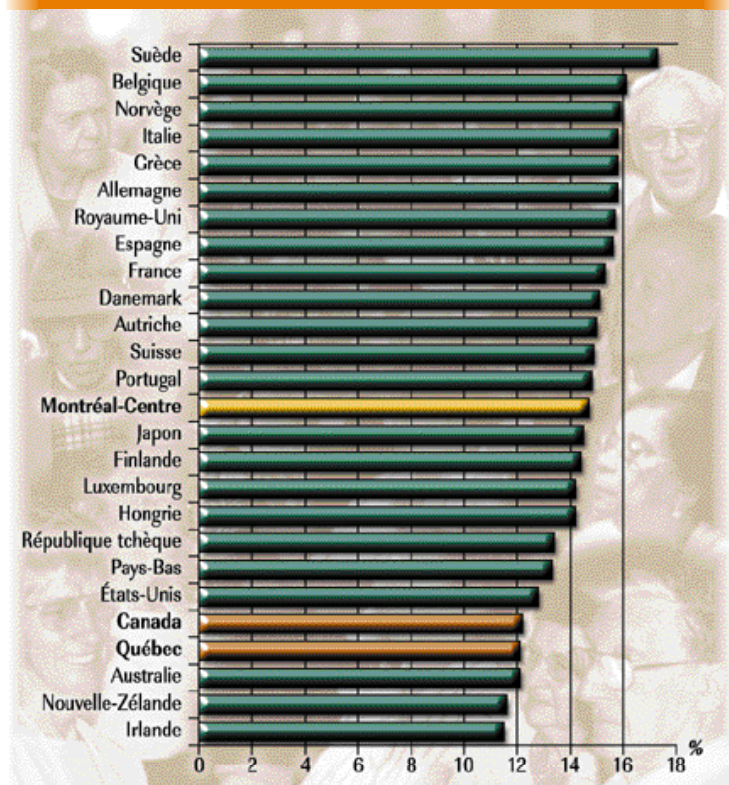
Le facteur central : les enfants seront moins nombreux à Montréal

Après la montée du taux de fécondité tout au long de la première moitié du siècle, la baisse est régulière depuis 1961 malgré quelques soubresauts. Le nombre moyen d'enfants par femme, de 4 en 1956, est passé sous le seuil de remplacement des générations en 1970, puis s'est stabilisé à 1,6 depuis 1991. La chute a été encore plus marquée chez les Montréalaises, mais ce taux a rejoint celui du Québec en 1996.

Ainsi, à l'heure actuelle, les âinés, pour la plupart nés dans les années 20, peuvent compter sur le soutien de plus de trois enfants; en 2016, cependant, c'est-à-dire pour les personnes nées dans les années 30 et 40,

fig. 1

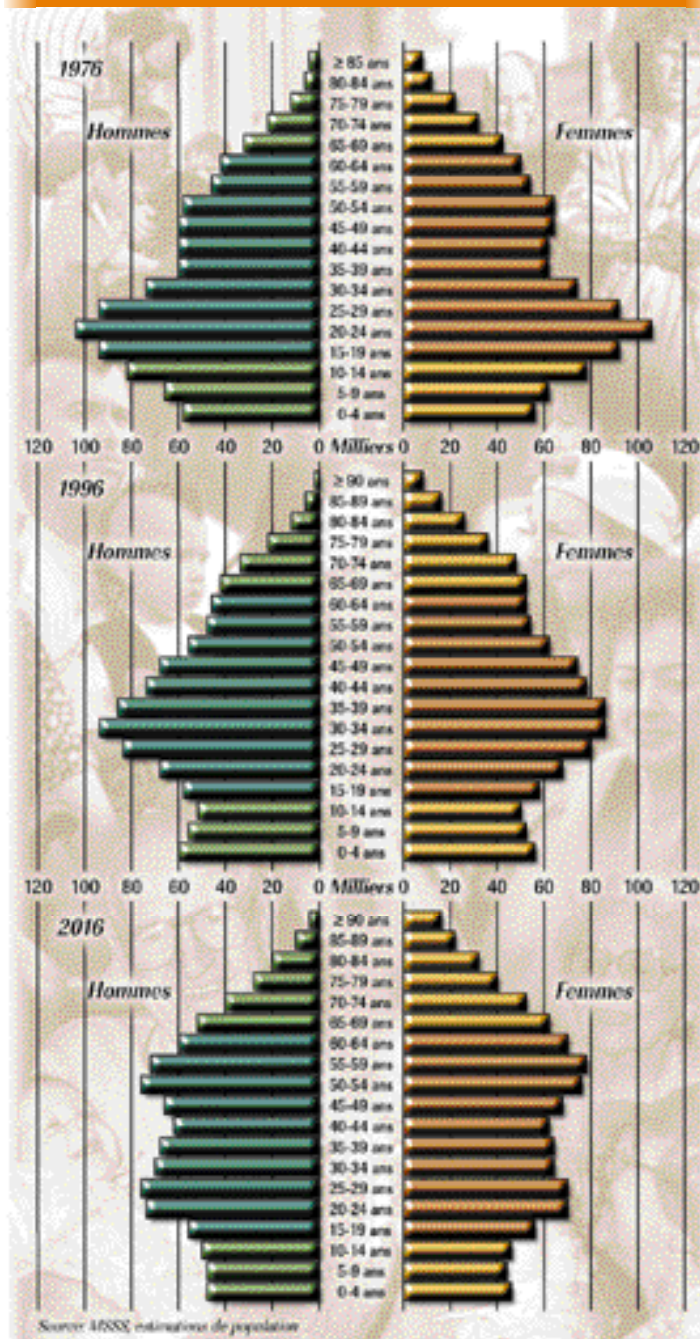
Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, Montréal-Centre, Québec et pays de l'OCDE, 1996



il n'y en aura plus que deux. Et la tendance s'accroît avec les baby-boomers, la génération née entre 1946 et 1966, dont la descendance est encore moindre.

fig. 2

Pyramide des âges, Montréal-Centre,
1976, 1996 et 2016



Cette situation mènera très bientôt à une inversion de deux groupes d'âge, les jeunes et les 65 ans et plus. C'est-à-dire que si, en 2001, le nombre des moins de 15 ans dépasse encore un peu celui des aînés, à partir de 2006, le cap est franchi et le nombre d'aînés l'emporte sur celui des jeunes.

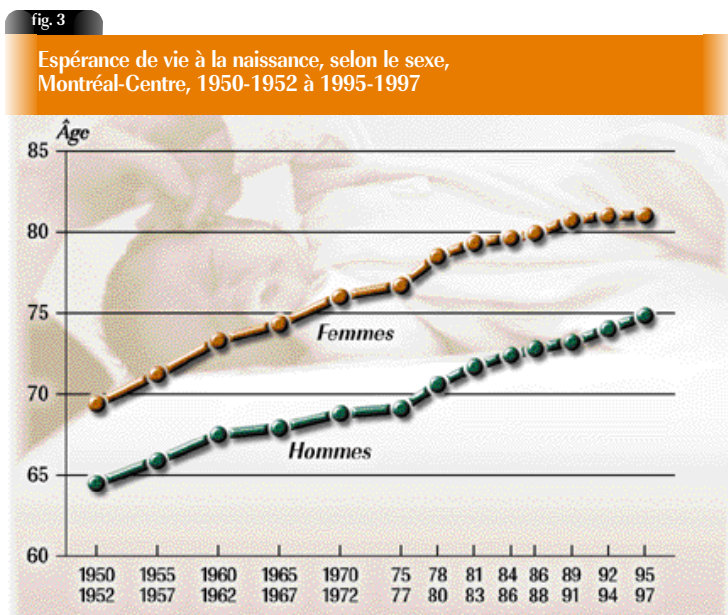
L'espérance de vie s'accroît

Second facteur explicatif du vieillissement, la progression notable de l'espérance de vie : de moins de 70 ans en 1950-1952, elle atteint 81 ans chez les femmes depuis 1992-1994 et se maintient depuis. Chez les hommes, par contre, elle n'était encore que de 74,8 ans en 1995-1997; cet écart hommes-femmes va cependant diminuant.

Ce gain marqué explique en partie le vieillissement du groupe des 65 ans et plus, tendance qui va se poursuivre. C'est en effet dans ce groupe que les plus grands progrès se font, la mortalité chez les plus jeunes étant déjà très faible, grâce aux progrès dans les conditions de vie et de la médecine. Par exemple, de 1996 à 2016, le taux d'accroissement du groupe des 85 ans et plus est considérable : il atteint 86 %, et ce groupe, qui constituait 9 % des aînés en 1996, comptera alors pour plus de 14 %.

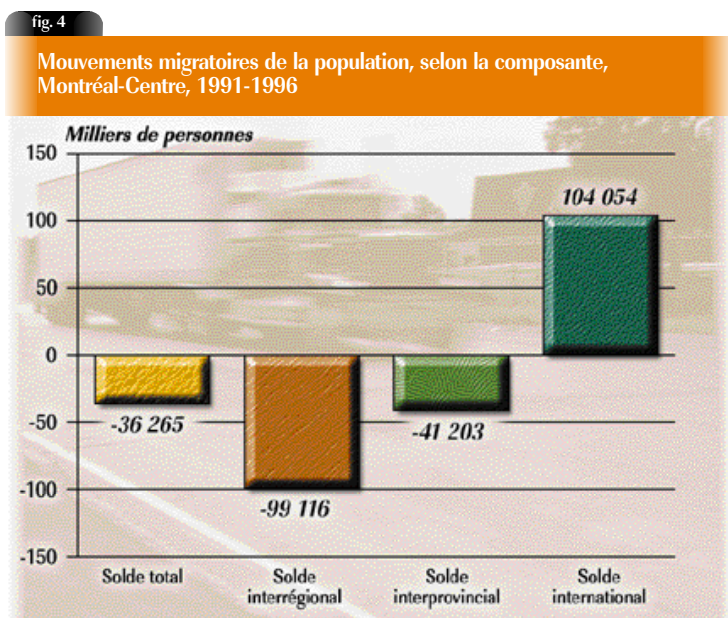
La migration freine peu le vieillissement

Troisième facteur, la migration, c'est-à-dire le nombre de personnes qui entrent et qui sortent de l'île. À Montréal, le grand nombre d'immigrants arrivant d'autres pays modifie la structure d'âge : les immigrants comptant surtout des jeunes adultes (53 % de 25-49 ans) et des enfants (41 % de moins de 25 ans) et fort peu d'âinés. Le bilan total est négatif toutefois, soit un déficit de 35 000 personnes tous les cinq ans : c'est que le départ vers d'autres provinces, l'attraction des jeunes familles vers la banlieue et le départ des plus de 55 ans ne sont compensés, ni par l'arrivée des 15-19 ans en provenance des régions, ni par les immigrants. Cependant, ces mouvements migratoires jouent un certain rôle : ils ralentissent le vieillissement de Montréal; sans eux, le pourcentage d'âinés, de 14,7 % en 1996, aurait plutôt atteint 15,4 %.



Les âinés d'aujourd'hui : les temps qui changent

Être vieux, aujourd'hui, ce n'est plus avoir 65 ans, malgré les statistiques qui découpent ainsi les générations. Cela arrive de plus en plus tard, en raison d'un meilleur état de santé général, la prévention et les traitements médicaux ayant fait des pas de géant, mais aussi en raison de l'amélioration des grands déterminants de la santé. Par ailleurs, la majorité des âinés s'estiment en bonne santé même s'ils ont globalement une moins bonne perception de leur état de santé que les plus jeunes : plus de 18 %



s'en estimaient insatisfaits en 1993 contre 13 % chez les 45-64 ans. Enfin, tout comme les plus jeunes, les aînés peuvent améliorer leur état de santé.

Avancer en âge avec de moins en moins d'incapacités

Tout au long du siècle, la santé s'est améliorée, à tous les âges de la vie, et cette tendance se fait déjà sentir dans les cohortes plus âgées, pour la plupart des causes de maladies. Cette tendance favorable, des études américaines l'ont chiffrée : de 1982 à 1994, le taux d'aînés affligés d'une incapacité a chuté de 3,5 %, et cette tendance s'accélère.

L'avancée en âge amène toutefois une hausse des incapacités et des maladies chroniques. Mais on oublie souvent que, malgré tout, bon nombre d'aînés vivent de façon autonome et active. D'une part, on sous-estime la capacité d'adaptation des gens à vivre avec des incapacités, d'autre part, ce n'est qu'une petite minorité qui en souffre.

Dans le peloton de tête des pays de l'OCDE pour l'instruction

Si le degré d'instruction s'améliore depuis le début du siècle, il est encore plus marqué depuis les années 50. Dans la génération d'avant 1926,

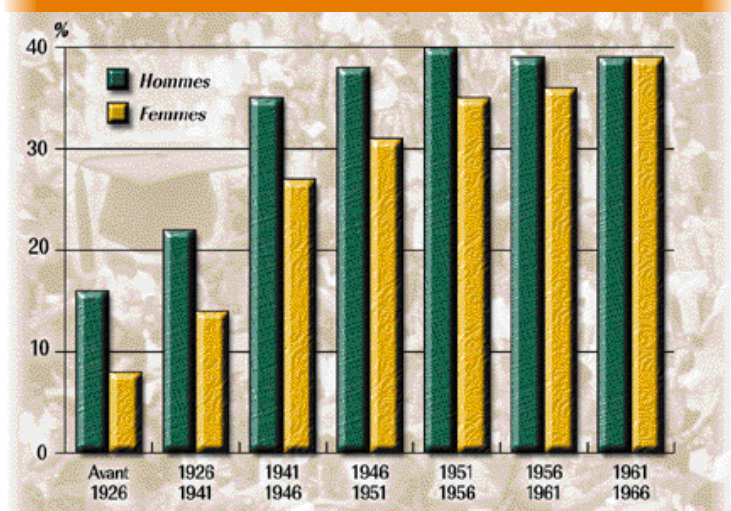
seuls 16 % des hommes allaient à l'université et moitié moins chez les femmes. Aussi, au fil du siècle, la fréquentation de l'université par les femmes connaît un rattrapage : de 14 % avant la guerre, elles passent à plus d'un quart après la guerre et à 39 % aujourd'hui. C'est autant que les hommes dont le taux de fréquentation, d'ailleurs, plafonne depuis 1961.

Autrement dit, il est clair que les aînés du prochain siècle seront très instruits par rapport aux générations précédentes. De plus, l'éducation permanente est un autre phénomène en expansion. Par exemple, l'Université de

Sherbrooke a largement ouvert ses portes aux retraités, créant des programmes sur mesure, et cette tendance semble vouloir s'installer.

fig. 5

Proportion de la population ayant suivi des études universitaires selon la génération, Montréal-Centre, 1991



Parmi les pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique, soit l'Europe, l'Amérique du Nord et le Japon, le Québec se situe aujourd'hui dans le peloton de tête. À l'encontre d'une opinion largement répandue, le portrait de la scolarisation est moins sombre qu'il n'y paraît. D'après le ministère de l'Éducation, en 1998, sur une cohorte de 100 élèves, 99 parviennent au secondaire et 82 obtiennent le diplôme. Au niveau collégial, 63 jeunes se dirigent vers le DEC dont 37 seront diplômés. Par la suite, 28 obtiendront un diplôme universitaire.

Enfin, pour souligner le lien entre éducation et emploi, notons combien la situation a progressé jusqu'en 1996 : on dénombrait alors 20 % de personnes de moins qu'en 1975 n'ayant aucune formation qui les prépare au marché du travail. Ce chiffre, toutefois, ne doit pas nous faire oublier qu'en 1995 encore près d'un homme sur deux n'a pas obtenu au moins un diplôme de formation professionnelle ou technique — mais les femmes ont un meilleur score.

Un taux d'emploi supérieur, mais moins de travailleurs âgés

On n'avait pas vu pareille situation depuis 10 ans, le nombre de chômeurs sur l'île a nettement régressé : il est passé sous la barre des 100 000 en 1998. Le taux de chômage lui aussi régresse à 10 %, taux que l'île n'a pas connu depuis 1990. La situation de l'emploi serait donc favorable : le nombre d'emplois a connu une forte hausse et la durée du chômage a diminué de près de 30 %. Il semble aussi que les secteurs traditionnels reculent au profit des secteurs de la nouvelle économie.

En contrepartie, la population active a baissé de 1,7 % chez les hommes et a augmenté de 1,9 % chez les femmes. On sait aussi qu'au Québec le taux d'inactivité a monté, ce qui s'explique par le vieillissement

fig. 6

Taux de chômage, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1991 à 1999

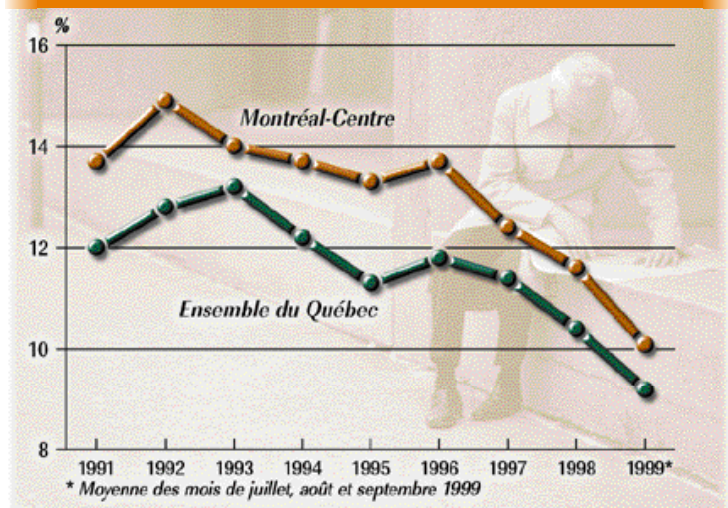
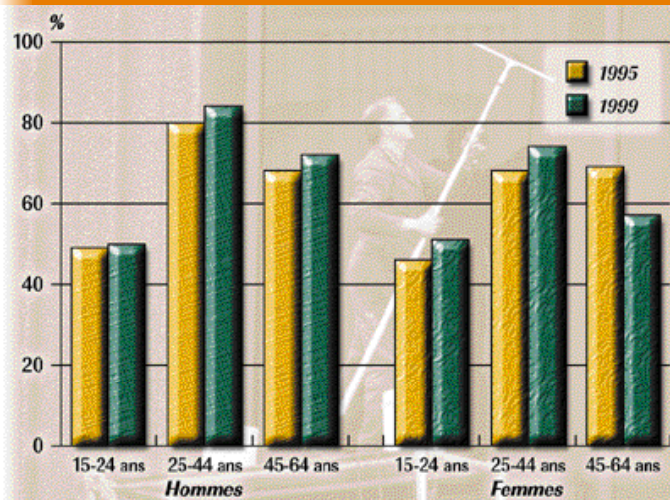


fig. 7

Taux d'emploi selon le sexe et l'âge, Québec, 1995 et 1999



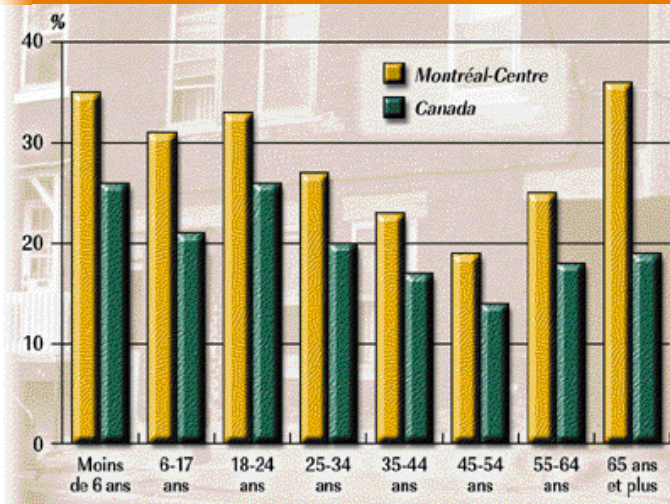
de la population vu que 79 % des 55 ans et plus ne sont pas sur le marché du travail. De plus, chez les 50 ans et plus, le taux d'inactivité monte en flèche... retraite forcée, chômage. Cette cohorte va probablement perdre les gains observés depuis quelques années. De 1995 à 1999, c'est chez les femmes de 45-64 ans que la chute de l'emploi est la plus marquée. Le programme gouvernemental de départ volontaire a, en effet, beaucoup touché ce groupe, fonctionnaires, infirmières et enseignantes notamment.

Le revenu des aînés en hausse malgré de grands écarts

Si les Canadiens à faible revenu ne représentent plus que 19 % de la population âgée, à Montréal, c'est 36 % des aînés qui vivent sous le seuil de

fig. 8

Proportion de la population sous le seuil de faible revenu, selon l'âge, Montréal-Centre et Canada, 1995



faible revenu. Les grands écarts n'ont donc pas disparu. De fait, d'après les données de 1995, les Montréalais sous le seuil de faible revenu sont plus nombreux qu'en 1990 dans tous les groupes d'âge, à l'exception des aînés. Cet écart s'explique notamment par le supplément de revenu garanti, que reçoivent les aînés les plus pauvres. Dans ce groupe, toutefois, on note déjà que la pauvreté frappe en particulier les femmes octogénaires, justement parce qu'elles sont veuves depuis longtemps, parce qu'elles n'ont pas participé au marché du travail et parce qu'elles n'ont donc pas de fonds de pension.

Quant aux personnes vivant de l'aide sociale, après la hausse de leur nombre ces dernières années, la tendance est à présent à la baisse : elles sont 14,4 % à Montréal et 10 % au Québec, situation similaire à celle de 1992, qui témoigne cependant d'une grande pauvreté sur l'île. Rappelons aussi que les 65 ans et plus ne sont pas admissibles à l'aide sociale, mais qu'ils

reçoivent plutôt le supplément de revenu garanti. Soulignons aussi que les critères d'admissibilité à l'aide sociale ont été resserrés.

Un rôle économique à ne pas négliger

Par ailleurs, les aînés exercent un rôle économique notable : ce sont des consommateurs dont l'apport est loin d'être négligeable. Ainsi, selon Santé Canada, en 1996, les ménages canadiens âgés, soit 21 % des ménages, dépensaient 21 % des sommes consacrées en soins de santé, 14 % en soins personnels, 13 % dans les transports et 11 % en loisirs. Et leur générosité est également bien connue, qu'il s'agisse de cadeaux ou de bienfaisance : 20 % de tous les ménages âgés y consacrent au moins 10 % de leur revenu net contre 7 % pour les ménages de 35-54 ans.

On vient de le voir dans les pages précédentes, les aînés ne forment pas un groupe homogène, comme le souligne si bien l'OMS. En fait, l'immense majorité des aînés sont en bonne santé et mènent une vie active et satisfaisante. On parle à présent de vieillissement actif, c'est-à-dire que les aînés sont davantage présents sur la scène sociale et sont plus actifs à tous les plans : en plus de leurs rôles traditionnels, qui d'ailleurs évoluent, ils tiennent un rôle plus marqué dans la société, ils étudient, ils participent aux débats sociaux.

fig. 9

Proportion de la population sous le seuil de faible revenu, selon l'âge, Montréal-Centre, 1990 et 1995

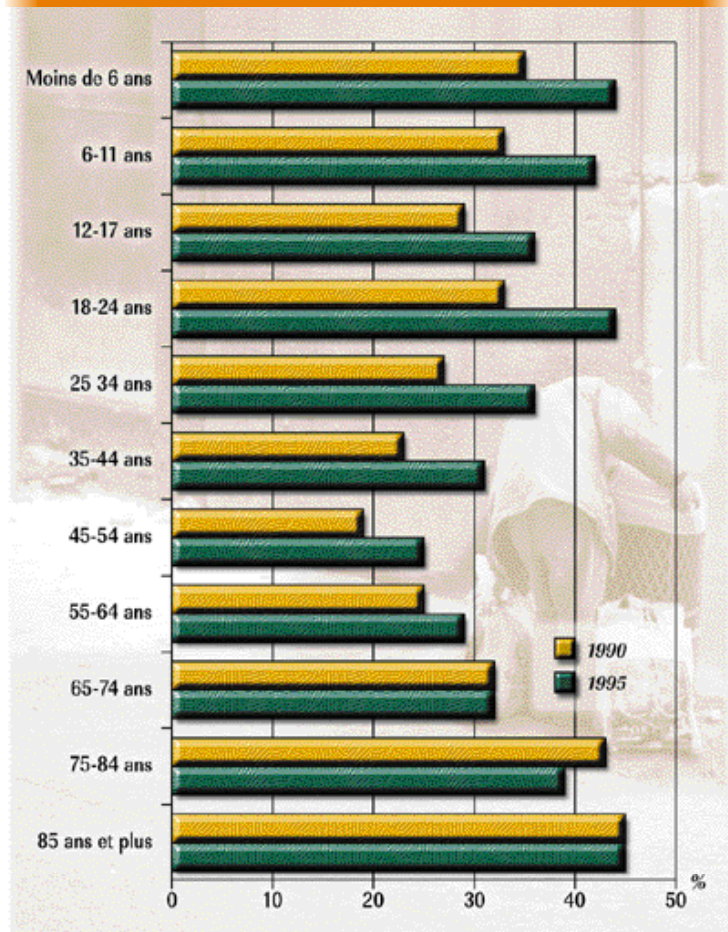
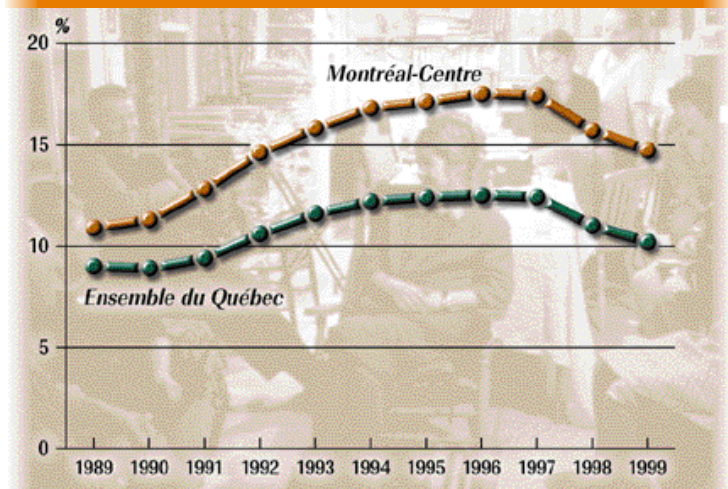


fig. 10

Proportion de personnes bénéficiaires de l'aide sociale, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1989 à 1999



Un paradoxe

***L**E GAIN MARQUÉ de l'espérance de vie grâce aux progrès dans les conditions de vie et la médecine s'accompagne d'un impact croissant des maladies du vieillissement qui crée une pression soutenue sur les systèmes de santé, les familles et les aidants naturels.*

La santé s'améliore mais les maladies du vieillissement sont en croissance

Comment réconcilier deux observations apparemment contradictoires : l'espérance de vie qui s'allonge, ce qui reflète l'amélioration de l'état de santé de la population, et l'impact des maladies du vieillissement, qui engendrent une pression croissante sur les systèmes de santé. L'explication est bien simple. Les méthodes statistiques qui suivent les tendances des problèmes de santé se fondent sur des taux *ajustés* pour l'âge, ce qui permet d'examiner l'évolution en soi d'un problème donné, en éliminant l'effet des changements de la structure d'âge (voir encadré). Or, nous l'avons vu, celle-ci se transforme dans notre population, les segments les plus âgés comptant pour une proportion de plus en plus élevée.

Pourquoi un taux brut et un taux ajusté?

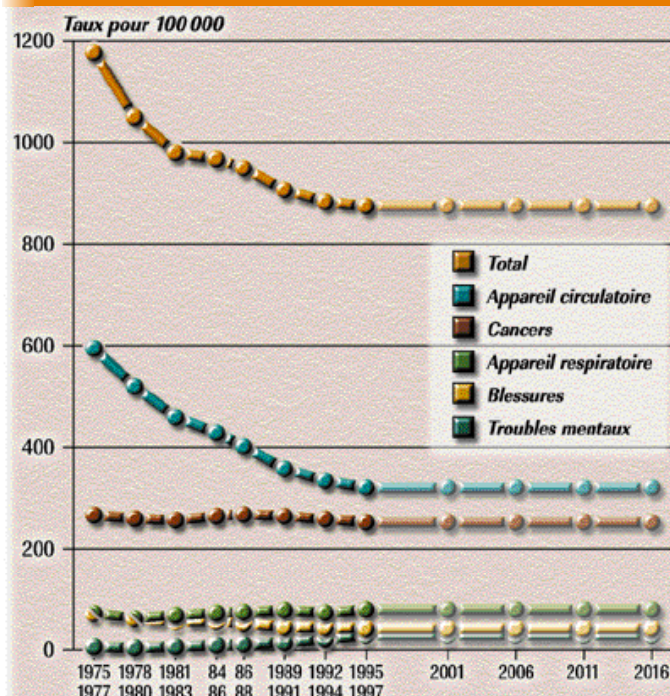
Dans les figures qui suivent, les données se présentent soit sous la forme du taux brut, soit du taux ajusté. Le taux brut traduit l'effet du vieillissement de la population, c'est-à-dire qu'il permet de voir l'effet du plus grand nombre d'aînés sur les divers problèmes de santé. Le taux ajusté, lui, élimine l'effet du vieillissement, de façon à illustrer à quel point la santé de la population s'améliore grâce aux divers facteurs que nous avons abordés.

À partir des données actuelles, nous présentons aussi une projection jusqu'en 2016 (courbe de couleur estompée). Ces projections reposent sur l'hypothèse que les taux par âge observés pour la période la plus récente (autour de 1996) demeureront stables jusqu'en 2016, afin d'illustrer uniquement l'effet du vieillissement. Il faut bien garder en mémoire qu'il ne s'agit que d'une hypothèse et que les résultats peuvent se modifier sous l'effet de divers facteurs, comme le renforcement de la prévention, l'adaptation de la société, etc. Et c'est exactement ce que nous souhaitons.

Prenons un exemple. Depuis 30 ans, nous assistons à une baisse d'environ 3 % par an des taux ajustés de mortalité cardiovasculaire. Nous attribuons cette tendance à la baisse à l'amélioration des habitudes de vie (réduction du tabagisme, meilleures pratiques alimentaires, etc.) conjuguée à une amélioration de l'efficacité des soins de santé (traitement de l'hypertension,

fig. 11

Taux ajusté de mortalité selon la cause,
Montréal-Centre, 1975-1977 à 2016



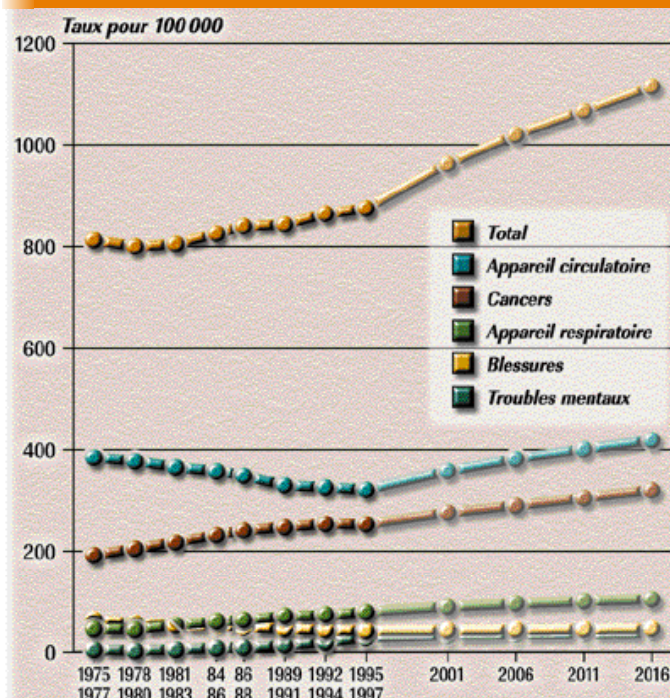
soins d'urgence pré-hospitaliers, soins coronariens aigus, etc.). C'est cette tendance qui est illustrée à la figure 11. Toutefois, si on tient compte de l'effet de l'âge, comme à la figure 12, on constate la tendance inverse. Ainsi, la forte augmentation du nombre de personnes très âgées, chez qui les maladies cardio-vasculaires sont plus fréquentes, fait en sorte que les taux réels augmentent et continueront d'augmenter. Cette même observation est valable pour la mortalité totale tout comme pour nombre d'autres causes de mortalité.

Ainsi, malgré le succès de nos efforts et les tendances favorables sur le plan des grandes problématiques de santé, le vieillissement rapide de la population entraînera, à court terme du moins, une croissance des besoins en matière de santé et de bien-être et, du même coup, une demande accrue de services.

Les observations qui précèdent ont des conséquences évidentes pour la planification dans la mesure où il devient impératif de poursuivre la transformation du réseau de la santé et des services sociaux pour faire face aux défis d'une société vieillissante. Mais, comme nous le verrons au chapitre 3, les impacts du vieillissement débordent largement le champ de la santé et des services sociaux; ils appellent à une révision des politiques sociales dans l'objectif délibéré de les adapter à la nouvelle réalité.

fig. 12

Taux brut de mortalité selon la cause,
Montréal-Centre, 1975-1977 à 2016



Les maladies associées au vieillissement de la population

Le cancer, maladie du vieillissement?

Même si le cancer frappe à tous les âges, son incidence est très fortement liée à l'âge. Ainsi, la progression annuelle de 2 à 3 % des taux de cancer, observée depuis quelques années, devrait se maintenir. Si l'on considère qu'une personne sur trois en sera atteinte au cours de sa vie et qu'environ 40 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque jour dans les hôpitaux montréalais, on saisit toute l'importance du phénomène (voir fig. 13 et 14).

Même si on a l'habitude de parler du cancer comme un tout, différentes formes de tumeurs sont connues, chacune avec ses caractéristiques et ses causes propres. L'incidence plus élevée avec l'âge s'expliquerait notamment par la durée de l'exposition aux agents cancérogènes associée à une diminution progressive de la capacité de l'organisme à lutter contre des cellules cancéreuses.

Plus de la moitié des décès par cancer sont dus à trois formes de cancer ou sièges tumoraux : le poumon, la prostate et le côlon-rectum chez l'homme, le poumon, le sein et le côlon-rectum chez la femme. La fumée du tabac, inhalée directement par le fumeur, ou indirectement en respirant la fumée dans l'air ambiant cause 85 % des cancers

fig. 13

Taux brut d'incidence du cancer selon le siège, hommes, Montréal-Centre, 1984-1988 à 2016

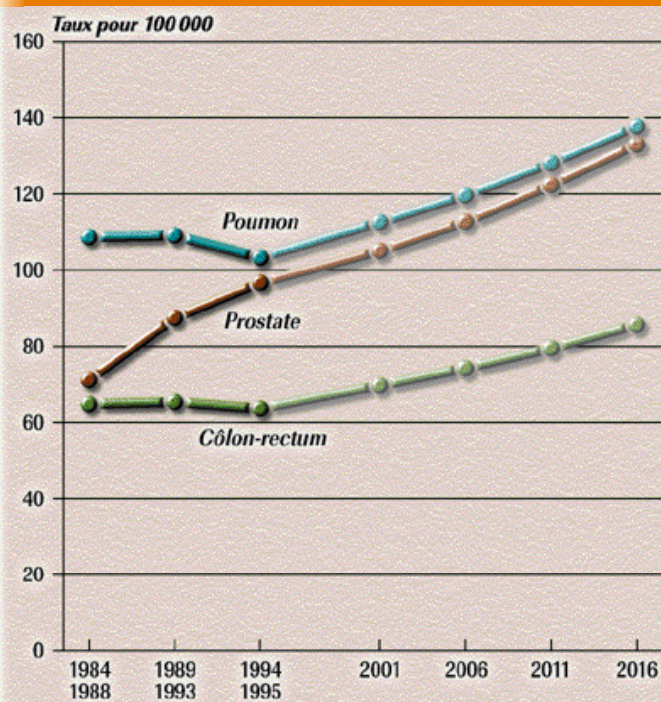
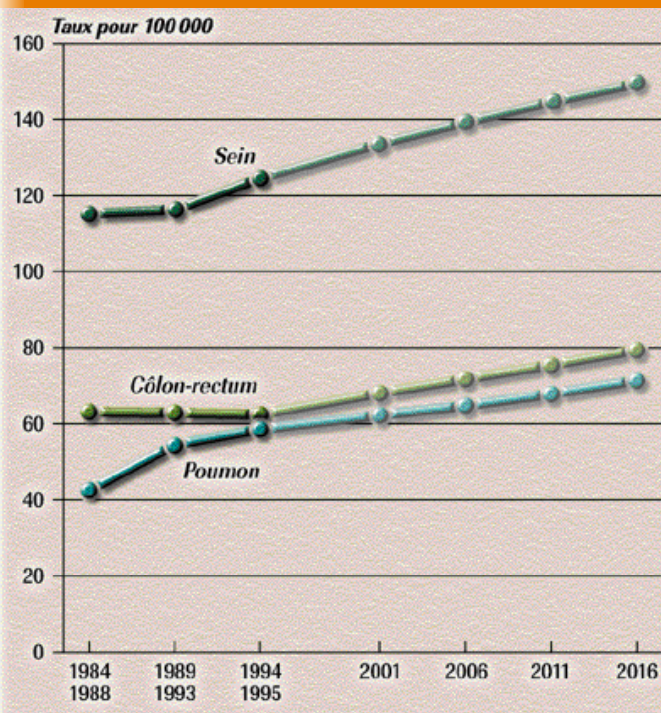


fig. 14

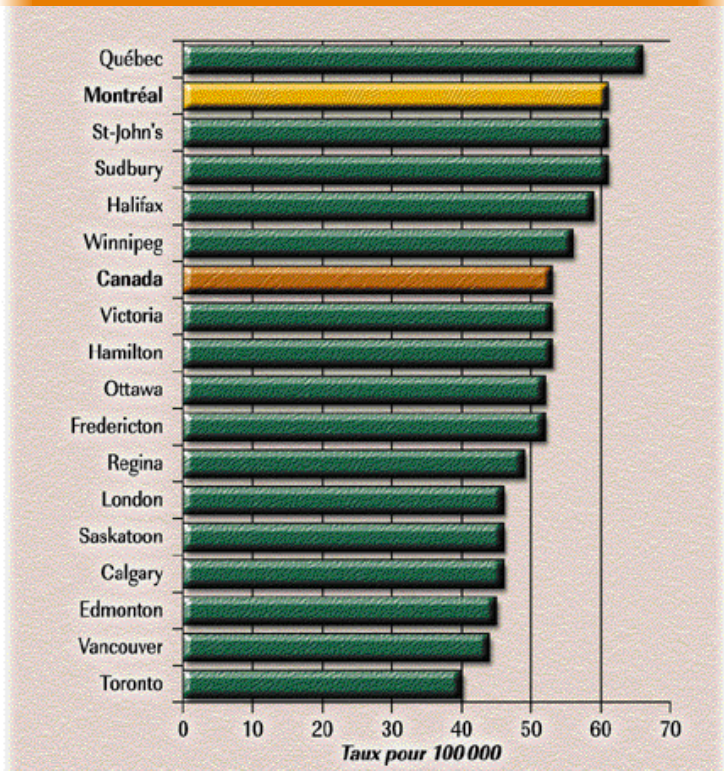
Taux brut d'incidence du cancer selon le siège, femmes, Montréal-Centre, 1984-1988 à 2016



du poumon. En l'absence du tabagisme, le cancer du poumon serait à peu près inexistant. Le cancer du poumon a d'ailleurs devancé depuis 1994 le cancer du sein comme première cause de mortalité due au cancer chez les femmes. Le tabac, faut-il le rappeler, est le plus important risque à la santé qui soit modifiable et, à cet égard, beaucoup de mesures

fig. 15

Taux de mortalité par cancer du poumon, selon la région urbaine, Canada, 1996



peuvent et doivent être prises à l'échelle de la société. À ce chapitre, Montréal, comme le Québec, souffre mal la comparaison avec le reste du Canada puisque le tabagisme est plus fréquent ici. Parmi les régions urbaines du Canada, Montréal présente, en effet, après la région de Québec, le taux le plus élevé de cancer du poumon (voir fig. 15).

Pour le cancer du sein, puisque nous en connaissons encore mal les causes, l'essentiel des efforts porte sur le dépistage, une mesure à l'efficacité démontrée chez les femmes de 50 à 69 ans. L'implantation du programme québécois de dépistage pourrait, d'ici 10 ans, réduire la mortalité d'environ 30 %. Beaucoup d'étapes restent cependant à franchir pour atteindre cet objectif et la demande de services — dépistage, diagnostic et traitement — monte en flèche. De même,

la demande de services liés au cancer de la prostate croît aussi mais pour des raisons différentes. Une technique de laboratoire facilite grandement le diagnostic de cette forme de cancer. Toutefois, une controverse demeure quant à la pertinence d'un dépistage systématique chez tous étant donné que la réduction de mortalité pouvant en résulter n'a pas été démontrée.

Pour le cancer du côlon-rectum, enfin, la situation est davantage préoccupante. Même si les causes sont, là aussi, mal comprises, les études réalisées à la Direction montrent que le taux de mortalité à Montréal est 25 % plus élevé que la moyenne canadienne. D'où une

action prioritaire, soit revoir l'organisation des services d'autant plus que, selon un rapport récent du Conseil d'évaluation des technologies en santé du Québec, un dépistage systématique pourrait réduire la mortalité dans ce cas.

En somme, le phénomène du cancer sollicite déjà fortement le système de santé montréalais. Avec le vieillissement de la population conjugué à la mise en place de mesures de dépistage systématique, la croissance d'activités dans ce secteur se poursuivra. L'adaptation des services de cancérologie devra donc constituer une de nos priorités à court comme à moyen terme.

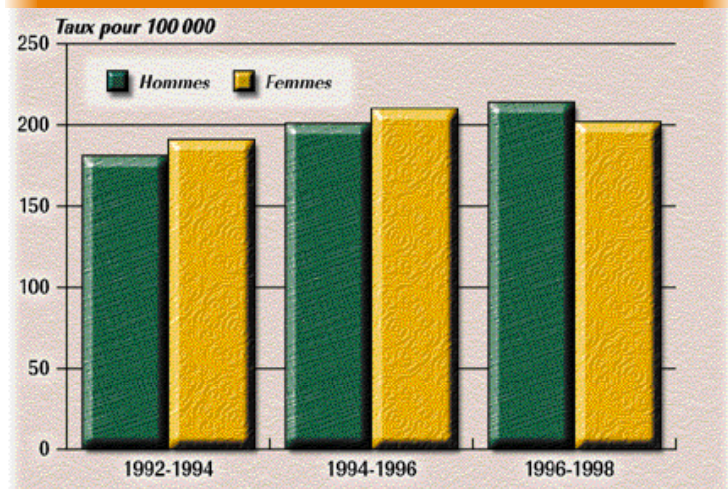
Les maladies circulatoires

Comme on l'a vu plus haut, les succès remportés face aux maladies vasculaires dans notre région et au Québec méritent d'être soulignés. Les comparaisons avec les autres régions canadiennes nous placent en effet dans le peloton de tête avec Halifax, Toronto et Vancouver. Succès d'autant plus significatifs que le tabagisme demeure très présent chez nous. Ces bons résultats s'expliquent-ils par le succès de la prévention, par la grande qualité des services médicaux dans ce domaine, ou par ce que l'on pourrait nommer « l'effet latin », cet avantage que détiennent les peuples d'origine latine en matière de mortalité cardiovasculaire?

Quoi qu'il en soit, le vieillissement de la population nous oblige à demeurer vigilants. En effet, nos succès ont engendré un nouveau phénomène, l'augmentation de l'insuffisance cardiaque. C'est l'amélioration des soins pour les troubles coronariens et l'hypertension qui fait en sorte qu'un nombre plus important de personnes vivent plus longtemps avec les affections et courent le risque de développer une insuffisance cardiaque. C'est pourquoi

fig. 16

Taux brut d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, selon le sexe, Montréal-Centre, 1997-1998 à 2016



les taux d'hospitalisation pour cette condition croissent rapidement (voir fig. 16). *Le Défi de l'accès 1998-2002*⁴ met d'ailleurs de l'avant des mesures de gestion préventives de ce phénomène.

En ce qui concerne les maladies vasculaires cérébrales, on observe la même tendance favorable en fait de mortalité, attribuable au meilleur contrôle de l'hypertension, à l'amélioration des habitudes de vie et à l'utilisation des anti-plaquettaires pour prévenir la thrombose cérébrale. Malgré l'efficacité considérable de ces mesures préventives, ces maladies demeurent un problème fréquent pour lequel des soins aigus de qualité sont essentiels, avec notamment l'usage de nouveaux médicaments (des agents fibrinolytiques) dès les premières manifestations de la thrombose cérébrale, tout comme les services de réadaptation. À cet égard, nous pouvons compter sur des équipes multidisciplinaires réunissant médecins, infirmières, ergothérapeutes et physiothérapeutes, équipes dont l'excellence est

reconnue. Toutefois, beaucoup reste à faire pour établir une interactivité entre le centre de courte durée qui reçoit le patient en phase aiguë, le centre de gériatrie qui assure la réadaptation à court terme, les centres de jour hospitaliers et les services de maintien à domicile des CLSC, ou encore ceux des CHSLD qui ont charge de maintenir les acquis de la réadaptation, sans oublier la famille qui est fortement sollicitée dans son rôle d'aidant.

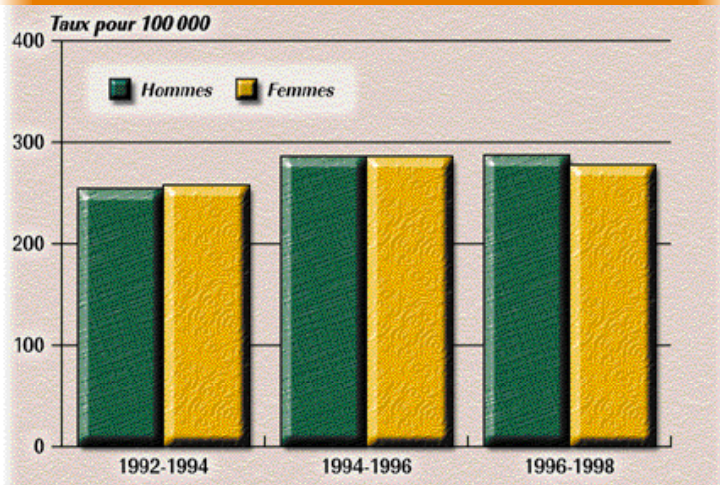
Malgré de notables progrès, le fardeau des maladies vasculaires cérébrales demeure

élevé et même susceptible de s'accroître. La gestion préventive de ces maladies est fort prometteuse mais il est possible pour le réseau montréalais de faire encore mieux. Les données épidémiologiques soulignent l'importance d'accentuer nos travaux à cet égard, comme on le constate à la figure 17.

⁴ *Le défi de l'accès, plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux, 1998-2002*, Régie régionale de Montréal-Centre, p.23.

fig. 17

Taux d'hospitalisation pour maladies vasculaires cérébrales, selon le sexe, Montréal-Centre, 1997-1998 à 2016



Les maladies respiratoires

Fait lui aussi largement attribuable au tabagisme, les maladies respiratoires représentent un phénomène très présent. Dans le contexte d'une société vieillissante, c'est surtout le poids des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) qui retient l'attention. Ces maladies, autrefois décrites comme la bronchite chronique ou l'emphysème, se caractérisent par une obstruction des voies respiratoires et une susceptibilité accrue aux infections. Peu commune chez les femmes il n'y a pas si longtemps, la MPOC est maintenant très fréquente à cause d'une augmentation du tabagisme. La qualité de l'air ambiant, tant intérieur qu'extérieur, est aussi un déterminant puissant de la qualité de vie des personnes atteintes.

Les projections du taux d'hospitalisation pour maladies respiratoires suggèrent elles aussi une progression marquée, chez les hommes comme chez les femmes (voir fig. 18). Autre illustration du phénomène, les données de fréquentation des salles d'urgence et le débordement observé chaque hiver (voir fig. 19). D'après nos analyses, le tiers de cette augmentation est due aux maladies respiratoires, surtout les surinfections bronchiques, les pneumonies et les gripes. Parallèlement, le taux d'immunisation contre la grippe plafonne à environ 40 % depuis quelques années et le vaccin contre le pneumocoque, la bactérie la plus fréquemment en cause lors de pneumonie, a été jusqu'à maintenant

fig. 18

Taux brut d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire, selon le sexe, Montréal-Centre, 1997-1998 à 2016

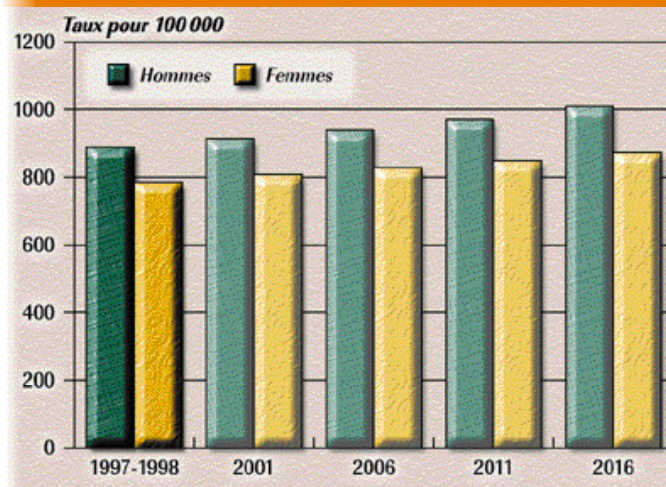
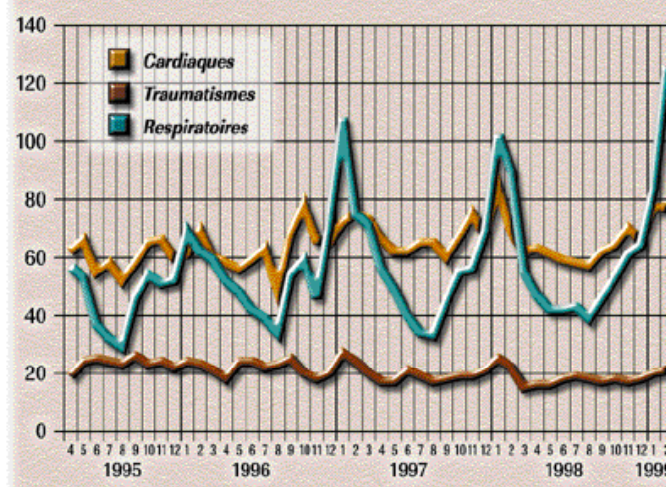


fig. 19

Nombre quotidien moyen de civières occupées, selon le problème de santé, avril 1995 à mars 1999



largement sous-utilisé. De plus, la continuité des services et la capacité pour les personnes atteintes de mieux utiliser leurs médicaments pourraient nettement s'améliorer.

Les maladies respiratoires constituent l'un des enjeux les plus pressants pour le système de soins. Loin de s'atténuer, cette problématique prend une place croissante, notamment chez les femmes. Plusieurs outils à notre disposition pour prévenir ces maladies et lutter contre elles sont encore sous-exploités. Ici encore, l'approche de gestion préventive sur un ensemble de déterminants, autant médicaux qu'environnementaux, présente un grand potentiel.

Le diabète

Le diabète sucré, une maladie caractérisée par un trouble de la régulation du métabolisme du glucose, s'accompagne à long terme de complications

touchant surtout les petits vaisseaux sanguins qui peuvent entraîner des problèmes de circulation, la cécité, l'insuffisance rénale, l'amputation, etc. On connaît deux formes principales de la maladie, le diabète juvénile et le diabète adulte, qui est fortement associé à l'excès de poids.

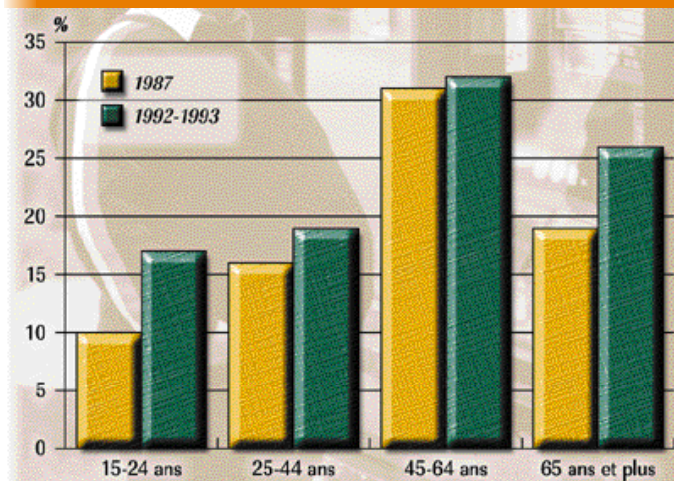
Nombre d'études démontrent l'augmentation de la fréquence du diabète adulte dans les pays industrialisés. Les hypothèses expliquant le phénomène ont trait à des changements des modes de vie, surtout les choix alimentaires

et une plus grande sédentarité. À Montréal, la progression de l'obésité chez les 65 ans et plus, comme dans tous les groupes d'âge, illustre bien ces changements (voir fig. 20).

L'essentiel du traitement repose sur la capacité du diabétique et de sa famille à se prendre en charge : suivi de la diète, pratique de l'activité physique régulière, auto-monitorage du taux de sucre sanguin, soins personnels, visites médicales préventives régulières, etc.

fig. 20

Proportion de la population présentant un excès de poids, selon l'âge, Montréal-Centre, 1987 et 1992-1993

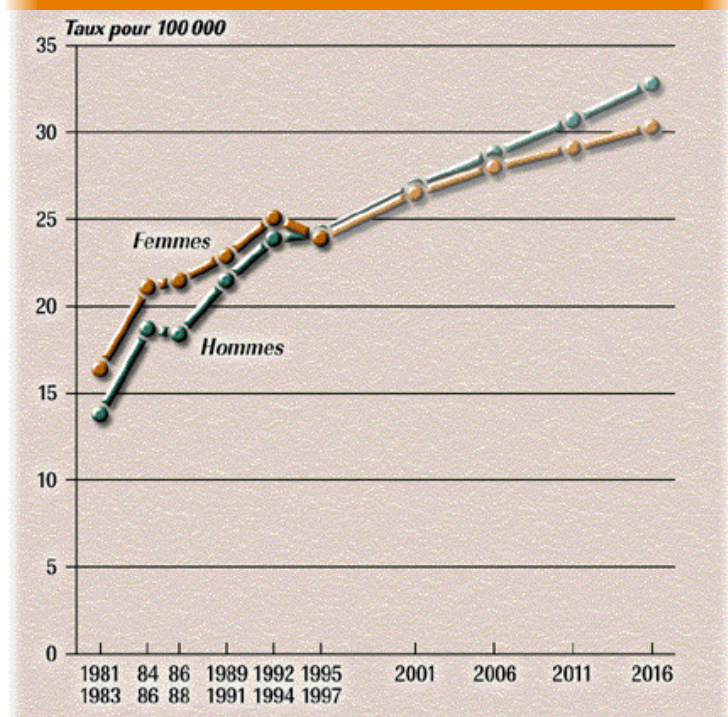


Dans quelques établissements, des programmes spéciaux sont en place pour soutenir et outiller les diabétiques dans cette prise en charge. Malheureusement, ces approches ne sont pas répandues à l'échelle du territoire montréalais et le déploiement de ces innovations pourrait constituer une valeur ajoutée considérable pour notre système.

Le diabète adulte représente un défi grandissant dans une société vieillissante (voir fig. 21) et la croissance de l'obésité risque d'aggraver le phénomène. Il devient donc pressant d'engager des efforts pour prévenir l'apparition du diabète et mieux contrôler la maladie, le cas échéant.

fig. 21

Taux brut de mortalité pour diabète, selon le sexe, Montréal-Centre, 1981-1983 à 2016



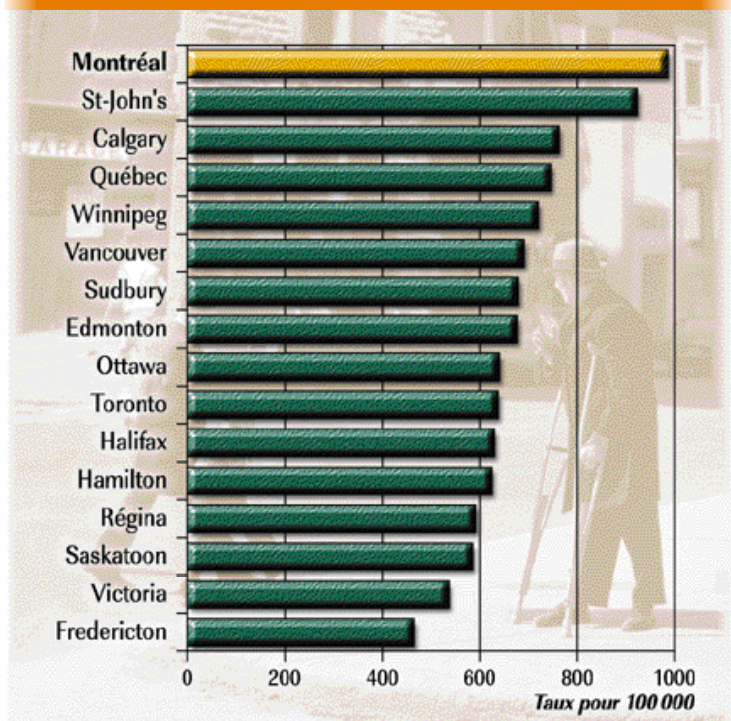
Les troubles locomoteurs

Les problèmes de mobilité sont les incapacités les plus courantes chez les aînés : elles touchent près de 30 % d'entre eux, selon l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité. Après les maladies chroniques comme l'arthrite et les maladies rhumatismales, les maladies cardio-vasculaires et cérébrales, ce sont les fractures de la hanche qui sont à l'origine d'une grande partie des troubles locomoteurs.

Des données toutes récentes indiquent que notre région présente le taux d'hospitalisation pour la fracture de la hanche le plus élevé des régions urbaines du Canada (voir fig. 22). Cet accident résulte de chutes la plupart du temps, mais divers facteurs, comme l'ostéoporose, accroissent la susceptibilité des aînés. Pourquoi un taux si élevé à Montréal? Les hypothèses à l'étude indiquent une vulnérabilité plus grande à l'ostéoporose (pour des raisons de nutrition, de tabagisme et d'absorption de médicaments), des conditions climatiques particulières et des escaliers extérieurs exposés aux intempéries.

fig. 22

Taux ajusté d'hospitalisation pour fracture de la hanche, régions urbaines du Canada, 1996-1997



Depuis toujours, les efforts en santé publique se sont tournés vers les grandes causes de mortalité. Nos efforts ont été récompensés par un accroissement de l'espérance de vie. Toutefois, si l'on souhaite que ces années additionnelles soient vécues en bonne santé, il nous faudra renforcer la prévention des incapacités.

Ajouter de la qualité aux années de vie gagnées et relever efficacement le défi d'une société vieillissante exige que nous considérions aussi les grandes causes de morbidité ou d'incapacités. Un tel projet devrait nous permettre de travailler davantage sur certains déterminants bien connus : équilibre, médicaments, agents hormonaux, lésions attribuables aux mouvements répétés, environnement physique, alimentation, etc.

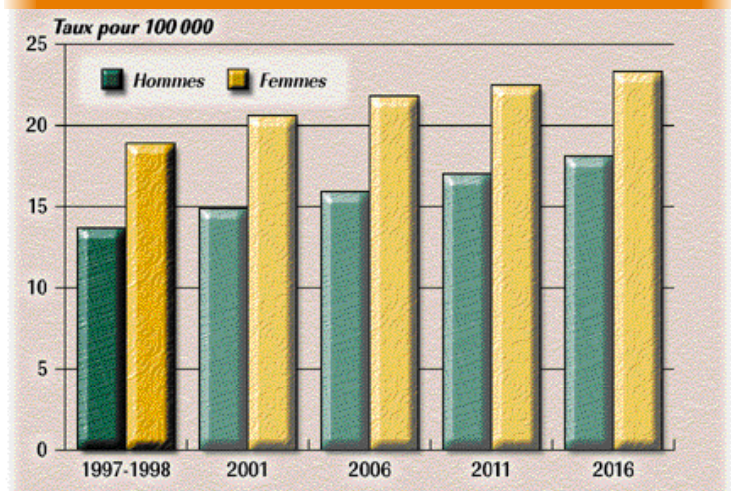
Les maladies dégénératives cérébrales

Aucune autre maladie n'évoque avec plus d'acuité le portrait trop souvent sombre de la société vieillissante de demain. Quelle qu'en soit

la forme clinique (Alzheimer, état lacunaire, démence de Korsakoff), la perte progressive des fonctions intellectuelles supérieures, avec la détresse que cela suscite chez la personne atteinte, ses aidants et ses proches, tout comme chez les professionnels qui en ont la charge, représentera sûrement l'un des défis des plus complexes à surmonter au prochain siècle (voir fig. 23). Malgré nos efforts de recherche croissants pour mieux comprendre les causes de ces maladies, il faut admettre que nos connaissances demeurent embryonnaires. Le défi est

fig. 23

Taux d'hospitalisation pour dégénérescences cérébrales (comprend l'alzheimer), selon le sexe, Montréal-Centre, 1997-1998 à 2016



davantage de soutenir, par les soins et les services appropriés (hébergement, répit, etc.), les personnes atteintes et les familles, et de travailler à améliorer leur qualité de vie.

***La transformation du système de santé :
un effort pour venir en aide aux personnes en
perte d'autonomie***

Depuis 1995, des efforts substantiels ont été engagés pour adapter l'organisation des services face au nombre grandissant de personnes en perte d'autonomie. Plus de 14 000 lits en CHSLD sont disponibles dans la région, dont près de la moitié accueille une clientèle requérant 2,5 h/soins et plus par jour. Pour le maintien à domicile, le rehaussement des programmes en CLSC a permis de rejoindre plus de 23 000 usagers en 1997-1998, pour un total de 725 000 rencontres, soit une moyenne d'un peu plus de 30 visites par usager. Selon des données régionales⁵, le nombre d'usagers vus à domicile a cru de 20 % en trois ans et le nombre total de visites a augmenté de 50 %. Si bien sûr ces visites ne sont pas toutes liées aux maladies dégénératives cérébrales, celles-ci occupent une place très grande et soulèvent de nouvelles questions. Face au vieillissement et aux modifications marquées de la cellule familiale, le besoin de soutenir les aidants naturels et de prévenir chez eux aussi un possible épuisement doit retenir notre attention; en effet, les données sur la santé des aidants nous rappellent qu'ils vivent des risques élevés.

Le conseil d'administration de la Régie régionale a déjà approuvé la réalisation du programme SIPA (Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie), un projet de démonstration qui devrait permettre de définir des mécanismes novateurs de prise en charge des personnes frêles dans leur milieu de vie. Plusieurs services relatifs à la coordination des soins aux aînés et le recours aux services d'hébergement sont à présent bien rodés, comme le guichet unique. Compte tenu des pressions croissantes sur le système de soins aux aînés, une priorité est incontournable : il nous faut examiner de plus près les modes d'organisation afin d'assurer une qualité encore supérieure aux services de gériatrie active pour les personnes en perte d'autonomie souffrant d'une maladie dégénérative cérébrale.

⁵ Tableau de bord central du *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, État de situation : le point de départ*, RRSSS-MC, 29 janvier 1999

Les troubles sensoriels

Les problèmes sensoriels sont nettement plus fréquents chez les aînés que dans les autres groupes d'âge. Les causes sont diverses, tantôt il s'agit de facteurs environnementaux (exposition prolongée au bruit), tantôt de maladies de l'âge (dégénérescence maculaire, glaucome, accident cérébro-vasculaire...), tantôt d'un processus normal de vieillissement. Selon le cas, ces problèmes sensoriels se prêteront mieux à des mesures de prévention ou de correction, l'objectif étant de réduire les problèmes de communication et le risque d'isolement et de retrait de la vie sociale qui en découle.

La santé dentaire

Depuis une vingtaine d'années, les adultes conservent davantage leurs dents. À preuve, le taux d'édentation complète chez les aînés est passé de 76 % en 1980 à 58 % en 1993. Par ailleurs, ce groupe d'âge étant en hausse, le volume de soins connaîtra une forte croissance et des traitements nettement plus variés et plus complexes que par le passé seront à dispenser. Étant donné les liens entre la santé dentaire et l'alimentation, notamment, il faut intensifier les mesures de prévention et faciliter l'accès aux soins. Rappelons que la très grande majorité des services dentaires aux aînés ne sont pas assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Dans un environnement social et physique en mutation

« Le vieillissement de la population entraîne des changements marquant dans la composition des familles. »

Un certain nombre d'autres facteurs peuvent avoir un impact significatif sur la santé et le bien-être. Il s'agit notamment de la dynamique familiale, de la tendance à une retraite hâtive et de l'environnement et des milieux de vie, trois éléments que nous explorerons dans les pages suivantes.

Des dynamiques familiales en bouleversement

Le vieillissement de la population entraîne des changements marquants dans la composition des familles. La chute de la fécondité et l'augmentation de la longévité font qu'il n'est pas rare de voir des familles de quatre générations, chacune de ces générations devenant toutefois de moins en moins nombreuse. Si, en 1960, un tiers des quinquagénaires

avaient encore un parent vivant, en 1990, ce pourcentage atteint la moitié et devrait monter à 60 % d'ici 10 ans. D'un autre côté, les femmes nées autour de 1930, maintenant âgées d'environ 70 ans, ont eu 3,4 enfants; celles nées autour de 1950 n'en ont eu que 1,8 et celles nées autour de 1970 n'en auront probablement que 1,6.

Outre ce changement structurel, les familles sont sujettes à un autre changement quant à l'image que se font d'elles les chercheurs et les autorités politiques. À la fin des années 70, tous prévoyaient la dissolution des liens familiaux, autres que ceux unissant les parents et leurs enfants mineurs et, en corollaire, l'abandon des parents âgés. Depuis, on assiste à la redécouverte des solidarités familiales et, en particulier, du rôle majeur de la famille dans le soutien aux aînés. Depuis 20 ans, la vitalité de ces liens est bien démontrée.

« ... on assiste à la redécouverte des solidarités familiales et, en particulier, du rôle majeur de la famille dans le soutien aux aînés. »

Selon une enquête canadienne de 1991, 84 % des aînés ont au moins deux parents ou amis intimes. Les échanges de services entre les parents âgés et leurs enfants adultes, voire leurs petits-enfants sont importants : un tiers des aînés viennent en aide à une fille et un quart à un fils. Selon une étude française de 1992 auprès de familles à trois générations, 89 % des aînés recevaient des services de leurs enfants et plus de la moitié de leurs petits-enfants; à l'inverse, la moitié des aînés rendaient des services à leurs enfants et plus du tiers à leurs petits-enfants.

Toujours selon l'étude française, 94 % des aînés qui ont besoin d'aide et qui ont des descendants reçoivent de l'aide de ceux-ci.

Au Canada, 19 % des femmes et 11 % des hommes de 45-64 ans, de même que 9 % des aînés, aident une personne malade ou handicapée, généralement un parent; et un quart des ménages offrent un soutien à un parent malade de plus de 50 ans. Le rôle des femmes sur ce plan se confirme quand on sait que la moitié des 35-64 ans aideront un parent. Enfin, toutes les études s'accordent à dire que 70 à 80 % des services aux aînés frères vivant à domicile sont offerts par les proches. Le soutien des parents âgés frères n'est donc pas que courant, il est aussi intensif.

« On assiste aussi à un appel accru de la part des gouvernements à ces solidarités devant la crise des finances publiques et la "crise démographique " »

Par suite de cette « redécouverte » des solidarités familiales, le discours des gouvernements, en Amérique et en Europe, s'est modifié. La famille est maintenant vue comme solide, offrant volontairement et naturellement du soutien à ses membres fragiles; fondés sur la chaleur familiale et l'intimité, les services rendus par la famille seraient plus souples et de plus grande qualité que ceux des services publics. On assiste aussi à un appel accru de la part des gouvernements à ces solidarités devant la crise des finances publiques et la « crise démographique ». On est toutefois en droit de se demander si les familles peuvent répondre à ces attentes. Ont-elles la capacité d'y répondre et comment leur situation risque-t-elle d'évoluer? Questions d'importance stratégique si l'on considère les changements touchant les familles.

Le premier changement a trait à la taille et à la structure des familles et à leur capacité sur le plan quantitatif de présenter un bassin d'aidants suffisant. Quand un parent âgé a besoin de soutien, ce soutien est en grande part assumé par une seule personne : le conjoint ou, si le parent est veuf, un enfant, une fille le plus souvent (l'engagement des autres membres de la famille, des amis ou des voisins est nettement plus aléatoire). La réduction de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes entraînera une diminution du nombre de veuves et une augmentation des personnes vivant avec leur conjoint. Toutefois, la fragilité des unions risque de produire l'effet inverse : le pourcentage des aînés divorcés est passé de tout près de 0 % en 1961 à environ 5 % en 1991 et pourrait grimper à 10 % bientôt, ce qui ne manquera pas d'accroître la demande aux enfants. Mais, même si ces derniers seront de moins en moins nombreux, il y aura cependant moins d'aînés sans enfant : en 1991, 21 % des femmes de 80-84 ans n'avaient pas d'enfant, mais ce taux n'était que de 7 % chez les 40-45 ans.

Un autre changement a trait aux dynamiques familiales : les normes de solidarité entre les membres de la famille évoluent. L'obligation d'aider un parent serait de plus en plus influencée par le lien affectif que l'on a avec lui. De plus, parents et enfants

adultes valorisent de plus en plus l'autonomie et la réciprocité dans leurs relations. Donc, non seulement certains aînés ne peuvent compter sur leurs enfants, mais nombre d'entre eux préfèrent recourir aux services s'ils ont des incapacités.

La santé des aidants naturels

Un autre facteur concourt à limiter le soutien que la famille peut offrir à ses parents âgés, soit les effets de l'aide sur la vie et la santé des aidants. En effet, même si la grande majorité des aidants se disent satisfaits d'aider leur parent — ils se sentent utiles, ils ont l'impression de rembourser une dette envers celui-ci, leur sentiment de compétence s'accroît —, ils éprouvent aussi de nombreuses difficultés, notamment pour concilier leurs multiples responsabilités. Près de 35 % des aidants ont un emploi et, pour plus de la moitié d'entre eux, ils ont dû s'absenter du travail, prendre des congés sans solde, refuser des promotions, prendre un emploi à temps partiel et même abandonner le marché du travail (plus de 7 %); ceci a comme résultat de réduire leur revenu de retraite. De plus, près de 7 % d'entre eux occupent à la fois un emploi et ont des enfants mineurs. Il est donc peu surprenant que plus de la moitié des aidants laissent tomber des activités sociales et réduisent leurs loisirs. La fatigue et le stress s'ensuivent, de même que les problèmes de santé : 29 % des aidants disent avoir le sommeil perturbé et 21 % déclarent une détérioration de leur santé. Selon Santé-Québec, deux fois plus d'aidants que de personnes qui n'aident pas un parent considèrent leur état de santé moyen ou mauvais, et le niveau de détresse psychologique est de 25 % plus élevé chez les aidants. Enfin, 20 à 30 % des aidants de parents atteints de problèmes physiques seraient dépressifs, mais ce taux monte à 40 % si la parent est atteint de démence.

« ...même si la grande majorité des aidants se disent satisfaits d'aider leur parent... ils éprouvent aussi de nombreuses difficultés, notamment pour concilier leurs multiples responsabilités »

La maladie d'Alzheimer et les démences posent des problèmes très importants avec le comportement dérangeant du parent qui exige une surveillance constante. La qualité de relation affective et la motivation à s'engager dans l'aide sont aussi des facteurs qui influencent les conséquences de l'aide.

La plupart des services offerts aux aînés atteints d'incapacités peuvent être considérés comme des services aux aidants. Ainsi, les services d'aide à domicile allègent la tâche des aidants tout en leur permettant de se concentrer sur le soutien socio-affectif : on sait en effet que les services ne réduisent pas le temps consacré à l'aide mais en réorientent la nature. À ce titre, l'aide ménagère serait le service le plus apprécié et le plus utilisé : 20 % des aidants recourent à l'aide domestique et 6 % aux services de soins personnels, mais ces chiffres font plus que doubler si le parent est atteint d'Alzheimer. Sur le plan de la pharmacothérapie, les médicaments retardant la progression des symptômes de la maladie d'Alzheimer offrent un grand soutien aux aidants, si ces médicaments sont administrés au début de l'apparition de la maladie.

La tendance à la retraite hâtive

Sur le plan économique, les tendances de l'emploi, du revenu et des conditions de vie soulèvent une inquiétude devant la diminution de la population sur le marché du travail. Comment un nombre relativement faible de personnes occupant un emploi pourra-t-il soutenir un nombre croissant de retraités? On pourrait prolonger la vie active et retarder la retraite, d'autant plus que l'état de santé s'améliore : en effet, quand l'âge de la retraite fut fixé à 65 ans, les travailleurs en profitaient en moyenne trois ans; de nos jours, en prenant sa retraite à 65 ans, un travailleur en profitera probablement près de 15 ans.

Mais on observe plutôt la tendance inverse : on quitte le marché du travail de plus en plus tôt, et la proportion d'inactifs augmente beaucoup chez les 55-64 ans. Alors que certains États retardent l'âge officiel de la retraite — les États-Unis l'amènent graduellement à 67 ans —, la mise à la retraite précoce devient l'une des principales stratégies de régulation des effectifs des entreprises. Il faut noter qu'à titre d'employeur le gouvernement québécois a adopté une stratégie semblable afin de réduire sa propre masse salariale.

*« On pourra
prolonger la vie
active et retarder
la retraite,
d'autant plus
que l'état de santé
s'améliore... »*

Que penser d'une telle situation? D'une part, la retraite précoce peut correspondre à un désir chez certains travailleurs. Selon une enquête canadienne de 1991, le départ à la retraite serait surtout justifié par le désir de ne plus travailler (53 %) et par la situation financière qui permet une retraite anticipée (38 % chez les 45-64 ans); 75 % des retraités le seraient par choix. En fait, cette stratégie de retraite précoce s'avère avantageuse pour certains acteurs. Les employeurs réduisent ainsi le nombre d'emplois, tout en éliminant les salaires plus élevés. Quant aux syndicats, il s'agit pour eux d'un moindre mal : les travailleurs âgés en préretraite sont en meilleure posture financière que les jeunes. Enfin, les travailleurs âgés y voient une forme de protection contre le déclassement professionnel, les fermetures de postes, le chômage et la précarité. Malheureusement, avec une telle stratégie, on devient trop souvent un travailleur « âgé » dès la cinquantaine, voire le milieu de la quarantaine : nombre d'entreprises, en effet, adoptent des barrières à l'embauche pour les plus de 40 ans.

« ...on devient trop souvent un travailleur "âgé" dès la cinquantaine, voire le milieu de la quarantaine... »

Cette stratégie, toutefois, s'avère favorable si le travailleur profite de protection syndicale et d'un programme de préretraite. La cessation d'emploi peut alors être volontaire car, même réduits, les revenus demeurent confortables. De plus, la préretraite procure au travailleur un statut de retraité qui le légitime sans le stigmatiser. Mais la retraite n'arrive pas toujours dans des conditions favorables. Mise à pied, fermeture d'entreprise ou mauvais état de santé, elle peut se faire en l'absence de protection syndicale et de régime de retraite, alors que le travailleur a peu d'épargnes. Selon Statistique Canada, la retraite serait justifiée par l'état de santé dans 30 % des cas et par l'absence de travail dans 13 % des cas.

Dans ces situations, retraite et chômage prolongé se confondent, menant parfois à la marginalisation, à la stigmatisation, à l'isolement et à la perte d'estime de soi. Anxiété et dépression s'ensuivent souvent. L'adaptation est difficile pour les retraités mis devant le fait accompli : ils se sentent atteints dans leur identité. S'ajoutent encore les problèmes financiers. Les revenus des chômeurs de longue durée après 45 ans diminuent de moitié (passant de 23 000 \$ à 12 000 \$), 60 % d'entre eux vivent de prestations de sécurité du revenu, 34 % s'endettent. Souvent, les gens doivent liquider biens, épargnes et REER, ce qui précarise leur avenir.

Pour raffermir le pont entre les générations⁶

« De plus en plus de jeunes et d'ainés campent hors de la Cité. Des travailleurs pré-retraités quittent leur emploi sans avoir pu transmettre leurs expertises...

« À l'heure de nombreux départs précipités à la retraite, le problème de la transmission entre les générations se pose...

« On peut aussi s'interroger sur le choix qui fut fait d'offrir des retraites anticipées aux travailleurs des secteurs public, parapublic et privé, plutôt que de les inviter à s'engager progressivement sur la voie de la retraite. Des milieux de travail se sont brusquement vidés d'un grand nombre de travailleurs expérimentés qui n'ont pu transmettre leur savoir, leur mémoire et l'irremplaçable connaissance de leur milieu... »

Le Devoir, 11 novembre 1999

Donc, la retraite précoce (ou le chômage de longue durée) risque d'influer à la baisse sur le revenu des aînés. On peut se demander si cette tendance à la sortie hâtive du marché du travail n'explique pas, d'une part, la recrudescence des inégalités de revenu chez les plus de 65 ans depuis 10 ans et, d'autre part, la baisse de revenu des 65-69 ans entre les années 80 et 90; en effet, en passant d'un revenu moyen de 26 500 \$ à 24 000 \$, ce groupe revient au revenu moyen du milieu des années 70, effaçant ainsi certains des progrès réalisés.

On évolue donc vers une vie professionnelle de plus en plus brève et une retraite de plus en plus longue. Pourtant, dans notre société, c'est encore beaucoup par son statut de travailleur que chacun se définit. Un emploi, un poste, des responsabilités professionnelles, des pouvoirs, voilà la participation sociale d'un individu. Pour plusieurs, aussi, le chemin professionnel a été semé d'embûches avant d'en arriver au niveau souhaité. C'est pourquoi la retraite hâtive, non souhaitée, à un âge où l'on est expérimenté et productif, peut conduire à un désastre : coupée du milieu qui la définissait, la personne souffre d'isolement, de perte d'estime de soi, de marginalisation, voire de problèmes de santé mentale.

⁶ Les membres du groupe « Le pont entre les générations », formés de jeunes et d'aînés, tiennent depuis plusieurs mois des discussions sur les liens intergénérationnels.

***« ... c'est encore
beaucoup par son
statut de travailleur
que chacun
se définit. »***

Plusieurs questions se posent donc. Comment effectuer la transition travail-retraite, comment favoriser un sentiment d'utilité sociale sans rémunération, comment susciter la participation des retraités, comment valoriser leurs compétences au profit de toute la société?

L'environnement et les milieux de vie

Tout comme les jeunes enfants et les personnes atteintes de maladies chroniques (cardiaques, pulmonaires...), les aînés sont plus à risque face aux polluants atmosphériques. Selon un consensus au sein de la communauté scientifique, ces facteurs sont déterminants dans l'exacerbation des symptômes de maladies, surtout chez les personnes vulnérables, pour qui le risque de mortalité prématurée est non négligeable. Toute augmentation de la pollution sur l'île pourrait donc conduire à une détérioration de la santé et à une demande accrue en soins médicaux chez ces personnes.

À l'échelle planétaire, l'augmentation des gaz à effet de serre (GES) — le premier étant le dioxyde de carbone (CO₂) — aura aussi des conséquences. Avec l'utilisation croissante des combustibles fossiles (pétrole, charbon, gaz), la température moyenne du globe s'est accrue de 0,5°C en 100 ans. L'*Intergovernmental Panel on Climate Change* prévoit, si rien n'est fait, un réchauffement graduel de 0,3°C par décennie, et encore plus aux latitudes nordiques comme le Québec. Selon ce scénario, le taux du CO₂ doublerait et le sud du Québec connaîtrait une hausse de 1 à 4°C pour les températures et jusqu'à 10 % pour les précipitations. Les phénomènes climatiques violents (sécheresse, inondation, vague de chaleur, tempête hivernale) augmenteraient eux aussi.

Les températures élevées sont très problématiques pour les aînés : leurs réactions physiologiques étant diminuées, ils sont prédisposés aux coups de chaleur. D'ailleurs, une hausse de la mortalité a été observée lors de vagues de chaleur à travers le monde. Au-delà de conditions-seuils, la mortalité augmenterait donc. Selon une étude récente, cette température est de 29°C pour Montréal : ainsi, 69 décès seraient attribuables à la chaleur chaque été.

« Toute augmentation de la pollution sur l'île pourrait donc conduire à une détérioration de la santé et à une demande accrue en soins médicaux chez ces personnes. »

Durant un été normal, le seuil thermique de 29°C est dépassé 13 % des jours mais, si les concentrations de CO₂ doublent, ce chiffre grimperait à 55 %.

Autre facteur, les coups de chaleur, qui frappent beaucoup les défavorisés : ils habitent souvent dans les zones les plus polluées, dont l'architecture ou l'aménagement urbain favorise l'accumulation de la chaleur — beaucoup d'asphalte et de béton et rareté des espaces verts. Ils ne disposent pas non plus de moyens de se protéger (ex. climatiseurs) et sont plus souvent atteints d'autres problèmes de santé, ce qui les rend plus vulnérables. Avec près d'un demi-million de personnes sous le seuil de pauvreté à Montréal en 1995, on peut considérer que notre région est donc particulièrement vulnérable.

La croissance de la circulation routière

La détérioration de la qualité de l'air découle de l'augmentation continue de la circulation automobile et de ses polluants tributaires. Selon le ministère des Transports, les émissions totales de polluants atmosphériques causées par le transport routier, plus ou moins stabilisées à l'heure actuelle grâce aux progrès technologiques, vont augmenter à nouveau dès 2001 dans la grande région de Montréal ⁷. De plus, les émissions de CO₂, impossibles à réduire ou à éliminer par les dispositifs antipollution, suivront la croissance du parc routier.

En 1994, les transports causaient 47,1 % des émissions de gaz à effet de serre issues de l'activité humaine, soit 12,6 millions de tonnes, à peu près autant provenant des véhicules légers à usage personnel que des poids lourds. Les déplacements en automobile ont progressé de 23 % de 1987 à 1993, pour atteindre près d'un million en période de pointe le matin. Pendant ce temps, les déplacements en transport en commun chutaient de 5 % pour atteindre 19 %, l'automobile régnant en maître avec un taux de 81 %. Selon le plan de transport de Montréal, d'ici 2010, le taux de déplacement des véhicules continuera de croître : soit 25 % d'accroissement des véhicules-kilomètres pour les véhicules personnels (avec la même hausse des émissions de GES), et davantage pour le transport routier de marchandises. Inversement, on prévoit un nouveau recul de 3 % des transports en commun.

⁷ Il s'agit de la CUM (1,7 M hab. en 1994), la Couronne nord et la Couronne sud (1,4 M hab. en 1994).

D'autres impacts du réchauffement sont à prévoir : il favorise les réactions chimiques dans l'atmosphère, aggrave la pollution par les oxydants photochimiques (ozone inclus⁸) et les aérosols acides, et contribue à plus de vaporisation des composés organiques volatils. On entrevoit aussi une hausse de la fréquence et de la durée d'épisodes de stagnation de l'air, favorisant une accumulation plus forte des polluants atmosphériques au sol. Quant aux événements climatiques extrêmes, ils aggravent les taux de mortalité et de morbidité — blessures accidentelles, maladies infectieuses et détresse psychologique. Toutes ces situations contribueraient à dégrader l'état de santé des personnes plus vulnérables.

⁸ Polluant formé par la réaction entre les oxydes d'azote et les COV. Conditions favorables à la formation d'ozone au sol : rayonnement solaire direct et températures supérieures à 29°C.

3

Vieillir en santé, c'est possible

***D**ANS UNE PERSPECTIVE de santé publique, toutes les politiques sociales sont à analyser de nouveau sous l'angle du vieillissement de la population : dans quelle mesure telle initiative ou telle politique contribue-t-elle à relever avantageusement le défi d'une société vieillissante?*

Se préparer à bien négocier le « virage gris »

Au cours des chapitres précédents, nous avons vu que des changements substantiels sont en train de s'opérer dans la composition de la population. Cette présence plus forte des groupes de population plus âgés, le « vieillissement de la population », entraînera une augmentation des problèmes de santé que nous avons désignés « maladies du vieillissement ».

Une analyse superficielle de la situation pourrait nous amener à prévoir une détérioration inexorable de l'état de santé général de la population et, par voie de conséquence, un fardeau accru pour les familles, le système de soins et la société en général. Ce n'est pas le point de vue de la Direction de la santé publique. Nous postulons en effet que cette transition démographique peut être source d'amélioration du « capital-santé » de la population.

Nous savons maintenant qu'il est possible de « vieillir en santé » dans la mesure où les personnes demeurent physiquement, mentalement et socialement actives. Nous savons aussi qu'il est non seulement possible d'ajouter des années à la vie, mais également de la qualité à ces années additionnelles, un phénomène déjà amorcé dans notre collectivité. Nous savons enfin que des adaptations du cadre de vie sont possibles, que ce soit le milieu résidentiel, l'aménagement urbain, les moyens de transport ou l'organisation des services de santé, des adaptations déjà en cours à Montréal et qui sont globalement favorables à la santé de la population.

Mais ce dont il nous faut également prendre conscience, c'est que, devant la rapidité du changement démographique à venir, cet effort d'adaptation devra s'accélérer. Il faut faire mieux et davantage.

Il faut aussi engager une gamme élargie d'acteurs sociaux, car la nature des changements à mener déborde la stricte activité du système de soins. Dans une perspective de santé publique, toutes les politiques sociales sont à analyser de nouveau sous l'angle du vieillissement de la population : dans quelle mesure telle initiative ou telle politique contribue-t-elle à relever avantageusement le défi d'une société vieillissante?

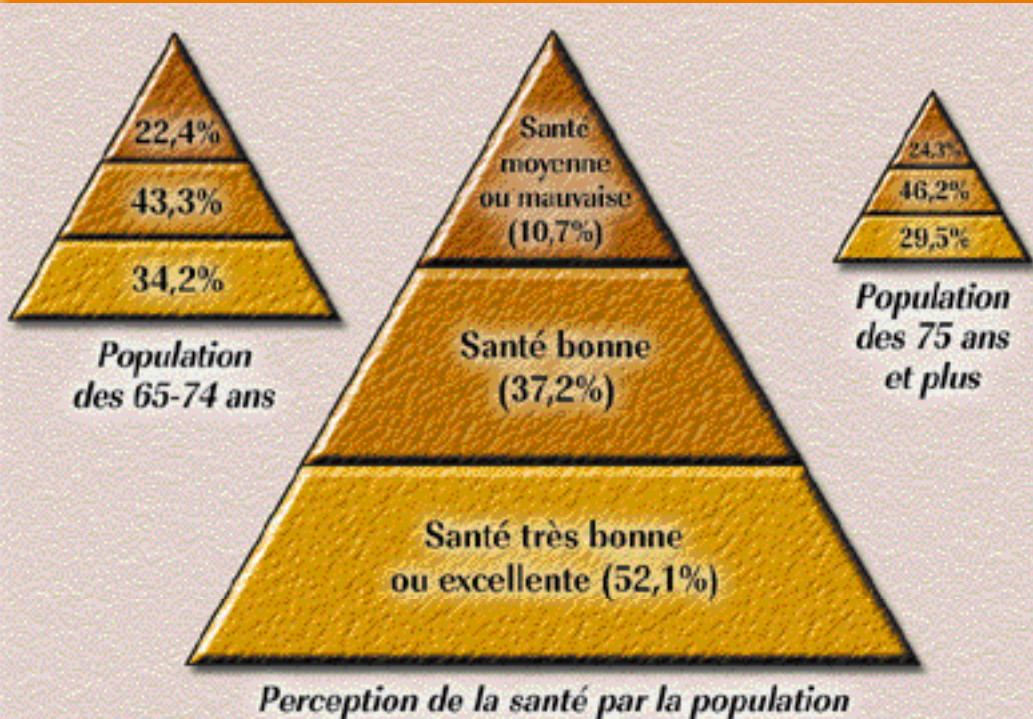
Nous examinerons donc dans ce chapitre les avenues les plus susceptibles de nous aider à négocier avec succès le « virage gris ».

Garder un œil sur la santé de la population

Dans le nouveau contexte démographique, notre but est de maintenir la population en santé le plus longtemps possible, d'optimiser son autonomie fonctionnelle et sa qualité de vie. Un tel objectif nous incite à agir avant que les risques, les problèmes ou leurs conséquences ne surviennent, chaque fois que c'est possible. De réduire, en somme, la mortalité et la morbidité évitables.

Schéma A

L'état de santé tel que perçu par la population montréalaise*



* Source Enquête Santé-Québec, 1992-93 (données excluant la population institutionnalisée)

Pour bien illustrer cette approche, il est utile d'adopter la représentation proposée dans le schéma A. On peut considérer trois sous-groupes distincts dans la population. Le premier, c'est celui des personnes se percevant en excellente ou en très bonne santé : elles ne présentent pas (ou peu) de facteurs de risque ou de vulnérabilité, de manifestation clinique ou de maladie. C'est le cas de la majorité de la population montréalaise. Le second sous-groupe, soit le tiers des Montréalais, se perçoit en bonne santé. Ces personnes présentent cependant des facteurs de risque

ou de vulnérabilité (hypertension, excès pondéral, sédentarité, tabagisme, etc.), et même certaines manifestations de problèmes de santé à leur début. Dans le dernier sous-groupe, bien moins nombreux, auquel appartient une personne sur dix, les personnes perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise et sont atteintes d'un ou plusieurs problèmes de santé actifs. Une très grande part de l'activité du système de santé et des services sociaux s'adresse à ce dernier groupe.

Il ne faudrait pas conclure qu'il n'existe pas de mouvement entre ces trois sous-groupes, bien au contraire. L'objectif de la prévention, c'est de maintenir le plus de gens possibles à la base de la pyramide, ou d'en favoriser le retour. L'objectif des soins de santé, c'est de permettre un mouvement des niveaux supérieurs de la pyramide vers le bas. Il s'agit donc d'une dynamique d'ensemble qu'il est possible d'influencer à la lumière des connaissances actuelles.

Il est intéressant aussi de situer le groupe des 65 ans et plus dans ce cadre. Alors que l'on pourrait croire que la majorité des aînés se situe dans le sous-groupe dont la santé est moyenne ou mauvaise, les chiffres indiquent plutôt le contraire. En effet, 33 % des aînés perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne; 44 % se perçoivent en bonne santé; et moins d'une personne sur quatre perçoit sa santé comme moyenne ou mauvaise. La proportion des personnes percevant leur santé comme moyenne ou mauvaise est d'ailleurs la même, à 24,3 %, chez les 75 ans et plus. Ces chiffres doivent nous mettre en garde contre des jugements hâtifs qui nous amèneraient à établir une relation directe entre grand âge et santé déficiente. C'est plutôt l'inverse, c'est-à-dire qu'une majorité des aînés estiment avoir une bonne santé, voire très bonne ou même excellente. C'est la préservation de ce capital de santé chez les aînés qui doit motiver nos efforts pour le début du prochain siècle.

Les besoins, l'âge et l'état de santé

Considérons à présent le lien entre l'âge et les besoins de santé à la lumière de quelques indicateurs. Au tableau 1 sont réunies des données fréquemment utilisées pour déterminer le degré de besoins de santé de la population. Celles-ci nous incitent à revoir certaines idées reçues. On constate que

Tableau 1

Besoins de santé de la population selon l'âge et la perception de l'état de santé

Indicateurs de besoins	Âge	Santé très bonne ou excellente	Bonne santé	Santé moyenne ou mauvaise
Limitation des activités	15-64 ans	1,8 %	6,5 %	38,4 %
	65 ans et plus	3,4 %	10,2 %	48,2 %
Détresse psychologique élevée	15-64 ans	21,0 %	32,0 %	48,0 %
	65 ans et plus	8,1 %	12,8 %	23,8 %
Soutien social faible	15-64 ans	14,9 %	24,2 %	34,1 %
	65 ans et plus	13,2 %	14,5 %	27,6 %
Fumeurs réguliers	15-64 ans	26,5 %	36,3 %	41,3 %
	65 ans et plus	16,3 %	15,0 %	19,2 %
Activité physique moins d'une fois par semaine	15-64 ans	39,9 %	51,8 %	60,2 %
	65 ans et plus	37,6 %	44,0 %	58,3 %
Consommation d'au moins un médicament au cours des deux derniers jours	15-64 ans	44,4 %	54,0 %	72,7 %
	65 ans et plus	70,6 %	80,2 %	92,6 %
Consultation d'un professionnel au cours des deux dernières semaines	15-64 ans	20,7 %	25,6 %	40,2 %
	65 ans et plus	25,6 %	29,3 %	50,3 %
Revenu : pauvre ou très pauvre	15-64 ans	13,3 %	18,3 %	33,0 %
	65 ans et plus	28,6 %	34,1 %	39,7 %

Source : Enquête Santé-Québec 1992-1993, région de Montréal

le premier facteur explicatif des besoins, c'est l'état de santé et non pas l'âge. En fait, quand on compare des groupes dont l'état de santé est comparable, l'effet de l'âge est bien plus faible. Dans certains cas, comme la détresse psychologique, un âge plus avancé est même « protecteur » : chez les personnes dont la santé est moyenne ou mauvaise, les aînés présentent moins de détresse psychologique. Les personnes de 65 ans et plus peuvent compter également sur un meilleur soutien social, ils fument moins, etc. Cependant, ils recourent davantage aux services de santé et vivent plus souvent dans une situation de pauvreté.

Bref, âge avancé ne va pas toujours de pair avec besoins de santé plus grands. C'est la santé qui compte, d'abord et avant tout. Et il est possible de mieux préserver le capital-santé de la population en repoussant le début de la maladie, de l'incapacité ou de la perte d'autonomie. C'est l'hypothèse de la « compression de la morbidité », formulée par James Fries : puisque la durée naturelle de la vie est déterminée et qu'il est possible de retarder l'apparition de la morbidité due à des problèmes de santé,

on peut postuler que des interventions efficaces peuvent entraîner une réduction absolue du fardeau de morbidité dans la population. Diverses études sont venues confirmer cette hypothèse, montrant l'efficacité d'interventions préventives et de soins médicaux appropriés. L'Enquête de Santé-Québec confirme d'ailleurs une régression du taux d'incapacité à Montréal, ce qui suggère que nous sommes déjà engagés dans cette voie.

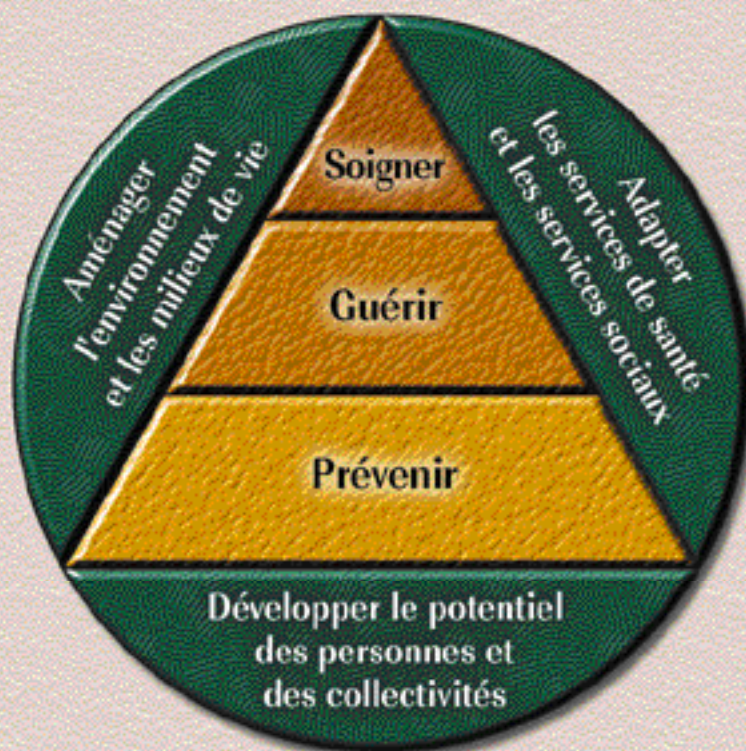
Agir sur les déterminants

Que faire pour maintenir et même faire fructifier le capital-santé chez les aînés d'aujourd'hui et de demain? Nous proposons d'adopter une approche dite de gestion préventive en trois volets.

- 1- Augmenter le nombre de personnes qui sont et demeurent en santé.
- 2- S'assurer que les personnes à risque puissent entreprendre des actions préventives ou recevoir sans délai les services requis par leur condition, et ainsi réduire le besoin de recourir ensuite à des services plus coûteux et moins efficaces.

Schéma B

Les perspectives d'action



3- Offrir aux personnes malades ou présentant une incapacité, ainsi qu'à leurs aidants, les services adaptés à leurs besoins, de la manière la plus pertinente et efficace possible.

L'approche proposée n'est pas nouvelle mais il faut reconnaître que beaucoup reste à faire pour en actualiser tout le potentiel. Pour être efficace, l'action souhaitée doit miser sur le développement du potentiel des personnes et des collectivités, l'aménagement de l'environnement et des milieux de vie ainsi que sur l'organisation des services de santé (schéma B). Précisons ce qui pourrait être fait.

Le développement des personnes et des collectivités

Valoriser des habitudes de vie qui renforcent le capital-santé

Les interventions misant sur la promotion d'habitudes de vie favorables à la santé comptent parmi les approches les plus efficaces pour atteindre un niveau de santé élevé chez les plus âgés. Comme le souligne une étude exhaustive récente de l'Union internationale de la promotion et l'éducation pour la santé, nous disposons de plus en plus de preuves à l'appui d'interventions s'adressant aux personnes d'âge mûr ou aux aînés qui visent la qualité de l'alimentation, la pratique d'activité physique régulière et l'abstention du tabac.

Pour l'alimentation, nous disposons de lignes directrices, mais l'efficacité de programmes d'intervention n'est toujours pas complètement démontrée pour des populations âgées. L'impact favorable de tels programmes sur l'intégration sociale est par ailleurs bien établi. De plus, des approches ciblées de sécurité alimentaire visant les personnes isolées, les hommes vivant seuls, les personnes à faible revenu et les personnes très âgées ou atteintes de maladies chroniques, semblent vraiment prometteuses. Une politique alimentaire tenant compte des besoins propres aux aînés et, plus largement, d'une société vieillissante, serait des plus souhaitables.

Les bénéfices de l'activité physique régulière au profit de la prévention de la maladie cardio-vasculaire, des chutes et de la fracture de la hanche, et même de la dépression, sont indéniables. Données à l'appui, l'âge de

50 ans marque le début de la période où les avantages de programmes de promotion de l'activité physique sont les plus convaincants.

On sait aussi que la perte de capacité fonctionnelle résulte davantage de l'inactivité que du processus de vieillissement comme tel.

C'est pourquoi des programmes de promotion de l'activité physique, comme ViActive et le Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.), déjà présents dans notre milieu, devraient être étendus. Ceux-ci gagneraient à être complétés par des initiatives à l'échelle de la communauté visant à rendre le cadre de vie urbain plus convivial et sécuritaire pour la pratique d'activités physiques. Des partenariats avec les organismes bénévoles et le secteur privé pourraient nous inspirer des développements utiles en ce sens.

Enfin, pour le tabac, on ne peut qu'insister sur les effets bénéfiques de cesser de fumer, quel que soit l'âge où l'on décide de le faire. Le fait que certains effets néfastes soient réversibles devrait nous inciter à ne pas relâcher nos efforts visant l'abandon du tabac, quel que soit l'âge.

« ...la perte de capacités fonctionnelles résulte davantage de l'inactivité que du processus de vieillissement... des programmes de promotion de l'activité physique, comme ViActive et P.I.E.D. devraient être étendus. »

Revoir le rôle des aidants familiaux et communautaires

Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse les aidants comme clients et partenaires, ces derniers ne semblent pas jouir d'un tel statut : absence quasi générale de mécanismes de consultation et de coordination des services de soutien, absence d'évaluation systématique de la situation des aidants, services de répit insuffisants ou peu adaptés. Quand on fait le bilan, les aidants sont plutôt des ressources à solliciter, à motiver et à former. Ainsi, le virage ambulatoire a exigé un transfert de soins complexes (intraveineuses, irrigation de plaies, etc.) qui alourdissent leur tâche, sans que leur capacité de les assumer n'ait été évaluée.

L'État semble vouloir demander aux familles d'assumer une plus grande part du soutien. L'évolution de la famille remet en question cette stratégie et il faudra revoir sa place dans le soutien à la population âgée : d'abord reconnaître un principe de libre choix, puis soutenir les familles dans cet engagement, établir des modes de consultation sur les services, reconnaître le répit comme droit et comme service préventif.

*« ... à trop compter
sur la famille,
on risque de susciter
d'autres problèmes
de santé publique »*

Des mesures de dédommagement sont aussi à envisager, surtout pour les aidants qui sont sur le marché du travail : assurance-chômage, élimination des pénalités en l'absence de contribution aux régimes de pension, crédits d'impôt remboursables, etc. Le dernier budget provincial a instauré un régime de crédit d'impôt pour prise en charge de parent avec incapacités. Cette première mesure doit être bonifiée car elle est régressive. Il faut éviter les solutions uniformes et favoriser le choix qui seul permet d'adapter les services aux besoins variés des aidants. Ce soutien accru et plus souple est nécessaire car, à trop compter sur la famille, on risque de susciter d'autres problèmes de santé publique.

Force est de constater que la population âgée n'est pas homogène sur le plan de l'isolement. Dans l'ensemble, les 65-79 ans se comparent, parfois avantageusement, aux 45-64 ans. Ce n'est que chez les 80 ans et plus que les problèmes d'insertion se posent avec plus d'acuité : ils ne sont plus que 50 % à avoir deux amis ou plus, ils ne sont plus que 24 % à visiter des amis ou des parents. Alors que 69 % des 65-79 ans offrent de l'aide à leur entourage et qu'ils sont 59 % à en recevoir, au-delà de 80 ans, ils ne sont plus que 54 % à offrir de l'aide et 73 % à en recevoir.

Les aînés semblent bien insérés dans leur communauté et demeurent actifs dans la société, particulièrement auprès de la famille, et fournissent une contribution notable au bien-être de la société. Il faut soutenir et développer les solidarités de voisinage. L'échange de services entre voisins est important : après le conjoint, les amis et les voisins sont les principaux bénéficiaires des services rendus par les aînés. Et les aidants apprécient grandement le soutien offert. Il faudrait soutenir les solidarités transversales entre personnes âgées, qui pourraient pallier la fragilité croissante des familles. Mais il faut aussi éviter de mettre trop d'espoir en elles, car les rapports entre voisins et amis reposent sur une certaine équité et réciprocité dans l'échange et résistent mal à une trop grande inégalité.

Il faut également demeurer conscient du problème particulier des plus âgés, des 80 ans et plus, alors que les incapacités physiques et les décès qui déciment l'entourage posent des difficultés importantes. Pour ces personnes, il faudra développer des activités de socialisation accessibles malgré les incapacités.

Devant la demande croissante de maintien à domicile, l'importance du réseau social et familial et l'harmonisation entre réseaux naturel et formel deviennent cruciales. Le soutien familial et communautaire ont en effet plusieurs fonctions : protection et surveillance de l'état de santé, soutien instrumental, maintien de l'identité, intégration familiale et sociale.

Les actions à mener sont de divers ordres, tant dans le domaine des services que dans celui du développement social, comme nous le verrons plus loin. Il faut dépasser les mesures ponctuelles de soutien et de répit, concilier les contraintes institutionnelles avec les routines des familles, concilier aussi le jugement professionnel avec les besoins dictés par l'identité, soutenir adéquatement les groupes bénévoles et orienter les services à domicile pour faciliter la conciliation avec les familles. Parmi les projets porteurs, on pourrait, par exemple, songer à établir des congés payés aux aidants informels ou encore soutenir l'approche intergénérationnelle.

En effet, cette approche est déjà bien amorcée et elle s'accroît au Québec. À titre d'exemple, depuis 10 ans, une association comme *L'Amitié n'a pas d'âge* mesure son succès à des relations de voisinage qui s'intensifient, à la démythification de la vieillesse, à un partage des valeurs, à un rapprochement des activités jeunes-aînés.

« Parmi les projets porteurs, on pourrait, par exemple, songer à établir des congés payés aux aidants informels ou encore soutenir l'approche intergénérationnelle. »

Favoriser la participation sociale des aînés

Le phénomène du vieillissement, conjugué à d'autres phénomènes sociaux comme l'éclatement des unions, la présence croissante d'immigrants, le fossé intergénérationnel, l'exclusion et l'appauvrissement de certains quartiers, génère des situations complexes. Comment, en tant que société aux prises avec le contexte économique actuel, pouvons-nous contribuer à mettre en place des conditions favorisant la participation sociale de tous, autant les nouveaux arrivants que les personnes défavorisées ou nos concitoyens et concitoyennes qui avancent en âge?

La démarche en cours dans notre région, dans la foulée du Forum sur le développement social, ouvre des perspectives intéressantes. Elle place la participation sociale de chaque citoyen au cœur même de ses orientations parce que celle-ci favorise l'insertion et l'affiliation des individus dans leur communauté, en même temps qu'elle cherche à renforcer le potentiel des personnes et des milieux où vivent ces personnes.

« Les aînés ne souhaitent pas être des "décrocheurs civiques". Ils ne veulent ni être isolés, ni être passifs, ni aggraver les problèmes des finances publiques, ni être les boucs émissaires de la société... »

Dans cette perspective, on suggère d'aborder le vieillissement sous l'angle des conditions facilitant la participation sociale et le sentiment d'appartenance à la société ainsi que sous l'angle de la responsabilité sociale des aînés à l'égard de leur participation à l'éducation de la jeunesse, à la vie familiale, au monde du travail, à la retraite et à la vie collective.

Instaurer des conditions facilitantes

L'intégration et la participation sociale exigent que chaque citoyen dispose de la capacité, de la possibilité et du soutien suffisants pour agir de façon signifiante pour lui-même et socialement reconnue. Il s'agit, pour les aînés, de certaines conditions objectives, notamment : sécurité financière, logement adéquat et adapté au besoin, bonne santé relative, accès à une information adéquate, facilités de transport, environnement sécuritaire (rues et trottoirs en bon état, sentiment de sécurité).

D'autres conditions plus subjectives sont aussi nécessaires pour soutenir la participation des aînés : niveau d'autonomie ou de dépendance, possibilité de satisfaire ses besoins, accès aux ressources, relations respectueuses et riches, lieux de participation. Par exemple, il faut voir à réduire les barrières, linguistiques, culturelles ou technologiques, empêchant l'utilisation des ressources. On ne devrait plus tolérer le manque de respect envers les aînés, les relations infantilisantes et les attitudes négatives de l'entourage qui excluent bien souvent les aînés des prises de décisions qui les concernent.

Reconnaître une plus grande responsabilité sociale

Les aînés ne souhaitent pas être des « décrocheurs civiques ». Ils ne veulent ni être isolés, ni être passifs, ni aggraver les problèmes des finances publiques, ni être les boucs émissaires de la société, par exemple à l'égard de la dette nationale. Ils se sont organisés, non seulement pour défendre leurs droits, mais aussi pour prendre leurs responsabilités de citoyens libres et responsables. Les aînés souhaitent mettre à profit leurs connaissances et leur expérience, et faire partie du pouvoir décisionnel dans divers domaines. L'absence de reconnaissance d'un nouveau rôle social met cependant en cause leur participation à la vie de la société.

Ils représentent un groupe de citoyens déjà formés et expérimentés dans différents secteurs, qui ne demande pas mieux que de jouer un rôle et de retrouver une nouvelle utilité sociale. Ils contribuent déjà de plusieurs façons au développement social en étant actifs dans les organismes communautaires. Leurs actions visent toutes les générations, et ce, dans des domaines aussi divers que l'entraide, l'assistance, la prévention, la justice sociale, la religion, la culture et même la lutte à la pauvreté.

Élargir les lieux de participation

Même si les champs d'action où les aînés peuvent s'impliquer sont insuffisants, ils sont quand même actifs dans divers milieux. Ils sont présents dans leur famille, si l'on considère que plus de 80 % d'entre eux rendent des services à leurs enfants (garde d'enfants, aide financière, soutien affectif, etc.). Les aînés peuvent aussi prendre une part active à l'animation de nouveaux habitats lorsqu'ils ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie habituel; ainsi les foyers, les résidences privées et les habitations à loyer modique (HLM) peuvent être investis par eux en vue de recréer des environnements physiques et sociaux vivants.

La vie associative est assurément un lieu idéal pour favoriser la participation des aînés. On parle ici des associations d'aînés, de bénévolat et de participation aux décisions et services. Les associations sont des lieux d'échange d'information et de services; elles offrent des activités diverses (de loisirs, sociales, culturelles) où l'on peut œuvrer pour la défense des droits et faire la promotion des intérêts des aînés. Les nouveaux retraités semblent moins attirés par des activités purement récréatives que par des regroupements axés sur la défense des droits, des activités à caractère intergénérationnel et des activités socio-communautaires.

Quant au bénévolat, les citoyens aînés sont souvent les piliers des centres d'action bénévole : environ 20 % d'entre eux travaillent dans ce type d'organisme. Par ailleurs, des aînés sont présents à différents paliers décisionnels et ce, dans différents secteurs. Que ce soit dans des conseils d'administration d'institutions publiques et privées, ou d'organismes et de clubs sociaux, dans l'animation de campagnes de promotion, dans l'action sociale ou encore sur le terrain, les aînés s'engagent socialement avec les autres générations.

« Les nouveaux retraités semblent moins attirés par des activités purement récréatives que par des regroupements axés sur la défense des droits, des activités à caractère intergénérationnel et des activités socio-communautaires. »

Des pistes d'action prometteuses

Les aînés sont de plus en plus des partenaires à part entière dans les lieux décisionnels ou, du moins, aspirent à être reconnus comme tels.

Leur implication au Forum régional sur le développement social a contribué à inscrire la participation sociale de leur groupe à l'agenda. Ils ont même amené les partenaires du Forum à considérer le vieillissement comme une préoccupation transversale de toutes les orientations à venir en développement social dans la région. De plus, la question de la prévention-promotion à leur égard, dans un contexte de vieillissement rapide, a été retenue comme l'une des six grandes orientations de l'enjeu sur la santé et le bien-être de la population.

« Nous avons tous, jeunes et moins jeunes, une tâche importante à réaliser pour redonner une place aux aînés, valoriser leur participation et reconnaître de nouveaux rôles sociaux comme mécanismes de développement social. »

Des priorités à l'égard des aînés montréalais ont ainsi été définies : information sur les services et les programmes de prévention; intervention auprès des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile ainsi que soutien aux aidantes naturelles; intervention auprès des aînés des communautés culturelles, davantage isolés et victimes de violence; recrutement de nouveaux bénévoles et augmentation des budgets des organismes communautaires œuvrant auprès des aînés; participation accrue des aînés aux décisions et à la planification des services qui les concernent.

Il y aurait lieu de redéfinir notre approche globale face à cette population pour faire une large part à la participation sociale des nouveaux aînés, qui sont autonomes et qui désirent apporter leur contribution à la vie collective. Cela nécessite une réflexion en profondeur sur le rôle et la place des aînés dans la société, sur leurs besoins actuels et à venir ainsi que sur les nouvelles manières d'y répondre. Tout cela doit se faire de concert avec les instances nationales et régionales de représentation des aînés, comme le Forum des citoyens aînés et la Table de concertation des aînés de la Ville de Montréal.

Nous avons tous, jeunes et moins jeunes, une tâche importante à réaliser pour redonner une place aux aînés, valoriser leur participation et reconnaître de nouveaux rôles sociaux comme mécanismes de développement social. Il nous faut changer nos façons de faire, changer les conditions pour

favoriser leur participation pleine et entière en fonction de leurs capacités, de leurs aptitudes et de leurs intérêts pour que, même sans emploi, même à la retraite, chaque citoyen ait toujours sa place dans la société et puisse contribuer au développement social de la collectivité.

L' aménagement de l'environnement et des milieux de vie

Une nécessaire mobilisation pour améliorer l'aménagement urbain

Modifier les tendances actuelles est un défi considérable : la problématique des gaz à effet de serre étant d'envergure planétaire, elle exige la participation de tous — citoyens, représentants gouvernementaux (santé, environnement, transport, énergie, aménagement...) et municipaux, groupes environnementaux et universitaires, etc. Pour faire face à de tels enjeux, il est en effet essentiel d'adopter des objectifs communs et des stratégies conjointes.

Actuellement, à l'échelle du Canada, on tente d'établir des plans d'action pour stabiliser, voire réduire, les émissions de GES. En 1992, à Rio de Janeiro, le Canada a signé la convention cadre des Nations Unies qui vise à stabiliser les GES et, en 1997, à Kyoto, il s'est engagé à réduire de 6 % d'ici 2010 les émissions par rapport à 1990. Au Québec, des groupes de travail — dont celui des transports auquel siège la santé publique — cherchent à faire consensus sur les moyens d'y parvenir.

Dans la lutte aux GES, qui s'accompagne souvent d'une baisse des autres polluants, divers axes d'intervention sont prometteurs : un plan de sensibilisation et d'éducation pour augmenter les connaissances du public, essentiel à l'adoption de valeurs et de comportements nouveaux, et aussi la mise en place de mesures facilitantes. Par exemple, on peut orienter les choix vers des modes de déplacement moins énergivores — transport en commun, bicyclette, marche — et vers des lieux de résidence plus rapprochés du travail et des services. Il y a aussi lieu d'intervenir pour modifier la tendance croissante du camionnage, installer d'autres modes de transport (rail, bateau...) et en améliorer l'efficacité énergétique (ex. : normes de consommation et d'émission).

« ... on peut orienter les choix vers des modes de déplacement moins énergivores — transport en commun, bicyclette, marche — et vers des lieux de résidence plus rapprochés du travail et des services. »

Les mesures appliquées à la réduction des émissions de polluants bénéficieront à toutes les couches de la population, et en particulier aux aînés. En effet, en plus des effets sur leur santé, les modifications du climat contribuent à réduire leur mobilité (ex. : chaleur intense, trottoirs et routes glacés), s'ajoutant ainsi aux facteurs qui limitent leurs déplacements — densité du trafic, escaliers, distances à parcourir...

Pour mieux connaître les impacts sur la santé des changements climatiques, qui sont d'ordres très divers, et mieux intervenir en situation critique, il importe de surveiller un certain nombre d'indicateurs. L'utilité en est déjà prouvée. À titre d'exemple, à Philadelphie, un système de surveillance/monitorage fournit un avertissement rapide en période de chaleur intense, ce qui donne le temps d'installer diverses mesures pour réduire la morbidité et la mortalité, surtout chez les personnes à risque (ex. : accès à des lieux climatisés, distribution de climatiseurs aux démunis). La surveillance épidémiologique est aussi envisageable pour les indicateurs sanitaires (ex. : mortalité/hyperthermie, morbidité/coup de chaleur, excès de taux de mortalité brute).

« Les mesures appliquées à la réduction des émissions de polluants bénéficieront à toutes les couches de la population, et en particulier aux aînés. »

Des stratégies urbaines peuvent être adoptées, comme un aménagement privilégiant les arbres — qui apportent fraîcheur et ombre et absorbent certains polluants, les espaces verts et les matériaux à albédo⁹ élevé pour routes et stationnements.

Ces mesures d'atténuation, toutefois, ne sont que complémentaires aux actions gouvernementales : il faudra en effet que les gouvernements mettent de l'avant un ensemble de stratégies de promotion et de prévention à l'échelle locale et mondiale pour réduire les émissions de GES.

Des modes de transport pour tous les âges

Le nouveau contexte conduira aussi à une forte demande de nouveaux services de transport, comme des autobus et des rames de métro pour tous âges. À l'heure actuelle, les transports sont conçus pour un groupe d'âge intermédiaire et la planification urbaine favorise la dispersion des lieux de résidence et la dépendance à l'automobile. La qualité de vie

⁹ Le goudron, de par sa couleur, présente un albédo nul : il accumule la chaleur et contribue donc au réchauffement urbain; inversement, un matériau de couleur claire n'absorbe pas la chaleur.

étant étroitement liée à l'activité sociale, elle-même liée à la mobilité et aux communications, il faut repenser les infrastructures de transport afin d'assurer la mobilité des aînés. En effet, la perte de capacité physique freine leur participation sociale — relations, événements culturels, services, bénévolat, et tous types d'activités extérieures.

Des logements mieux adaptés

Le portrait du mode d'occupation des ménages de 65 ans et plus est en pleine évolution : le HLM pour retraités est moins en demande malgré une hausse de la clientèle cible. Certains y voient une meilleure capacité financière des retraités, d'autres l'interprètent comme une perte de popularité. Les centres d'hébergement publics et privés rejoignent une clientèle plus âgée, soit 4,5 % des aînés, et ce pourcentage est similaire en Europe. Ce que l'on constate, c'est qu'il n'y a pas de lien mathématique entre le nombre d'aînés et la demande de logements spécialisés.

Un grand nombre de variables entrent en ligne de compte : les services et les soins à domicile, le degré d'instruction et la capacité financière des nouveaux retraités et la transformation des familles. Les entreprises d'aide domestique sont aussi de plus en plus populaires (80 nouvelles entreprises au Québec), ce qui aide à demeurer chez soi plus longtemps.

« ... le HLM pour retraités est moins en demande malgré une hausse de la clientèle cible. »

L'adaptation des services de santé et des services sociaux

Une transformation inachevée

Une population croissante d'aînés en mauvaise santé risque de poser des exigences énormes en fait des ressources. Les problèmes de santé des aînés représentent, selon une analyse menée pour la Communauté européenne, 50 % des dépenses totales de santé. C'est pourquoi, à court terme, s'impose une action sur l'organisation des services de santé.

Déjà, le débordement hivernal des urgences nous le rappelle, le vieillissement rapide de la population nous oblige à accentuer les efforts d'adaptation des services de santé.

Depuis la décentralisation régionale, en 1994, la majorité des efforts de transformation du système de santé ont porté sur des dimensions structurelles et sur l'établissement de mécanismes de coordination

des activités. À Montréal, l'adoption du premier plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux (1995-1998) a permis de réallouer des ressources institutionnelles vers la communauté. Des mécanismes ont été implantés pour mieux orchestrer l'activité d'ensemble du réseau, en fonction de certaines clientèles plus fragiles, par exemple le guichet unique pour les personnes âgées. Mais au-delà des modifications de la structure du réseau et de mécanismes de coordination spécifiques dont nous avons fait état, nous croyons qu'il faut adopter une approche plus ciblée en fonction des caractéristiques de santé des populations.

Prévenir

Le maintien de la santé des personnes de tout âge qui ont une santé excellente ou très bonne représente, nous l'avons vu, un enjeu de taille, voire une nécessité. Même si cette responsabilité relève en partie des individus, des mesures universelles s'adressant à toute la population s'avèrent ici un choix judicieux. Nous avons déjà évoqué les actions qui touchent le développement du potentiel des personnes et le développement social ainsi que celles préconisant le réaménagement approprié de l'environnement et du milieu de vie. Nous pourrions inclure la gamme des activités du programme régional de santé publique qui participent à plus ou moins long terme au maintien du capital-santé de la collectivité. Mais nous voudrions insister ici sur l'importance de mesures touchant plus particulièrement l'organisation des services de santé.

« Dans le contexte du virage ambulatoire et de l'explosion des connaissances sur la santé, plus que jamais, les citoyens doivent participer activement à la prise en charge de leur santé et de leurs soins. »

Dans le contexte du virage ambulatoire et de l'explosion des connaissances sur la santé, plus que jamais, les citoyens doivent participer activement à la prise en charge de leur santé et de leurs soins. Celle-ci passe par une plus grande démocratisation des connaissances sur les risques et les maladies, et davantage encore sur les façons de préserver ou de recouvrer la santé. L'objectif est d'outiller les citoyens avec une information juste, complète, à jour et crédible, pour les aider à comprendre et à entreprendre les actions qui sont à leur portée. Beaucoup de chemin reste à faire pour atteindre cet objectif. Mais une telle démocratisation des connaissances constituera dans l'avenir la base d'une alliance nouvelle

entre citoyen et professionnel, à l'intérieur de laquelle le citoyen agira de façon de plus en plus éclairée et autonome. Une population vieillissante disposera de plus de temps pour s'informer. Le système public de santé doit poursuivre, à l'instar de ce qui a été fait pour le service Info-santé, les avenues visant à mieux exploiter le pouvoir de l'information et de l'éducation au service de l'amélioration de la santé.

Une autre mesure a trait aux services médicaux dans la communauté, que nous considérons comme une mesure universelle puisque environ 70 % de la population consulte un généraliste chaque année. Plusieurs facteurs — scientifiques, économiques, démographiques et sociaux — ont apporté des changements profonds dans les modes d'organisation des services médicaux de première ligne. La pratique de groupe, en cabinet ou en CLSC, a graduellement remplacé le médecin qui prenait seul en charge les consultations avec ou sans rendez-vous, au bureau ou à domicile, le jour, le soir et les fins de semaine. Les critères actuels de qualité de vie et la proportion croissante de femmes omnipraticiennes ont entraîné la réduction du nombre d'heures travaillées. Parallèlement, devant l'afflux de connaissances nouvelles, maintenir à jour ses compétences devient très exigeant pour le médecin dans la communauté, constamment sollicité par une clientèle qui prend de l'âge et cumule souvent plusieurs problèmes de santé. C'est dans ce contexte que nous assistons, surtout en milieu urbain, à une certaine « spécialisation » de la médecine généraliste et que la population a de plus en plus de mal à avoir accès aux services de médecins de famille qui connaissent bien leur clientèle et qui acceptent de la suivre.

Comment contrer cette précarisation de l'accès aux services de première ligne en milieu urbain? L'ajustement des plans d'effectifs médicaux, le recrutement et la formation de jeunes médecins de même que l'adoption de nouvelles modalités médico-administratives et organisationnelles font l'objet de discussions entre les autorités ministérielles et celles de la profession médicale. Il faudra aussi examiner des aspects relatifs au mode de rémunération et il pourrait être pertinent de valoriser certains actes particulièrement efficaces pour faire face aux maladies du vieillissement.

« Mais une telle démocratisation des connaissances constituera dans l'avenir la base d'une alliance nouvelle entre citoyen et professionnel, à l'intérieur de laquelle le citoyen agira de façon de plus en plus éclairée et autonome. »

Mais au-delà de ces dimensions administratives, des actions visant à soutenir la pratique médicale dans la communauté sont à intensifier. L'entente entre l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal et la Direction de la santé publique constitue une amorce en ce sens, pour les services préventifs. Dans un effort de solidarité entre les milieux de formation médicale et les centres d'expertise qui produisent la connaissance, des activités de synthèse et de diffusion du savoir médical seraient utiles afin de mieux habiller le généraliste à intégrer, au bénéfice de son patient, la somme imposante d'informations et de connaissances requises pour poser les interventions cliniques appropriées.

Guérir

Pour les personnes qui sont à risque ou effectivement aux prises avec l'une ou l'autre des maladies du vieillissement, l'objectif est d'optimiser les soins : la bonne approche, au bon moment, offerte par la bonne ressource et de la bonne façon. La dispensation judicieuse, en somme, d'interventions éprouvées qui ne s'adressent pas à toute la population mais à des groupes précis, identifiables à cause d'un risque ou d'une condition de santé (par exemple, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, asthme, ostéoporose, diabète). Des interventions grâce auxquelles on peut modifier l'évolution des conditions de santé, prévenir ou retarder les complications ou même permettre de recouvrer la santé. C'est probablement pour ce groupe que les progrès technologiques de la médecine scientifique et, de manière plus générale, des savoirs professionnels, ont le plus d'impact.

« C'est probablement pour ce groupe que les progrès technologiques de la médecine scientifique et, de manière plus générale, des savoirs professionnels, ont le plus d'impact. »

Ce que nous proposons par le biais de ces mesures dites sélectives, c'est de procéder de manière plus systématique, dans une approche par programme. En effet, les connaissances disponibles sur l'histoire naturelle des problèmes et sur l'efficacité des interventions sont suffisantes pour se prêter à une telle approche. De nombreuses lignes directrices ont été établies, des protocoles ont été mis au point dans certains milieux, des accords ont été passés entre certains établissements; malgré ces efforts, les données indiquent qu'il demeure une variation importante dans les pratiques. Tout en prenant garde d'uniformiser à outrance les approches

face aux maladies du vieillissement, l'équité d'accès aux services de santé requiert que nous fassions le point sur les façons de faire dont l'utilité — ou l'absence d'utilité — a été démontrée. L'ampleur des défis dans une région comme la nôtre exige d'accentuer et de mieux systématiser les travaux visant à traduire les connaissances en pratiques et en services à la communauté. Un dialogue entre praticiens, chercheurs, décideurs et citoyens, dans une approche programme et de gestion préventive, nous paraît une piste à privilégier.

Une telle approche ne doit pas être vue comme une stratégie strictement administrative. Des programmes adaptés devraient faciliter le passage à l'action, en encourageant et en soutenant la participation active des personnes et leurs familles, l'habilitation des intervenants de première ligne, l'accès et la collaboration avec les services spécialisés (investigation, traitement, réadaptation, etc.), en fonction des besoins. En somme, une gamme complète de services dont l'efficacité est reconnue tout au long d'un continuum en vue d'atteindre les objectifs de santé et de qualité de soins.

Soigner

Le troisième sous-groupe est formé de personnes dont l'évolution de la condition a atteint un stade irréversible entraînant des incapacités permanentes et une perte d'autonomie. Il s'agit dans ce cas de faciliter l'adaptation de la personne aux limitations auxquelles elle doit faire face, et de réaménager son milieu de vie en fonction de ses besoins et contraintes. L'intervention s'adresse ici à des personnes qui cumulent fréquemment plusieurs problèmes médicaux (troubles cognitifs, insuffisance cardiaque ou respiratoire, diabète, troubles nutritionnels, incontinence urinaire, etc.), ou sociaux (pauvreté, isolement social, etc.), des déficits sensoriels, des limitations dans les activités courantes de la vie quotidienne, etc. Les services les plus cruciaux pour ces personnes d'âge souvent très avancé sont les aides personnelles (visuelles, auditives, aides à la marche, pour le bain...), les services de soutien favorisant une vie autonome à domicile (repas, entretien ménager, accompagnement pour les courses et les visites médicales...), sans oublier bien sûr l'accès à des activités récréatives adaptées.

« Un dialogue entre praticiens, chercheurs, décideurs et citoyens, dans une approche programme et de gestion préventive, nous paraît une piste à privilégier. »

« Les services infirmiers, sociaux et médicaux proprement dits et la présence d'aidants naturels et d'un intervenant pivot qui connaît et voit à la continuité des services jouent un rôle déterminant dans la qualité de la prise en charge. »

Les services infirmiers, sociaux et médicaux proprement dits et la présence d'aidants naturels et d'un intervenant pivot qui connaît et voit à la continuité des services jouent un rôle déterminant dans la qualité de la prise en charge.

Comme nous l'avons vu, l'offre de services de maintien à domicile s'est accrue de façon marquée dans la région depuis 1995. Le projet de démonstration SIPA (Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie), déjà en cours, devrait par ailleurs nous permettre de mieux comprendre la valeur ajoutée d'une approche interdisciplinaire intégrée auprès des personnes âgées frêles. Mais le défi demeurera grand pour les prochaines années et il serait fort utile de réduire au minimum les délais entre la production des connaissances nouvelles sur l'approche intégrée et leur traduction concrète dans l'organisation des services pour l'ensemble de la population. À cet effet, il faut maintenir le dialogue amorcé entre chercheurs, praticiens et décideurs, voire l'élargir à l'ensemble de la communauté gériatrique.

Pour le sous-groupe formant le sommet de la pyramide, il nous faut également aborder la question des soins de fin de vie. En effet, selon des auteurs américains, plus de 27 % des coûts totaux des services de santé chez les aînés sont attribuables aux soins donnés à 5 % de ceux qui sont décédés durant l'année de l'étude. Plus récemment, une comparaison des soins de fin de vie aux États-Unis, en Colombie-Britannique et au Québec révélait qu'ici, durant les six derniers mois de vie de personnes de 65 ans et plus, on effectue, dans une proportion nettement plus marquée, presque tous les types de procédures médicales, y compris celles n'offrant des avantages réels qu'à des personnes dont l'état de santé leur permettrait d'en bénéficier (remplacement de hanche ou insertion de lentilles intraoculaires). Ceci illustre la prépondérance de la médecine technologique en fin de vie. Ceci soulève aussi la pertinence d'une telle médicalisation et de certains modes de pratique face au caractère inéluctable de la mort, et des coûts considérables — tant humains que financiers — qu'elle représente, ce qui appelle donc à une réflexion éthique sur nos approches en fin de vie.

Une approche de gestion préventive

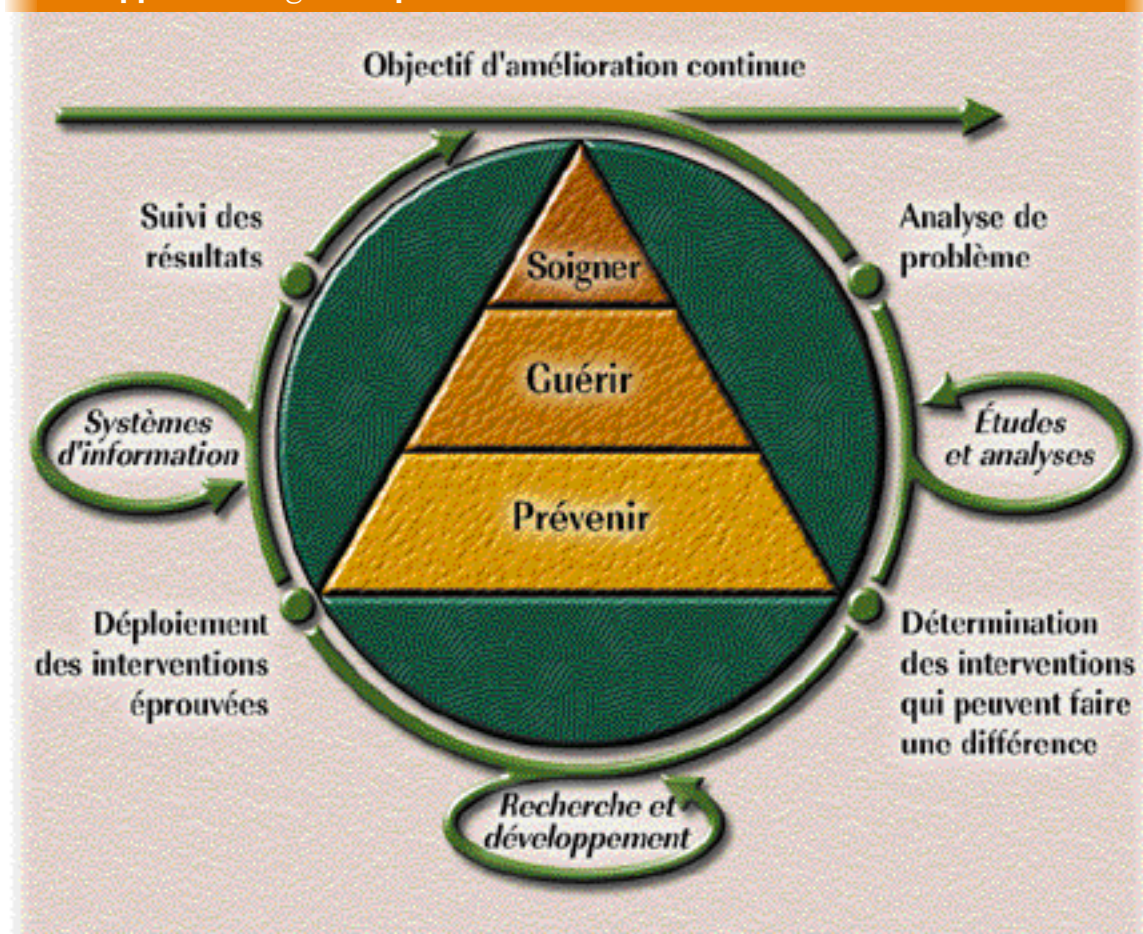
Comment s'y prendre pour avancer dans la direction que nous venons d'évoquer? Plusieurs chemins mènent à Rome, comme on le sait.

Plusieurs acteurs ont déjà entrepris la route, chacun à sa façon, à partir de sa carte du territoire et de sa compréhension de la meilleure voie à suivre. On ne saurait toutefois nier l'importance de s'entendre sur une vision partagée de la direction à emprunter et des meilleurs moyens pour s'y rendre.

C'est dans l'esprit de favoriser cette vision partagée que nous suggérons une approche à la fois simple et systématique, empruntée au cycle de gestion, et qui a largement démontré son utilité (schéma C).

Schéma C

Une approche de gestion préventive



Le cycle de gestion préventive devrait nous permettre de franchir les étapes suivantes :

- 1- L'analyse du problème, avec ses causes et conséquences, et l'étude de ce qui se fait à cet égard dans les divers milieux. Une telle analyse est indispensable pour identifier les occasions d'agir, pour protéger la santé chaque fois que c'est possible, et pour déterminer les études et enquêtes requises quand des informations plus complètes sont nécessaires.
- 2- La détermination des interventions éprouvées qui peuvent faire une différence. Il s'agit de favoriser un examen global des interventions reconnues, qu'elles soient soutenues par la recherche ou par l'expérience, et de concevoir quel serait l'agencement idéal de ces interventions si l'on aspire réellement à changer le cours de l'histoire naturelle de la maladie. Le besoin d'activités de recherche et de développement (mise au point d'interventions novatrices, projets de démonstration, recherche évaluative, etc.) pourra également être précisé.
- 3- Le déploiement des interventions éprouvées, en insistant davantage sur les interventions reconnues comme les plus utiles, en délaissant celles qui ne le sont pas, et en revoyant l'organisation des activités de manière à encourager et rendre plus faciles les interventions les plus rentables pour la santé, comme les interventions préventives.
- 4- Le suivi des résultats, qui vient conclure la séquence, sur la base des informations recueillies par la codification des interventions réalisées et l'analyse des fichiers et registres sur la santé de la population. La rétroaction, destinée aux acteurs, des données sur l'action qu'ils mènent et sur les résultats qu'elle entraîne est un moteur puissant pour susciter la réflexion critique et la prise de conscience des possibilités de faire mieux. Malgré les limites actuelles de plusieurs systèmes d'information, il est néanmoins possible de documenter certaines pratiques et les principaux résultats de santé, d'établir de nouveaux objectifs d'amélioration et, ainsi, de recommencer le cycle jusqu'à ce que nos objectifs ultimes soient atteints.

Nous proposons donc ce cycle de gestion préventive, parce qu'il vise à nous aider à agir avant, chaque fois que possible. L'approche s'inspire de la démarche clinique, réalisée au cas par cas avec chaque patient. En somme, on recherche une compréhension d'ensemble de chacune des problématiques auxquelles nous désirons nous attaquer : l'adoption d'une vision commune du problème, de ce qui devrait être fait, de ce qui se fait dans la réalité, des changements à intégrer, des résultats observables, des objectifs d'amélioration tangibles à envisager.

En pratique, une telle démarche pourrait être adoptée en fonction de chacune des questions prioritaires soulevées dans le rapport : l'une ou l'autre des maladies du vieillissement, la clientèle des personnes âgées frêles, les soins de fin de vie, et chacun des déterminants de la santé sur lesquels on souhaite agir. Des groupes de travail formés de citoyens, d'intervenants communautaires, de praticiens de diverses disciplines, de chercheurs et de décideurs pourraient recevoir le mandat d'élaborer cette vision, de la discuter, de la valider, puis de la faire adopter par la Régie régionale. En second mandat, ils pourraient travailler à concrétiser cette vision, en collaborant à la traduire dans l'action, en établissant des réseaux avec les instances organisationnelles, professionnelles, politiques et communautaires qui détiennent la capacité, chacune à leur niveau, de la mettre en œuvre.

« L'approche s'inspire de la démarche clinique, réalisée au cas par cas avec chaque patient. »

Prendre de vitesse le changement démographique

Le vieillissement rapide de la population montréalaise et son impact présumé sur la santé de la population soulève pour plusieurs des questions nouvelles, et même certaines inquiétudes quant à notre capacité d'assurer la pérennité de nos politiques sociales dont, bien sûr, celle de notre système public de santé.

Au terme de l'Année internationale des personnes âgées, la Direction de la santé publique publie ce rapport afin de faire valoir son point de vue sur l'ensemble de ce phénomène complexe, à partir des données et analyses disponibles, et d'en dégager certaines avenues susceptibles d'éclairer la voie à suivre dans les années à venir.

Au moment où des pressions très grandes s'exercent sur le système de santé — on sent d'ailleurs le besoin de le faire évoluer —, nous proposons d'abord de prendre garde d'assimiler trop vite la notion de vieillissement à une détérioration de la santé. Les données suggèrent au contraire que les gains de santé demeurent possibles à un âge avancé, une réalité que nous sommes en mesure d'observer déjà dans notre région. Nous discutons ensuite les preuves scientifiques qui viennent appuyer la pertinence de renforcer la prévention de différentes manières, par le vieillissement actif, des habitudes de vie favorables, la participation sociale des aînés à la vie collective et au développement social, l'adaptation du cadre résidentiel et urbain, la préservation de la qualité de l'air, etc. Nous insistons enfin sur l'impératif de poursuivre et même d'accélérer la transformation du système de santé, en complétant les modifications structurelles déjà apportées par des mesures centrées sur les besoins de santé prioritaires d'une population vieillissante. Nous préconisons en ce sens une approche de gestion préventive par programme, organisée en fonction des maladies du vieillissement les plus significatives à l'égard de la santé de la population.

Face à la transition démographique dans laquelle nous sommes déjà engagés — et qui est appelée à s'accroître — nous pourrions décider d'opter pour une approche de laisser-faire, quitte à mener des ajustements ponctuels

au fur et à mesure qu'ils deviendront nécessaires. Notre analyse nous incite plutôt à tenter de prendre les devants, à prendre de vitesse le changement démographique, grâce aux connaissances disponibles, aux expériences prometteuses qui sont en cours et à notre pouvoir d'initiative.

Nous avons confiance dans la capacité des citoyens, des praticiens, des chercheurs et des décideurs de travailler ensemble pour faire une différence.

Négocier le « virage gris », c'est faire en sorte de vivre pleinement chacune des phases du cycle de la vie, en comptant sur la force de la santé, de la sagesse et de la sérénité. N'est-ce pas là une aspiration que nous partageons tous? La Direction de la santé publique de Montréal-Centre sera heureuse d'apporter son aide à ceux qui, par leurs gestes concrets, voudront aussi y apporter leur contribution.

Bibliographie

ATTIAS-DONFUT, C. (1995). *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, État*. Paris, Nathan, 352 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1997). *La participation comme stratégie de renouvellement du développement social*. p. 9, 105, 109.

D'AMOURS, M. et BISSON, L. (1998). *L'expérience du chômage de longue durée chez les travailleurs et travailleuses de 45 ans et plus : entre blessure identitaire et construction de nouvelles identités*. Québec, INRS-Culture et Société, 212 p.

DAVID, H. (1997). Le vieillissement au travail et en emploi : bilan synthèse des travaux récents. *Lien social et Politiques*, 38, 51-61.

DELFINO, R. J. et al. (1998). Emergency room visits for respiratory illness among the elderly in Montreal : Association with low level ozone exposure. *Environmental Research*, 76 :67-77.

DUCHARME, F. (1998). Les aidantes naturelles âgées et le virage ambulatoire. *Le Mésange*, 3, 5-6.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998). *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population, Les inégalités sociales de la santé*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 92 p.

ENVIRONNEMENT CANADA (1997). *Chapitre québécois de l'étude pan-canadienne sur les impacts et l'adaptation à la variabilité au changement du climat*. Tome V. Résumé synthèse. Ottawa, Environnement Canada, 19 p.

ETAN (Expert Working Group for the European Commission) (1998). *The Ageing Population and Technology : Challenges and Opportunities*, 34 p.

FIRBANK, O. (1997). Avancement en âge, ressources économiques multiples et situations de vulnérabilité. *Lien social et Politiques*, 38, 87-99.

FLETCHER, A, BREEZE, E. et WALTERS, R. (1999). *The evidence of health promotion effectiveness : shaping public health in a new Europe*. International Union for Health Promotion and Education, European Commission.

FRIES, J.F. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303 : 130-5.

GAULLIER, X. (1997). Emploi et retraite. Du risque « fin de carrière » à la pluri-activité à tout âge. *Lien social et Politiques*, 38, 63-73.

GOUVERNEMENT DU CANADA (1993). *Vieillissement et autonomie : Aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 169 p.

GUBERMAN, N. (1999). *Caregivers and Caregiving: New Trends and their Implications for Policy*. Ottawa, Santé Canada, 144 p.

IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change) (1996). *Climate change 1995 : the science of climate change*. Contribution of working group 1 to the second assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. New York, Cambridge University Press.

JUTRAS, S. et LAVOIE, J.P. (1991). *L'état de santé des corésidents de personnes âgées en perte d'autonomie*. Enquête Santé Québec 1987, vol. 5. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

KALKSTEIN, L.S. (1991). A new approach to evaluate the impact of climate upon human mortality. *Environmental Health Perspective*, 96 : 145-50.

KALKSTEIN, L.S. (1993). Health and climate change : Direct impact in cities. *Lancet*, 342 : 1397-99.

KATSOUYANNI, K. et al. (1993). Evidence for interaction between air pollution and high temperature in the causation of excess mortality. *Archives of Environmental Health*, 48(4) : 235-42.

KUNTS, A.E. et al. (1993). Outdoor air temperature and mortality in the Netherlands : a time-series analysis. *American Journal of Epidemiology*, 137(3):331-41.

LATIMER, E.A., VERRILLI, D. et WELCH, W.P. (1999). Utilization of physician services at the end of life : Differences between the United States and Canada. *Inquiry*, 36 : 90-100.

LAVOIE, J.P., LEVESQUE, L. et JUTRAS, S. (1995). « Les aidants familiaux » dans Santé Québec; LAVALÉE, C., BELLEROSÉ, C., CAMIRAND, J. et CARIS, P. (Éds). *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 45-80.

LAVOIE, J.P., PEPIN, J., LAUZON, S., TOUSIGNANT, P., L'HEUREUX, N. et BELLEY, H. (1998). *Les relations entre les services formels et les aidantes naturelles. Une analyse des politiques de soutien à domicile du Québec*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Université de Montréal et Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal, 82 p.

LEDUC et GAGNON (1992); McKendry (1993) cité dans RMQA, 1998.

LONGSTRETH, J. (1999). Public health consequences in global climate change in the United States - some regions may suffer disproportionately. *Environmental Health Perspective*, 107 (Suppl.1) : 169-79.

LUBITZ, J.D., et RILEY, G.F. (1993). Trends in medicare payments in the last year of life. *New England Journal of Medicine*, 328 : 1092-6.

MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC (1995). *Vers un plan de transport pour la région de Montréal. Phase 1 : Choisir - Diagnostic et orientations.* Document de référence. Montréal, Direction régionale de Montréal, 458 p.+ annexes.

ORY, M.G., HOFFMAN III, R.R., YEE, J.L., TENNSTEDT, S. et SCHULZ, R. (1999). Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers. *The Gerontologist*, 39, 177-185.

PHILLIPSON, C. (1997). La prise en charge des parents âgés en Grande-Bretagne : perspectives sociologiques. *Lien social et Politiques*, 38, 165-173.

PRADES, J.A., LOULOU, R. et WAAUB, J.-P. (1998). *Stratégies de gestion des gaz à effet de serre. Le cas des transports urbains.* Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 277 p.

RAIZENNE, M. et al. (1998). Les effets de l'exposition à la pollution atmosphérique sur la santé des enfants. *Revue canadienne de santé publique*, 89 (Suppl.1) : S47-S53.

RAMLOW, J.M. et KULLER, L.H. (1990). Effects of the summer heat waves of 1988 on daily mortality in Allegheny county, PA. *Public Health Reports*, 105 (3) : 283-8.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998). *Le défi de l'accès, Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1999). *Tableau de bord central, Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, État de situation : le point de départ.*

RICHER, F. (1999). *Impacts santé des changements climatiques. Conséquences des épisodes de chaleur intense sur la santé.* Document de travail. Montréal, unité de Santé au travail et environnementale. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 51 p.

RMQA (Regroupement montréalais pour la qualité de l'air) (1998). *Pollution atmosphérique et impacts sur la santé et l'environnement dans la région de Montréal.* Montréal, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre, 356 p.

ROCHON, Madeleine (1997). *Viellissement démographique, état de santé et financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux,* Thèse de doctorat, Université de Montréal.

ROSENTHAL, C.J. (1997). Le soutien des familles canadiennes à leurs membres vieillissants : changements de contexte. *Lien social et Politiques*, 38, 123-132.

ROWE, John W. et KAHN Robert L.. (1998). *Successful Aging*, New York, Dell Publishing, Random House, 265 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1995). *Portrait de santé des Montréalais : rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993 pour la région de Montréal-Centre*.

SCHULZ, R., O'BRIEN, A.T., BOOKWALA, J. et FLEISSNER, K. (1995). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates, and Causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.

STATISTIQUE CANADA (1992). *Vieillesse et autonomie. Faits saillants*. Ottawa, Statistique Canada, 20 p.

VITA AJ, Terry R.B., HUBERT, H.B. et FRIES, J.F. (1998). Aging, health risks and cumulative disability, *New England Journal of Medicine*, 338 : 1035-41.

WHO, WMO et UNEP (World Health Organization, World Meteorological Organization, United Nations Environment Programme) (1996). *Climate change and human health*. Genève, A. J. McMichael, A. Haines, R. Sloof and S. Kovats, 297 p.

Liste des cartes, figures, tableaux et schémas

Cartes	Île de Montréal : Pourcentage de personnes de 65 ans ou plus en ménages privés parmi l'ensemble de la population (Statistique Canada, recensements de 1981 et 1996).p.6
Figure 1	Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, Montréal-Centre, Québec et pays de l'OCDE, 1996.....p.15
Figure 2	Pyramide des âges, Montréal-Centre, 1976, 1996, 2016p.16
Figure 3	Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Montréal, 1950-1952 à 1995-1997p.17
Figure 4	Mouvements migratoires de la population, selon la composante, Montréal-Centre, 1991-1996p.17
Figure 5	Proportion de la population ayant suivi des études universitaires selon la génération, Montréal-Centre, 1991p.18
Figure 6	Taux de chômage, Montréal et ensemble du Québec, 1991 à 1999p.19
Figure 7	Taux d'emploi selon le sexe et l'âge, Québec, 1995 et 1999p.20
Figure 8	Proportion de la population sous le seuil de faible revenu, selon l'âge, Montréal-Centre et Canada, 1995.....p.20
Figure 9	Proportion de la population sous le seuil de faible revenu, selon l'âge, Montréal-Centre, 1990 et 1995.....p.21
Figure 10	Proportion de personnes bénéficiaires de l'aide sociale, Montréal-Centre et ensemble du Québec, 1989 à 1998.....p.21
Figure 11	Taux ajusté de mortalité selon la cause, Montréal-Centre, 1975-1977 à 2016p.24
Figure 12	Taux brut de mortalité selon la cause, Montréal-Centre, 1975-1977 à 2016p.24
Figure 13	Taux brut d'incidence du cancer selon le siège, hommes, Montréal-Centre, 1984-1988 à 2016.....p.25

Figure 14	Taux brut d'incidence du cancer selon le siège, femmes, Montréal-Centre, 1984-1988 à 2016.....	p.25
Figure 15	Taux de mortalité par cancer du poumon, selon la région urbaine, Canada, 1996.....	p.26
Figure 16	Taux brut d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, Montréal-Centre, 1992-1994 à 1997-1998	p.27
Figure 17	Taux d'hospitalisation pour maladies vasculaires cérébrales, Montréal-Centre, 1992-1994 à 1997-1998.....	p.28
Figure 18	Taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire, selon le sexe, Montréal-Centre, 1997-1998 à 2016.....	p.29
Figure 19	Nombre quotidien moyen de civières occupées, selon le problème de santé, Montréal-Centre, avril 1995 à mars 1999.....	p.29
Figure 20	Proportion de la population présentant un excès de poids, selon l'âge, Montréal-Centre, 1987 et 1992-1993.....	p.30
Figure 21	Taux brut de mortalité pour diabète, selon le sexe, Montréal-Centre, 1981-1983 à 2016	p.31
Figure 22	Taux ajusté d'hospitalisation pour fracture de la hanche dans la population de 65 ans et plus, régions urbaines du Canada, 1996-1997	p.32
Figure 23	Taux d'hospitalisation pour dégénérescences cérébrales (comprend l'Alzheimer), selon le sexe, Montréal-Centre, 1997-1998 à 2016.....	p.32
Tableau 1	Besoins de santé de la population, en fonction de l'âge et de la perception de la santé, région de Montréal, 1992-1993.....	p.48
Schéma A	L'état de santé, tel que perçu par la population montréalaise, 1992-1993	p.46
Schéma B	Les perspectives d'action	p.49
Schéma C	Une approche de gestion préventive.....	p.65

Remerciements

Comité d'orientation

Richard Lessard
directeur de la santé publique

Denis Roy
directeur par intérim
jusqu'en août 1999

Michel Mongeon
coordonnateur du rapport

John Carsley
Louis Drouin
Marie-Claire Laurendeau
Jean-Luc Moisan
Gloria Sacks-Silver

Comité technique

Michel Mongeon, coordonnateur
Denis Allard
Deborah Bonney
Robert Choinière
Lise Guérard
Solange Lapierre
Monique Letellier
Yolande Marchand
Jean-Luc Moisan
Louis Patry
Francine Trickey

Contributions spéciales

Denis Roy
Robert Choinière
L'équipe de gérontologie

Collaborations

André Bergeron
Marie-Claude Boivin
Jacques Durocher
Jean-Pierre Lavoie
Michel Morel
François Thérien
Michelle Tremblay

ainsi que

Madeleine Rochon
du ministère de la Santé et
des Services sociaux du Québec
dont les recherches ont
largement inspiré les dimensions
économiques de ce rapport.

Conseillère à la rédaction

Solange Lapierre

Graphisme

Paul Cloutier

Photographie

Jean Bruneau

Traduction anglaise

Sybil Murray-Denis

Production et diffusion

Deborah Bonney
Jean-Luc Moisan