



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

La santé urbaine

*une condition nécessaire
à l'essor de Montréal*

**DIRECTION
DE SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

Rapport annuel 2002 sur la santé de la population

La santé urbaine

*une condition nécessaire
à l'essor de Montréal*

Une publication de la
Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

English version available upon request

Comité scientifique

Denis Roy, responsable éditorial
Robert Choinière, responsable de l'analyse
Jean-Frédéric Lévesque, Institut national de santé publique du Québec
Stéphane Perron

Collaborations

Michel Mongeon
Jean Mayenikini
Unité Écologie humaine et sociale
Unité Maladies infectieuses
Unité Santé au travail et environnementale
Unité Santé physique

Conseillère à la rédaction

Solange Lapierre

Soutien technique

James Massie
Chantal Paradis

Graphisme

Paul Cloutier

Photographie

Jean Bruneau

Traduction anglaise

Traduction Terrance Hughes inc.

Production et diffusion

Deborah Bonney

© **Direction de santé publique**
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (2002)

Dépôt légal : 4^e trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-367-9

Avant-propos

Ce rapport annuel sur la santé de la population montréalaise constitue la cinquième parution d'une série amorcée en 1998. C'était l'intention du directeur de la santé publique d'actualiser, grâce à un rapport publié annuellement, son mandat d'information du public et des partenaires sur la santé de la population, qui lui est confié à l'article 373 de la Loi sur la Santé et des Services sociaux du Québec.

Dès les débuts, la Direction de la santé publique a voulu donner à ses rapports une direction claire : à partir de données probantes, identifier les principaux enjeux relatifs à la santé de la population montréalaise et suggérer des orientations susceptibles d'avoir un impact favorable à la résolution des problèmes ainsi exposés.

Intitulé « Les inégalités sociales de la santé », notre premier rapport exposait, en 1998, les disparités socio-économiques existant au sein de la population par rapport à une gamme de problématiques de santé. Il mettait de l'avant des interventions à privilégier aux différentes étapes de la vie en précisant la contribution de la Régie régionale à l'appui à ces changements. Notre rapport a obtenu un vaste rayonnement auprès de la communauté montréalaise, et au-delà, et a constitué l'un des fers de lance de la démarche partenariale de développement social dans notre région. Au niveau de la Direction de la santé publique, il a suscité la création d'une équipe affectée à la réduction des inégalités sociales et de l'Observatoire montréalais des inégalités sociales de la santé. Il a enfin conduit certains membres de notre équipe à participer directement à l'élaboration de la stratégie québécoise de lutte à la pauvreté.

Notre rapport sur le vieillissement « Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante » a suivi en 1999. Il mettait en lumière les transitions démographiques, épidémiologiques et technologiques en cours et leurs impacts sur l'évolution des systèmes publics de santé. Nous y proposons, pour

la première fois, une vision des systèmes de santé axée sur trois objectifs primordiaux soit, maintenir le capital santé des personnes dont la santé est très bonne ou excellente (*prévenir*), intervenir précocement et efficacement pour rétablir la santé lorsque celle-ci est menacée ou qu'un problème de santé survient (*guérir*) et, enfin, savoir utiliser les approches éprouvées pour intervenir humainement auprès des personnes dont la santé ou l'autonomie fonctionnelle est irrémédiablement affectée (*soigner*). Cette vision, reprise ensuite par le Conseil des directeurs de santé publique du Québec, fut retenue l'année suivante par la Commission Clair. Plus récemment, l'équipe ministérielle chargée de la révision de la Politique de la santé et du bien-être du Québec s'appuyait également sur ces trois objectifs pour fonder sa réflexion. Quant à nous, à la Direction, nous poursuivons toujours nos travaux de recherche sur la question de la convivialité de l'environnement dans le contexte d'une société vieillissante.

L'an 2000 marquait pour nous la publication d'une analyse globale de l'ensemble des activités de recherche et d'évaluation menées dans la région de Montréal au moment de la fermeture d'hôpitaux et de la restructuration du réseau qui l'a accompagnée. Notre rapport, intitulé « L'impact de la transformation du réseau sur la santé de la population », s'appuyait sur une collaboration inédite entre, d'une part, les chercheurs de la Direction de la santé publique et de la Régie régionale et, d'autre part, 17 équipes de recherche universitaire. Une collaboration d'une telle ampleur constituait, à notre connaissance, une primeur au Canada.

Ces travaux de recherche ont permis de dresser plusieurs constats, solidement appuyés, qui furent communiqués aux décideurs de la Régie régionale et des établissements de même qu'aux commissaires et analystes de la Commission Clair. Rappelons les principaux : la qualité des

services hospitaliers s'est globalement maintenue malgré la réduction significative des ressources imposée au secteur hospitalier à partir de 1995 ; la performance des services de santé de première ligne dans la région a connu quelques déficits objectifs ; les activités de promotion-prévention ont été réduites dans les CLSC ; par suite de cette restructuration et du programme de départs volontaires, les ressources humaines ont subi un stress marqué.

Le rapport le plus récent, « La santé mentale des adultes Montréalais », publié en 2001, s'appuyait sur une enquête originale menée par une équipe de chercheurs de notre direction. On y a fait état de l'ampleur des troubles transitoires de la santé mentale qui affectent un nombre important, voire croissant, de personnes au sein de notre collectivité. On y documentait également le faible degré d'adéquation entre les besoins de services et ceux obtenus. On y abordait enfin la problématique émergente de la santé mentale au travail et les avenues à explorer sur les plans de la recherche, de l'intervention et des politiques publiques.

Le rapport 2002 s'inscrit donc en continuité avec ces productions antérieures. Il offre une synthèse des principaux éléments qui définissent la santé de la population montréalaise, tout en proposant une mise à jour, le cas échéant, de certaines des analyses présentées à la faveur des rapports précédents. Le thème de la santé urbaine s'est progressivement imposé au fur et à mesure que nous avançons dans le processus de recueil d'informations et d'analyses. Il s'agit de l'angle privilégié que nous proposons d'adopter pour examiner la question complexe de la santé de la population montréalaise.

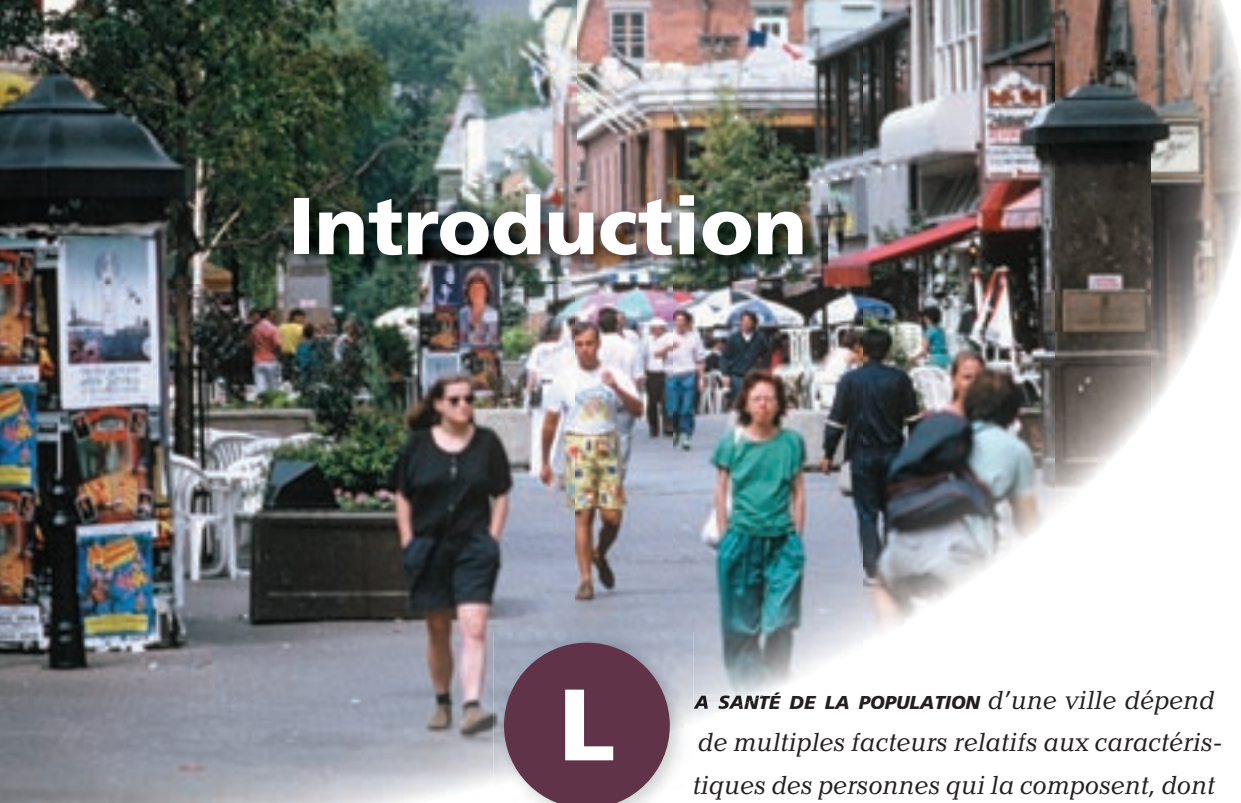
A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard'.

Le directeur de santé publique
Richard Lessard, M.D.

Table des matières

Introduction	7
1. Une vision de la santé urbaine	11
<i>Le contexte urbain</i>	13
<i>La population urbaine</i>	16
<i>Les problématiques urbaines de santé</i>	17
2. Le portrait de santé de Montréal	21
Thème 1 : Les caractéristiques urbaines	24
<i>Une population diversifiée et dynamique</i>	24
Une métropole en transformation continue	24
Montréal vieillissant	25
Une mosaïque culturelle	25
Une vie sociale complexe et en mutation	26
Montréal polarisée par les inégalités sociales	27
Des problèmes de sécurité alimentaire	28
<i>Les risques de l'environnement urbain pour la santé</i>	29
Des sources de pollutions multiples et croissantes	29
Une qualité de l'air soumise à de multiples contaminants	30
Des vagues de chaleur intense	30
Un contrôle efficace de la qualité de l'eau	31
Le bruit urbain : des effets sur la santé difficiles à mesurer	31
L'importance du milieu bâti	32
L'amiante, un vice caché	32
Les contaminations chimiques : la pointe de l'iceberg	33
La progression de l'asthme : le milieu de vie en cause	33
Thème 2 : L'état de santé global	37
Comparaisons urbaines : du bon, et surtout du moins bon...	37
Malgré tout, des gains spectaculaires depuis 20 ans	37
Un clivage géographique et socio-économique	38
Une amélioration notable dans le temps mais le clivage demeure	40
Thème 3 : L'adaptation et l'intégration sociale urbaines	43
Pour la majorité des enfants, un développement normal	43
Les jeunes, des transitions en accéléré	45
Les étapes de la vie adulte : plus de stress, moins de dépression	46
L'adaptation au vieillissement, un défi individuel et collectif	48
Un lot de bonnes et de moins bonnes nouvelles, selon les étapes de la vie	48

Thème 4 : Les maladies chroniques	51
Le cumul des facteurs de risque : un impact marquant sur la santé	51
Le tabagisme, une dépendance meurtrière	52
Mauvaise alimentation, inactivité, excès de poids : sous haute surveillance	52
Les maladies chroniques, miroir de nos habitudes de vie	54
L'enjeu oublié de la santé dentaire	55
Des constats négatifs clairs : repenser nos actions	55
Thème 5 : Les blessures accidentelles et les troubles locomoteurs	59
Les blessures accidentelles : une histoire à succès	59
Les lésions professionnelles	60
Les troubles locomoteurs : un problème croissant avec l'âge	61
Un portrait assez favorable	61
Thème 6 : Les maladies transmissibles	65
Maladies évitables par la vaccination : des gains fragiles	65
VIH et hépatite C : défis de la prévention et accès aux services	66
La recrudescence des ITS	67
Maladies entériques : des disparités géographiques	67
Tuberculose : un enjeu toujours actuel	67
L'impératif de demeurer vigilants	68
Thème 7 : Les services de santé	71
Le recours aux services : la position charnière de Montréal	71
Mortalité infantile : reflet d'une bonne prise en charge de la naissance	72
Le bilan mitigé du recours au dépistage chez les femmes	72
Interventions pertinentes : encore place à l'amélioration	73
Des pratiques plus conformes aux lignes directrices	74
Hospitalisations et mortalités évitables : un retard persistant	74
La satisfaction des attentes envers les soins	74
Un bilan mitigé	75
3. Le défi de la santé urbaine	79
<i>La contribution du réseau montréalais de la santé et des services sociaux</i>	81
<i>Prévenir, guérir, soigner : trois objectifs pour orienter l'action</i>	82
<i>Intégrer les actions à travers un continuum d'interventions</i>	86
<i>Pour une alliance en faveur de la santé urbaine</i>	87
Liste des graphiques	89
Pour en savoir plus	92



Introduction

L

A SANTÉ DE LA POPULATION d'une ville dépend de multiples facteurs relatifs aux caractéristiques des personnes qui la composent, dont la structure d'âge, le bagage génétique, les conditions de vie sociales et matérielles, les habitudes de vie, ainsi que les services de santé et services sociaux auxquels elles ont accès. Certains de ces déterminants sont difficilement modifiables. Pour les autres, l'action urbaine est par contre décisive. La santé collective est ainsi tributaire des choix individuels mais est aussi fortement conditionnée par les décisions et les actions prises par les multiples acteurs intervenant en milieu urbain.

Si la santé individuelle et collective représente en soi une valeur, un droit et un objectif majeur pour toute société démocratique, elle fait aussi partie des ressources importantes, voire stratégiques, pour le bien-être actuel et futur de la collectivité. Le développement maximal du capital-santé permet à la ville d'atteindre son plein potentiel social, culturel et économique. C'est pourquoi la prise en compte des répercussions sur la santé des décisions prises par les nombreuses instances est un outil essentiel pour guider et encourager le développement de la cité. Comme nous le verrons, il existe à Montréal des déficits sur le plan de la santé de la population qui requièrent de la part des décideurs un intérêt plus marqué et des actions plus déterminantes que par le passé.

Or, la dynamique urbaine est complexe et une foule d'acteurs y interviennent selon leur propre initiative, sans réelle coordination. Cette grande autonomie favorise le dynamisme, la créativité, l'entrepreneuriat et la prise en charge de responsabilités spécifiques. En revanche, elle entraîne inévitablement des tensions, lorsque les acteurs poursuivent des objectifs qui ne sont pas convergents, et limite la possibilité d'une planification globale. La santé de la population peut ainsi être plus ou moins bien servie par des décisions prises à différents niveaux.

Un contexte de transformation et d'innovation

Mais Montréal se transforme. La création de la nouvelle ville de Montréal offre une assise territoriale qui correspond mieux à la réalité urbaine et qui offre l'opportunité d'arrimer l'action de la Régie régionale et des nombreux partenaires pour qui le territoire d'action couvrait déjà l'île. De plus, Montréal s'inscrit au cœur de plusieurs transformations touchant le système de santé québécois. Avec l'entrée en fonction du premier pdg de la RRSSS découlant de la loi sur la gouverne, la mise en œuvre prochaine du Programme national de santé publique, les innovations faisant suite aux recommandations de la commission Clair, nous verrons d'ici quelques années des changements importants dans le système de santé, la première ligne en particulier. Certains de ces changements, planifiés par le gouvernement, bénéficieront donc d'un soutien important de sa part et il nous faudra les actualiser à l'échelle régionale. D'autres émergeront à l'initiative des décideurs de Montréal, de manière à répondre à notre problématique urbaine.

Le postulat inspirant ce rapport sur la santé de la population de Montréal est le suivant : la prise de décision éclairée par des données probantes va permettre d'augmenter l'impact des politiques publiques et de la prestation de services sur la santé de la population. C'est dans cet esprit que nous comptons exercer notre rôle d'information.

Si le contexte de changement nous semblait propice à influencer la prise de décision, un inventaire exhaustif des préoccupations des décideurs n'était pas réalisable. Nous avons recueilli directement auprès de certains décideurs leurs préoccupations et complété ce portrait par la consultation des sources d'information disponibles. Nous croyons ainsi que cette perspective permettra d'informer la population de son état de santé et des conditions ayant un impact sur celle-ci et de mieux soutenir les intervenants dans leurs actions pour la santé.

Guider les orientations des décideurs du monde multisectoriel

Au printemps dernier, la nouvelle ville de Montréal activait les Sommets de Montréal dans les arrondissements et dans certains secteurs d'activités spécifiques. Plus de 3000 personnes engagées dans l'action urbaine ont ainsi été consultées et invitées à façonner les assises de cette nouvelle « ville-région ». Divers ateliers ont convergé vers un ensemble de propositions de chantiers.

Bien qu'aucun d'eux ne portait spécifiquement sur la santé, cette démarche démocratique a mis en lumière certaines préoccupations de santé urbaine, touchant les domaines psychosocial, environnemental ou les habitudes de vie. Des 19 chantiers mis sur pied au terme de l'exercice, huit interpellent directement la santé publique : l'amélioration et le développement de l'habitation ; le développement des infrastructures stratégiques de transport ; la gestion intégrée de l'environnement ; une vision intégrée pour un développement urbain durable ; les sports, les loisirs et les parcs ; la lutte à la pauvreté ; le soutien à la vie de la communauté ; et un environnement urbain paisible et sécuritaire. Tous ces chantiers nous semblent devoir être alimentés en informations relatives aux déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux de la santé des Montréalais.

Ce n'était pas la première fois qu'il se dégagait un consensus autour de problématiques de santé urbaine lors de rencontres intersectorielles de décideurs. Par exemple, les travaux de concertation régionale réalisés sous l'égide du Conseil régional pour le développement de l'île de Montréal (CRDIM) en l'an 2000 ont réuni plusieurs organismes régionaux et gouvernementaux du secteur de l'environnement. Des orientations communes en ont résulté concernant plusieurs thématiques clairement liées à la santé tout autant qu'au développement social et économique. À titre d'exemples, la gestion des risques environnementaux, l'eau potable et les eaux usées, les transports et les espaces verts, l'air et les sources de pollution fixes, ainsi que les terrains contaminés. Cette même démarche avait également fait état des besoins d'information, entre autres sur les sources de risques environnementaux, les conditions de logement, l'impact des transports et de la qualité de l'air sur la santé.

Quelques années plus tôt, en 1998, le plan stratégique élaboré dans le cadre du Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal avait déjà fourni de riches enseignements sur les préoccupations des réseaux sociocommunautaires montréalais. Encore ici, une gamme d'enjeux prioritaires comme le maintien de l'emploi, l'arrimage du développement économique et du développement social, et la promotion d'une éducation de qualité représentaient autant de facteurs pour lesquels l'information sur la santé de la population est cruciale. Déjà à cette époque, la démarche reconnaissait explicitement la santé comme une dimension essentielle du développement social de la ville.

Guider la transformation du système de santé

L'émergence récente de propositions pour moderniser l'organisation des soins et services crée de nouveaux besoins d'information chez les intervenants et les décideurs du système de santé. Que ce soient les décideurs gouvernementaux

centraux pour le Plan ministériel de relance et le Programme national de santé publique, que ce soit la Régie régionale de la santé et des services sociaux pour sa planification stratégique et l'élaboration du Plan d'action régional de santé publique, que ce soient les établissements de santé pour leur propre planification stratégique et l'actualisation des services à la population, le cadre législatif et réglementaire actuel exige de fonder les décisions sur l'information la plus probante.

Au-delà des préoccupations partagées par un grand nombre de décideurs du réseau de la santé au sujet de l'impact de leur action, de la capacité de leurs services à répondre aux attentes légitimes de la population, et cela avec efficacité, efficience et équité, chacun présentent des besoins d'informations spécifiques.

C'est pourquoi nous nous sommes penchés sur les besoins de certaines instances qui partagent avec nous une responsabilité par rapport à l'ensemble de la collectivité qu'elles desservent. Parmi ces institutions, les CLSC représentent des partenaires privilégiés dans l'action locale pour la santé urbaine. De par leur mission de santé dans sa dimension communautaire, ils s'intéressent à comprendre les tendances et écarts concernant divers indicateurs de santé, à mieux considérer la défavorisation sociale et économique, à documenter les pratiques exemplaires dans des contextes sociaux et culturels particuliers, ainsi qu'à identifier les interventions préventives efficaces, les facteurs de risques et de protection et les enjeux relatifs aux habitudes de vie.

Le Département régional de médecine générale (DRMG) est, lui aussi, une organisation particulièrement réceptive à l'information pouvant guider l'orchestration des soins médicaux de première ligne à Montréal. À leurs yeux, l'information la plus utile concerne l'utilisation et l'accès aux soins et services, les caractéristiques spécifiques de la population desservie pouvant guider la répartition des effectifs médicaux ainsi que les modes de pratique les plus favorables à la santé et l'équité.

Relever le défi d'informer et de soutenir la décision

La proposition que nous entendons offrir dans ce rapport s'inscrit dans une vision globale qui, dans la mesure où elle sera partagée par différents acteurs, sera susceptible de favoriser le capital-santé de Montréal. Grâce à de nouvelles données, probantes et souvent inédites, axées sur des comparaisons avec d'autres régions urbaines du Canada et sur les écarts existant à Montréal même, notre rapport annuel vise à guider et à soutenir la décision et l'action.

Notre interprétation de l'ensemble de ces données s'appuiera sur une vision de la santé urbaine. Elle comprendra bien sûr les états de santé et de morbidité présentés habituellement dans un portrait de santé, mais nous nous intéresserons en particulier au caractère métropolitain de Montréal, aux déterminants de la santé en contexte urbain, aux inégalités sociales et aux clientèles vulnérables.

Le rapport est divisé en trois sections. Le premier chapitre propose une vision de la santé urbaine reconnaissant l'impact des habitudes de vie, de l'environnement, des services de santé et de services sociaux sur la santé de la population. Le chapitre 2 présente le portrait de santé de la population de Montréal. Il réunit de nombreuses informations disponibles sur les facteurs déterminant la santé des Montréalais ainsi que sur diverses problématiques de santé urbaine. On y analyse l'état de santé en tenant compte des tendances temporelles, des inégalités sociales et de la spécificité urbaine.

Finalement, le chapitre 3 expose le défi de la santé urbaine. On y met de l'avant certaines pistes qui constituent, sur la base de nos observations, des enjeux prioritaires. On évoque enfin certaines orientations que nous voulons soumettre aux différents décideurs dans le cadre de leurs mandats respectifs. Nous faisons le pari que l'on peut ainsi accroître l'impact de nos actions sur la santé de la population.

Montréal est une ville globalement en santé. Néanmoins, plusieurs indicateurs suggèrent qu'il demeure une large place à l'amélioration. Nous sommes en mesure d'apporter ces améliorations, d'autres villes y sont parvenues. C'est dans cet esprit que nous soumettons nos observations et nos réflexions en vue d'orienter l'action de ceux qui ont un impact sur la santé publique.

Une vision de la santé urbaine

1



1 Une vision de la santé urbaine

Les inégalités
sociales

L'adaptation
et l'intégration
sociale

Les maladies

Les
habitudes
de vie

Les maladies
transmissibles

Les blessures
accidentelles

Une pop
mobile et dy

D

DANS LE PRÉSENT RAPPORT ANNUEL, nous désirons dresser un portrait de la santé des Montréalais qui reconnaît la spécificité et le caractère urbain de la métropole québécoise. À la différence des autres régions du Québec, Montréal est essentiellement urbaine, elle est densément peuplée et elle abrite une importante population née à l'extérieur du Canada ; elle est aussi un pôle d'attraction pour les régions limitrophes comme pour tout le Québec. C'est pourquoi, tout en centrant notre regard sur la santé des habitants de l'île de Montréal, le rapport tentera de faire écho à cette dimension métropolitaine en considérant différents déterminants qui dépassent les frontières géographiques de la ville.

Puisque la santé d'une population est un phénomène complexe, caractériser la santé d'une ville exige de considérer divers éléments. Nous chercherons donc à décrire ces éléments à l'aide des indicateurs disponibles, selon une vision qui tient compte des facteurs relatifs au contexte urbain montréalais, à sa population, aux grandes problématiques de santé et de bien-être et aux habitudes de vie ayant un impact sur la santé.

Notre vision des problématiques urbaines de santé témoigne de l'évolution de notre réflexion à mesure de l'élaboration de ce rapport. Sans vouloir développer une théorie de la santé urbaine, nous croyons que cette vision peut aider à mettre en perspective les indicateurs de santé et à en faciliter la compréhension.

La vie dans la ville présente d'énormes potentiels pour la santé. Elle assure un accès accru à une diversité de services et de commodités de la vie moderne. Le regroupement des personnes et la concentration des technologies en un même lieu est un des moyens par lesquels l'urbanité a transformé la vie des gens et leur assure les ressources matérielles, économiques et sociales propices à leur épanouissement.

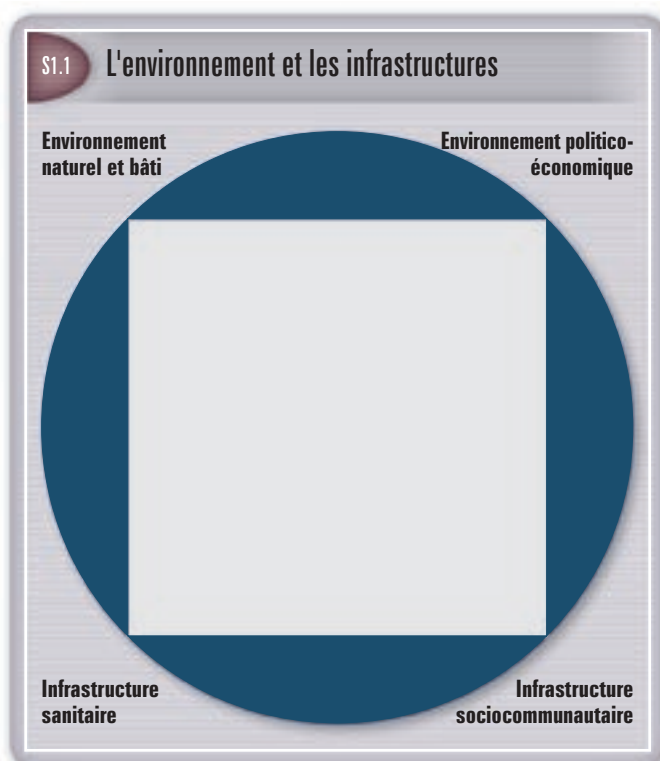
L'urbanité est apparue entre autres en réponse à un besoin de concentration des ressources et elle a donné lieu à une amélioration indéniable du niveau de vie des sociétés fortement industrialisées. Elle n'est pas non plus sans répercussions défavorables sur la santé. La vie dans les grandes zones urbaines pose certains risques à la santé, ne serait-ce que la pollution et la criminalité. On sait aussi combien la forte concentration des établissements de santé joue un rôle d'attraction auprès des personnes en quête de soins.

Une ville constitue un système complexe et multidimensionnel. La ville, c'est évidemment l'environnement naturel et le milieu bâti qui forme l'aménagement physique. Mais c'est aussi les gens qui la composent, c'est-à-dire qui y vivent, y travaillent ou y voyagent. Ce sont aussi les systèmes politiques et administratifs, les infrastructures physiques et sanitaires et les ressources communautaires qui répondent aux besoins des citoyens.

Selon cette même logique, l'état de santé de la population urbaine dépend ainsi des caractéristiques des citoyens et de leurs habitudes de vie, de l'environnement dans lequel ces gens vivent, des processus sociaux et culturels régissant les interactions sociales ainsi que des services de santé mis à la disposition de ceux qui en ont besoin. La ville et l'urbanité ne sont donc pas synonymes de bonne ou de mauvaise santé, mais présentent plutôt à la fois de multiples opportunités et de risques pour la santé. Tout dépend de la façon dont on organise la vie urbaine et des choix qu'effectuent les citoyens.

Le contexte urbain

La santé d'une population se développe et se construit à l'intérieur d'un contexte plus global. Nous examinerons ici le contexte urbain selon plusieurs dimensions, soit l'environnement naturel et bâti, l'environnement politico-économique, l'infrastructure sociocommunautaire ainsi que l'infrastructure sanitaire (voir schéma S1.1). Ces dimensions permettent de jeter un regard sur de multiples caractéristiques urbaines ayant un impact sur la santé de la population.



L'environnement naturel et bâti

L'environnement constitue le milieu dans lequel les humains vivent et réalisent leurs actions. Il comprend le milieu naturel ainsi que le milieu bâti. Dans les grandes agglomérations, l'environnement naturel et bâti présente des caractéristiques pouvant avoir un impact marqué sur la santé.

De manière générale, la qualité de l'air que l'on respire, la qualité de l'eau que l'on consomme et la qualité des sols sur lesquels se réalisent les activités humaines

déterminent divers états de santé. Les grandes villes tendent à concentrer les activités humaines et industrielles qui dégradent la qualité de l'air. La densité d'automobiles, d'usines ou d'entreprises de services ainsi que de grands bâtiments dont la source d'énergie est un carburant (pétrole, bois, diésel, etc.), accentue l'impact de plusieurs polluants dans l'air ambiant. À titre d'illustration, on note davantage de problèmes de santé, de consultations à l'urgence, d'hospitalisations ainsi qu'un excès de mortalité chez les personnes vulnérables quand, en certaines saisons, le taux d'émissions atmosphériques s'accroît.

La ville exige aussi d'imposants réseaux d'aqueduc, ce qui représente un défi de taille pour les administrations municipales. Vu la densité élevée de la population qui entraîne une grande charge de déchets, il faut disposer de systèmes élaborés d'approvisionnement et d'assurance de la qualité pour assurer le bon entretien des réseaux et la qualité de l'eau traitée.

Les grandes villes occupent aussi de vastes étendues de territoire. Les diverses activités humaines et industrielles peuvent donner lieu à une contamination des sols de la ville. Cette contamination peut poser des risques à la santé, par exemple parce qu'elle menace les sources d'alimentation en eau, ou que des terrains contaminés deviennent des zones résidentielles quand leur vocation territoriale se modifie.

La mobilité des populations et la vocation changeante des terrains sont des caractéristiques fréquentes des zones fortement urbanisées.

Pour ce qui est de l'environnement naturel, il est très limité en zone urbaine, la croissance des villes se faisant au détriment des aires de verdure et des boisés. Les villes se caractérisent par la prépondérance des constructions bétonnées où les parcs se limitent à des îlots restreints.

L'environnement bâti inclut toutes les constructions où vivent les citoyens, les infrastructures servant aux déplacements, les parcs et centres intérieurs de loisir et l'infrastructure industrielle et commerciale. La vie dans les villes présente aussi de multiples avantages qui peuvent améliorer la qualité de vie et la sécurité de l'environnement bâti. La concentration des personnes et des bâtiments dans l'espace impose l'obligation de mieux planifier et entretenir l'environnement bâti.

Les bâtiments eux-mêmes ne sont pas sans présenter de risques. Que l'on pense à ces immeubles domiciliaires dont la vétusté et le mauvais entretien exposent leurs résidents à des contaminants de l'air intérieur comme les moisissures. Ces conditions de logement peuvent sans aucun doute être améliorées, mais la ville tend à concentrer des groupes qui ont peu le choix d'y être exposés.

Autre caractéristique de l'environnement urbain, la grande densité d'infrastructures servant aux déplacements. Les agglomérations urbaines doivent accommoder d'importants mouvements de population de façon quotidienne. La présence d'infrastructures de transport en commun ainsi que de voies routières servant aux véhicules personnels et commerciaux influence considérablement la vie des citoyens. L'ampleur de toutes ces infrastructures exerce elle aussi un impact marqué sur la santé, tant par la pollution de l'environnement que la sécurité des déplacements et la convivialité et l'accessibilité des milieux de vie.

Finalement, bien que la présence d'infrastructures industrielles ne soit pas en soi une caractéristique urbaine, leur proximité de zones d'habitation densément peuplées pose des risques à la santé différents de ceux existant en zone rurale ou dans les villes de moindre envergure. Que ce soit par les effets de la pollution ou, plus

Cette contamination peut poser des risques à la santé, par exemple parce qu'elle menace les sources d'alimentation en eau, ou que des terrains contaminés deviennent des zones résidentielles quand leur vocation territoriale se modifie.



directement, par les risques en cas d'accident avec des matières dangereuses, la cohabitation des vocations industrielles et résidentielles n'est pas sans conséquence sur la santé urbaine.

On le voit, l'activité humaine et l'utilisation intense du territoire urbain concentrent les risques à la santé des citoyens. Le bruit, les épisodes de chaleur accablante et le smog, souvent exacerbés dans les métropoles, sont de bons exemples des risques auxquels les populations sont exposées.

Le contexte politico-économique

Les grandes métropoles sont le plus souvent le moteur économique et culturel des nations. Elles occupent aussi une position charnière dans les relations avec le monde. Ces constats définissent le contexte à l'intérieur duquel la ville se construit, où la population urbaine se forme et se transforme et où l'activité humaine se déroule.

Souvent les grandes métropoles jouent aussi un rôle central en matière de pouvoir politique des nations. Que ce soit par leur poids démographique, la concentration des groupes d'intérêt ou la structure même des institutions politiques installées en zone urbaine, les grandes villes exercent une forte influence sur les décisions en matière de développement économique et de santé.

Mais, en même temps, la gestion des grandes villes est très complexe, une foule d'intervenants entrant en scène à de multiples échelons. Si cela génère un grand dynamisme, les résultats de leur action ne se font pas toujours de façon concertée.

L'infrastructure sociocommunautaire

On entend par infrastructure sociocommunautaire un ensemble d'organisations diverses qui visent à répondre aux besoins des populations locales. Toute collectivité comporte un réseau sociocommunautaire plus ou moins étendu selon les dynamiques locales. Les métropoles tendent à présenter un plus large éventail et une plus grande densité de ces organisations. Elles bénéficient en outre de l'apport d'organisations présentant un fort degré de spécialisation, qui détiennent donc des expertises uniques.

Ces organisations poursuivent divers objectifs, que ce soit développer les capacités des communautés, prodiguer des services de soutien ou travailler à la défense des droits de populations vulnérables. La concentration de ces populations dans les grandes villes et le degré plus marqué d'anonymat peuvent aussi être perçus comme un moteur de développement de ces organismes propre à la ville. Malheureusement, leur rôle et leur contribution à l'amélioration de la santé sont trop souvent ignorés. La qualité de la vie urbaine dépend dans une large mesure de leur action.

L'infrastructure sanitaire

Si l'environnement politique et économique urbain a un impact indirect sur la santé des populations par ses effets sur l'ensemble des activités urbaines, l'influence de l'infrastructure sanitaire, elle, est directe. L'infrastructure sanitaire des grandes villes offre des opportunités particulières aux citoyens en raison de la concentration des services spécialisés, de la présence d'une expertise de recherche et d'enseignement et de l'accès à une grande diversité de modes de soins.

Mais cette grande disponibilité de services de santé ne garantit pas pour autant l'accès à des soins appropriés. Si la ville concentre davantage les services de santé que les régions non-urbaines, il demeure que les établissements sanitaires urbains tendent à desservir un bassin de population qui débord les frontières géographiques de la ville. Leur capacité à donner des services peut s'en trouver dépassée en raison de cette compétition de clientèles, créant ainsi des barrières à l'accès pour les citoyens. De plus, certains déficits persistent dans la nature des services offerts quand, par exemple, l'infrastructure sanitaire spécialisée se développe aux dépens de l'infrastructure de soins primaires.

Si la ville concentre davantage les services de santé que les régions non-urbaines, il demeure que les établissements sanitaires urbains tendent à desservir un bassin de population qui débord les frontières géographiques de la ville.

La population urbaine

La ville représente ainsi un cadre de vie particulier à l'intérieur duquel la santé des personnes se construit. Mais si la ville est faite d'infrastructures physiques et d'institutions, elle est avant tout le fait des populations qui y vivent. Ici encore, les populations urbaines présentent des caractéristiques qui conditionnent fortement la santé. Dans cette section, nous examinerons plusieurs facettes des populations urbaines : les citoyens avec leurs origines diverses, les mouvements de population, les réseaux sociaux ainsi que les inégalités.



Une population aux multiples visages

Dans les métropoles, la population tend à être moins homogène culturellement que dans les villes et les régions rurales périphériques. La cohabitation de populations arborant des origines ethniques et linguistiques diverses est en effet caractéristique de bon nombre des grandes agglomérations. Porte d'entrée et lieu d'insertion sociale des nouveaux arrivants, le portrait culturel des métropoles est le résultat des diverses vagues d'immigration qu'elles ont accueillies.

Cette richesse culturelle va de pair avec nombre de défis relatifs à la santé et à l'accès aux services de santé. La migration représente en elle-même une transition ayant un impact potentiel majeur sur la santé du migrant. De plus, l'adaptation à une nouvelle société et à des conditions de vie différentes, l'adoption de nouvelles habitudes de vie et la familiarisation avec de nouveaux systèmes de santé et d'éducation sont autant de déterminants pour les immigrants. Du côté des prestataires de services de santé, cette diversité entraîne aussi la nécessité d'ajuster les interventions à ces multiples réalités culturelles. Du même coup, par leur intégration même, les migrants incitent les sociétés et leurs institutions à se transformer. En ce sens, l'intégration est un processus bilatéral de changements sociaux et culturels.

Le fait d'immigrer et d'être confronté à des changements parfois radicaux ne met pas nécessairement la santé en danger, mais entraîne de nouveaux besoins et expose à un ensemble de conditions et de stress ayant des répercussions sur les plans social, psychologique et biologique.

Une population mobile et changeante

Les populations urbaines sont en renouvellement constant, elles sont mobiles et dynamiques. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : les immigrants s'installent surtout dans les grandes villes à leur arrivée, les institutions d'enseignement et de santé s'y concentrent, attirant une population étudiante ou des personnes à la recherche de soins, les personnes sans domicile fixe y trouvent un refuge de dernier recours et celles aux prises avec une dépendance aux drogues ou à l'alcool un asile anonyme. De surcroît, pour les travailleurs et les visiteurs qui n'y résident pas, la ville représente un lieu de vie ainsi qu'un lieu de loisir.

La population des grandes villes se transforme donc à un rythme nettement plus rapide que les régions rurales. Cette grande mobilité pose des défis de taille à l'organisation sociale de la ville, que ce soit en matière de planification et de prestation des services ou de suivi.

Les réseaux sociaux complexes et l'anonymat

La vie dans les métropoles expose les populations à une multiplicité de contacts sociaux. Contrairement aux petites villes ou aux régions rurales, les gens que l'on côtoie au travail, durant les loisirs ou dans les quartiers résidentiels tendent à appartenir à des réseaux différents. Il en résulte une multiplicité de réseaux sociaux ne possédant pas toujours une assise géographique commune. Les communautés urbaines sont moins spatialisées que dans les plus petites agglomérations où les rapports sociaux se concentrent et se chevauchent souvent au sein d'une même collectivité restreinte.

Cette complexité des réseaux sociaux et le nombre élevé de citoyens conduit à davantage d'anonymat et à un éloignement social malgré une grande proximité physique. Parler peu à ses voisins ou ne pas connaître les personnes qui prodiguent des services dans sa communauté en sont des exemples frappants. Cet anonymat, bien

que réduisant dans une certaine mesure les occasions de soutien et d'échanges sociaux, permet par contre de se soustraire au contrôle social. La présence de populations marginales dans les grandes villes s'explique en partie par cette situation, qui laisse place à une certaine liberté par rapport aux normes et tabous. L'urbanité offre ainsi un rempart partiel contre l'ostracisme, découlant d'une orientation sexuelle ou d'un style de vie particulier, de même qu'un refuge pour les exclus.

Selon le cas, cet anonymat sera bénéfique ou néfaste. S'il autorise une plus grande liberté dans les comportements, les conséquences sur la santé en seront parfois avantageuses, parfois nocives. Il peut également faciliter le recours à certains types de soins et de services en toute con-

fidentialité ou, par contre, il peut conduire à un isolement et un soutien insuffisant devant l'adversité.

Les inégalités sociales

Si la ville offre beaucoup d'avantages en matière d'accès à l'éducation et de participation à la vie économique, c'est aussi là que se trouvent les plus grandes inégalités de revenu et de richesse. La spatialisation urbaine donne lieu à des îlots concentrant les conditions de vie défavorables pour les moins bien nantis. Les caractéristiques des environnements, et notamment leur dégradation, donnent lieu à des disparités dans la désirabilité et la sécurité des lieux de vie. La relation entre les inégalités sociales et la santé est bien documentée et ne se limite pas à la ville, bien qu'elle y soit exacerbée par les fortes disparités sociales qui y existent.

Enfin, la cohabitation de communautés ayant des origines socioculturelles diverses, caractéristique de bien des régions métropolitaines, peut aussi créer de grandes inégalités sociales découlant de la discrimination envers les communautés minoritaires identifiables, soit par l'origine raciale, les coutumes vestimentaires ou le quartier où elles vivent.

Les problématiques urbaines de santé

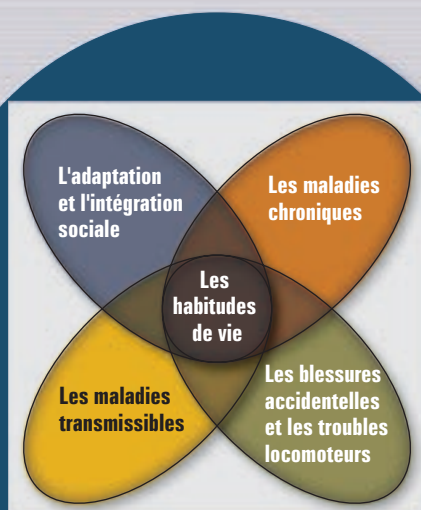
Notre attention s'est portée jusqu'à maintenant sur les caractéristiques des environnements et des populations ayant un impact sur la santé ainsi que sur l'infrastructure de services visant à prévenir, guérir et soigner les problèmes de santé. Nous allons maintenant décrire brièvement les grandes problématiques pouvant servir à dresser le portrait sanitaire de la ville. Pour la plupart, ces problématiques ne

La relation entre les inégalités sociales et la santé est bien documentée et ne se limite pas à la ville, bien qu'elle y soit exacerbée par les fortes disparités sociales qui y existent.



sont pas exclusives aux métropoles, mais elles éclairent des aspects particuliers de la santé urbaine.

S1.3 Les problématiques de santé urbaine



Les habitudes de vie

Les habitudes de vie constituent un ensemble de comportements et d'actions de la vie courante que les individus et les sociétés adoptent de façon régulière. Les principales habitudes de vie ayant un impact sur la santé des populations urbaines des pays industrialisés sont la consommation de tabac, l'activité physique, les habitudes nutritionnelles, les comportements relatifs à la vie sexuelle, l'usage de drogue et d'alcool, la prise de risques, l'usage des mesures de protection et les modes d'utilisation des services. Ces modes individuels s'inscrivent dans un contexte social plus vaste qui les détermine fortement. Les normes relatives aux comportements en société, les habitudes culturelles de consommation, la dépendance envers les technologies et les loisirs passifs en sont quelques exemples. Si les individus décident, consciemment ou non, de leurs actions et comportements, ces choix demeurent fortement conditionnés par le contexte social et environnemental à l'intérieur duquel ils vivent.

L'adaptation et l'intégration sociale

Les notions d'adaptation et d'intégration sociale ont trait à la capacité des individus de mobiliser leurs ressources personnelles, sur les plans cognitif, affectif et comportemental, pour s'adapter au milieu où ils vivent, pour s'acquitter de leurs tâches et de leurs rôles et pour participer activement à la vie sociale.

Il s'agit de phénomènes essentiellement dynamiques qui évoluent au fil des étapes de la vie. La période prénatale, la naissance, l'enfance, l'adolescence, la vie adulte et l'âge avancé sont autant de périodes de l'existence où les rôles sociaux – se développer, apprendre, vivre en couple, devenir parent, travailler, prendre sa retraite – se transforment. Non seulement le passage d'une étape à l'autre exige-t-il de la part des individus un ajustement de leur mode d'adaptation, mais chaque étape est elle-même ponctuée d'événements et de transitions – naissance, deuil, séparation, changement ou perte d'emploi, migration – qui exercent une pression accrue sur leur capacité d'adaptation.

La santé mentale est très liée à l'adaptation et à l'intégration sociale, la relation entre les deux étant bidirectionnelle. La santé mentale fait partie des ressources personnelles nécessaires à l'adaptation et à l'intégration sociale. Par ailleurs, les difficultés à ce chapitre peuvent susciter une détresse psychologique et avoir un impact négatif sur la santé mentale.

L'adaptation et l'intégration sociale, comme la santé mentale, résultent d'une équation complexe entre des facteurs de risque et de protection. Les facteurs de risque augmentent la vulnérabilité : par exemple, la présence d'un handicap, des expériences précoces traumatiques, l'absence de soutien social, la pauvreté, la disponibilité de substances nocives ou d'armes dans l'environnement, etc. De leur côté, les facteurs de protection renforcent la robustesse et la résistance : par exemple, des compétences personnelles, des relations sociales chaleureuses, l'accès à des ressources dans la communauté, des conditions de vie décentes, des normes culturelles favorisant l'inclusion plutôt que

l'exclusion sociale, et ainsi de suite. Si les facteurs de risque sont contrebalancés par des mécanismes de protection adéquats et suffisants, les individus pourront maintenir un fonctionnement sain. Dans le cas contraire, on assistera à l'émergence de problèmes, tant sur le plan de l'adaptation et de l'intégration sociale que de la santé mentale.

L'ampleur des problèmes de santé physique et mentale en milieu urbain — problèmes sociaux, criminalité, stress, insatisfaction par rapport à sa vie sociale — en rapport avec le processus d'adaptation et d'intégration dépend largement des caractéristiques de l'environnement, de celles de la population et des ressources et services disponibles.

Les maladies chroniques

Les grandes villes ont connu une évolution rapide des maladies chroniques au cours du siècle dernier. Les conditions propices au développement des maladies cardio-vasculaires, des cancers, du diabète et des maladies respiratoires chroniques semblent avoir été réunies par la vie en ville et les commodités qui s'y trouvent. Bien que ces conditions ne soient plus l'apanage des grandes agglomérations, certains défis posés par les maladies chroniques présentent des particularités dans le contexte urbain. C'est d'ailleurs en partie à cause de la pression qu'exercent les maladies chroniques sur les systèmes de santé que les services spécialisés offerts dans les grandes villes sont souvent fortement sollicités par les régions avoisinantes.

Les maladies chroniques sont associées les unes aux autres et elles peuvent survenir simultanément chez un même individu. En milieu urbain, la problématique de ces maladies pose des contraintes de quatre ordres. L'absence relative de soutien dans la communauté entraîne une dépendance accrue envers le réseau de services ; la

nature de ces maladies exige des services de plus en plus sophistiqués ; la pression sur le système de soins augmente en raison du volume et de la complexité des soins offerts ; et, enfin, les clientèles lourdes et les personnes âgées davantage touchées par ces maladies se concentrent en ville. Tout cela crée une tendance à la spécialisation et à la compartimentation des soins, ce qui pose de réels défis à l'offre de services ainsi qu'à leur coordination.

Les blessures accidentelles et les troubles locomoteurs

Dans les villes, les blessures accidentelles sont largement tributaires du contexte urbain. La cohabitation des modes de transport (vélos, motos, autos, camions, bus et piétons), la densité des déplacements et la complexité du réseau routier sont autant d'exemples des éléments pouvant donner lieu à des blessures et des troubles locomoteurs. De plus, la concentration de la pauvreté accroît les risques de mortalité et de morbidité par blessures. En effet, les inégalités sociales se traduisent par une concentration de populations pauvres dans des quartiers où les logements et les infrastructures physiques et communautaires (voies de transport, parcs et aires de jeux, etc.) présentent davantage de risques.

À l'échelle de la population, la sécurité des infrastructures de déplacement et de loisir joue aussi un rôle — pensons à la sécurité des zones de loisir pour les enfants comme pour les adultes. Il faut aussi compter avec les blessures professionnelles qui, elles, dépendent de la nature spécifique de l'activité économique, ou des chutes et des troubles locomoteurs chez les aînés, qui résultent des caractéristiques des logements, du mode de vie et d'une longévité plus grande. Encore ici, ce n'est pas la nature des déterminants ou des problèmes de santé qui est spécifique au monde urbain, mais plutôt leur intensité.

Les maladies transmissibles

Les conditions propices à la transmission des maladies infectieuses se font plus fréquentes dans les grandes villes. Parmi les

C'est en partie à cause de la pression qu'exercent les maladies chroniques sur les systèmes de santé que les services spécialisés offerts dans les grandes villes sont souvent fortement sollicités par les régions avoisinantes.

facteurs pouvant entraîner un fardeau accru de ces maladies, mentionnons la salubrité des infrastructures, la promiscuité dans les différents lieux de vie ainsi que la densité et le volume des populations exposées à des produits de consommation pouvant être vecteurs de pathogènes.

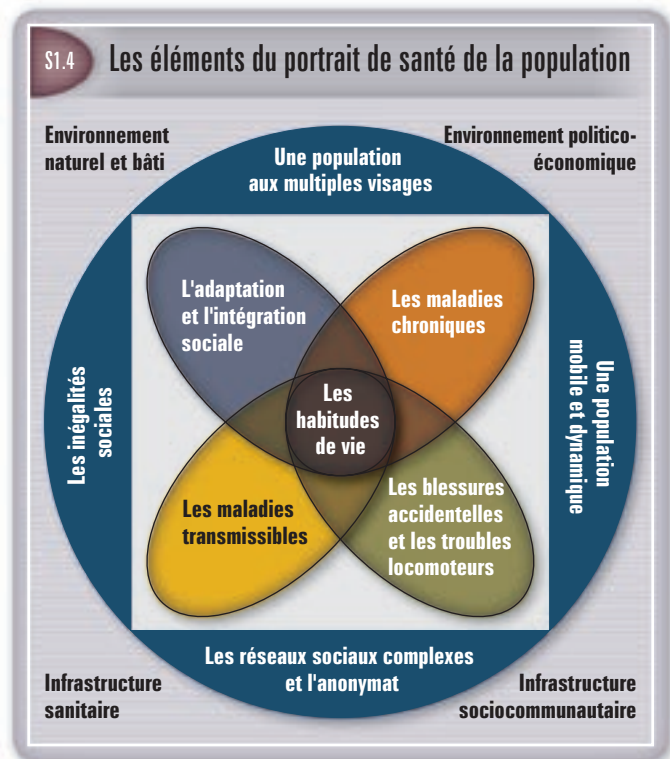
La concentration de populations porteuses d'infections chroniques — VIH, hépatite C, tuberculose — associée à des comportements à risque exacerbés en régions urbaines, comme l'usage de drogues intraveineuses, peut aussi favoriser la contagion, notamment par des seringues à la traîne.

Finalement, les très nombreux modes d'échange avec l'étranger, que ce soit les produits de consommation, le tourisme ou l'immigration, servent parfois de véhicules à des germes pathogènes pouvant conduire à des éclosions de maladies infectieuses.

La vision proposée dans ce chapitre vise à mieux cerner la question de l'urbanité et les enjeux relatifs à la santé de la population urbaine. Sur cette base, nous examinerons dans le prochain chapitre un certain nombre de données qui aident à comprendre la spécificité de la santé dans le contexte de Montréal.

C'est en tenant compte de manière explicite des caractéristiques relatives aux problématiques urbaines de santé que l'on pourra mieux percevoir l'impact des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Inscrivant les habitudes de vie au cœur de cette vision, notre approche souligne également la nécessité de considérer la santé comme résultant à la fois des comportements individuels et des environnements de vie.

Si la vie urbaine favorise l'émergence de conditions posant des risques pour la santé, cependant, les problématiques de santé urbaine de même que leurs déterminants ne sont pas inéluctables. Ainsi,



l'action concertée de multiples acteurs urbains peut permettre de relever certains défis posés par la nature et la composition des grandes villes. La santé de la population urbaine dépendra donc de la façon dont on planifie et organise la vie urbaine ainsi que des interventions que l'on réalise pour tirer parti des avantages et contrer certains impacts négatifs de l'urbanité.

La santé de la population urbaine dépendra donc de la façon dont on planifie et organise la vie urbaine ainsi que des interventions que l'on réalise pour tirer parti des avantages et contrer certains impacts négatifs de l'urbanité.

A photograph of a man and a young girl on a bicycle. The man, wearing a dark jacket and glasses, is standing behind the girl, holding the back of the bicycle. The girl, wearing a white shirt and a brown skirt, is sitting on the bicycle. They are on a city street with cars and a yellow circular graphic in the background.

Le portrait de santé de Montréal

2



2 Le portrait de santé de Montréal



LE PRÉSENT CHAPITRE vise à dresser un portrait de la santé de la population montréalaise fondé sur des données factuelles. En s'appuyant sur la vision que nous venons de décrire, notre attention se portera sur les caractéristiques de la santé en milieu urbain. Après une première section décrivant les caractéristiques de la population et de l'environnement urbain ayant un impact sur la santé, les sections suivantes abordent les thèmes relatifs à l'état de santé global, à l'adaptation et l'intégration sociale, aux maladies chroniques, aux blessures accidentelles et troubles locomoteurs, ainsi qu'aux maladies transmissibles. Dans chaque cas, on tiendra compte des déterminants de la santé en termes d'habitudes de vie et d'environnements favorables à la santé, tandis que la dernière section de ce chapitre sera consacrée aux services de santé.

Nous présentons des indicateurs provenant de diverses sources d'information pour établir des comparaisons géographiques et temporelles. Les comparaisons entre grandes villes canadiennes servent à positionner Montréal dans l'ensemble urbain du Canada et à en faire ressortir les traits distinctifs. L'évolution dans le temps nous renseigne sur les tendances à l'amélioration ou à la détérioration des divers indicateurs.

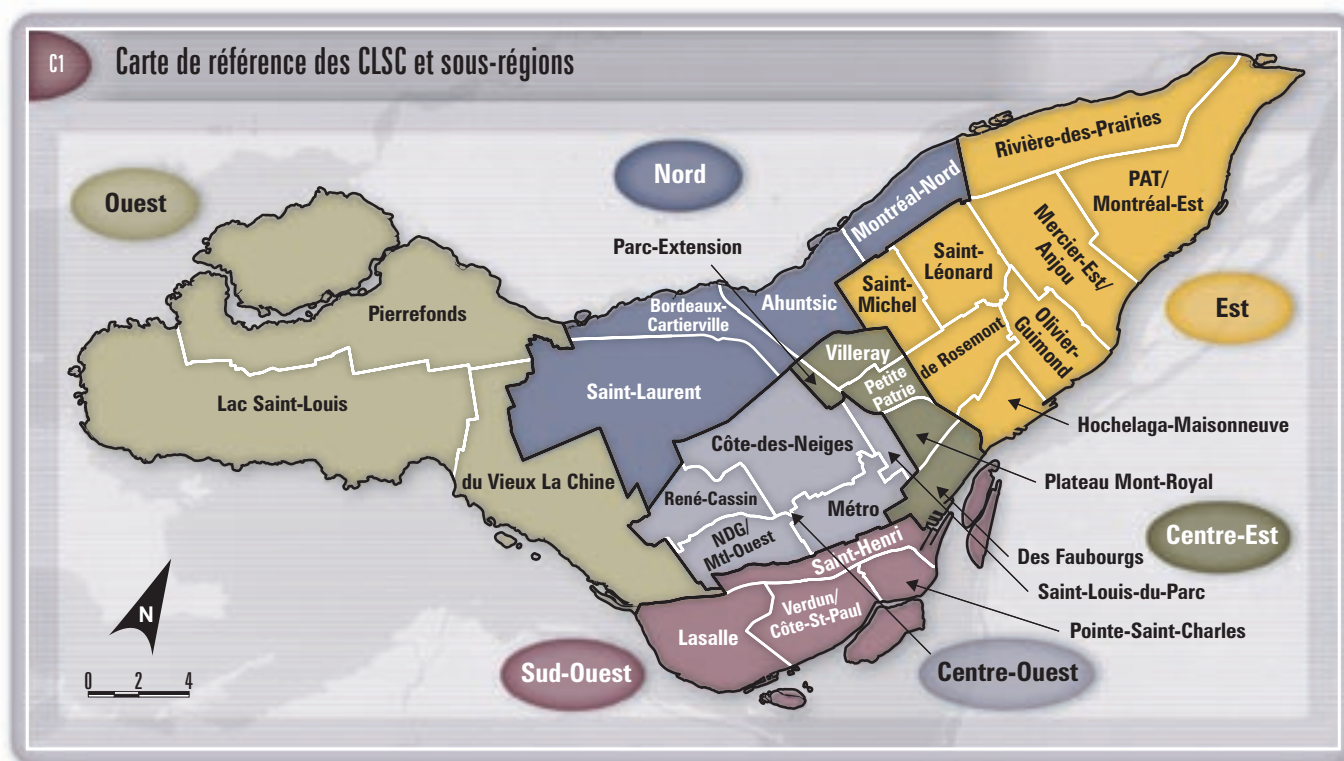
Nous comparerons Montréal à cinq autres régions urbaines du Canada (Ottawa, Toronto, Winnipeg, Calgary et Vancouver) présentant des caractéristiques démographiques et sociales comparables, soit la taille et la densité de la population, le niveau d'urbanisation et la proportion d'immigrants. Chaque analyse est établie sur la base d'un indicateur identique d'une région à l'autre provenant d'une même source de données. Toutes ces données proviennent de Statistique Canada ou de l'Institut canadien d'information sur la santé.

À l'échelle de Montréal, nous établissons aussi des comparaisons entre les 29 territoires de CLSC ainsi qu'entre six sous-régions. L'analyse entre les sous-régions permet de mieux cerner les disparités existant à l'intérieur même de la structure sociodémographique de l'île. Ce découpage revêt un intérêt particulier puisqu'il correspond à des critères de contiguïté territoriale, d'homogénéité de la population, d'occupation du sol et de délimitations historiques et naturelles. Les sous-régions correspondent aussi à des regroupements de CLSC. L'analyse à l'échelle des sous-régions peut être plus détaillée

que celle à l'échelle des CLSC puisque leurs effectifs de population sont plus élevés. Les six sous-régions ont été définies par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre dans l'objectif d'assurer à la population l'accès aux services médicaux de première ligne.

Dans certains cas, les indicateurs ont été analysés en fonction du revenu, ce qui permet de mettre à jour certaines informations présentées dans notre rapport annuel de 1998 portant sur les inégalités sociales de la santé.

Les indicateurs étant nombreux, nous avons sélectionné les plus évocateurs en adoptant comme critères l'importance du problème de santé concerné, la gravité des impacts sur la santé, la possibilité d'intervenir pour modifier la tendance du problème, le caractère évitable des affections et la disponibilité de données comparables pour les autres villes canadiennes. Enfin, les indicateurs retenus devaient permettre d'illustrer des caractéristiques propres au milieu urbain.



Thème 1 : Les caractéristiques urbaines

Une population diversifiée et dynamique

La région sociosanitaire de Montréal coïncide avec l'ancien territoire de la communauté urbaine de Montréal et comprend la totalité de la nouvelle ville de Montréal. Bien que cette correspondance entre la juridiction municipale et l'administration régionale de santé publique soit récente, c'est depuis sa conception en 1993 que la Direction de santé publique s'intéresse à la santé de tous les habitants du territoire couvert par la nouvelle ville.

Ce thème a pour objectif de décrire certains indicateurs relatifs aux caractéristiques particulières de Montréal sous les angles de la population qui la compose, de son environnement urbain propre et de son infrastructure de santé. Bien que notre regard se porte surtout sur les indicateurs se rapportant à la population résidant à Montréal, une description des caractéristiques urbaines de Montréal se doit de prendre en compte sa nature névralgique dans l'ensemble de la région métropolitaine.

Seconde agglomération en importance au Canada avec plus de 1 800 000 habitants répartis sur environ 500 km², Montréal compte parmi les villes canadiennes les plus densément peuplées. Après une légère décroissance de sa population au début des années 90, les données les plus récentes indiquent au contraire une légère augmentation. Montréal constitue plus de 50 % de la population de la grande région métropolitaine et 25 % de toute la population québécoise. En plus de cette densité démographique sur le territoire relativement restreint de l'île, une proportion substantielle des résidents de la couronne nord et sud et de Laval y passe une bonne partie de leur vie pour le travail et les loisirs.

Une métropole en transformation continue

À l'instar des autres grandes villes canadiennes, Montréal représente un pôle d'attraction, que ce soit des migrations permanentes ou temporaires, à des fins de travail ou d'études, pour se rapprocher de services médicaux ou de services de fin de vie, ou encore comme dernier refuge par suite de pertes sociales ou économiques.

Montréal s'inscrit aussi dans un ensemble métropolitain plus vaste et subit en revanche l'attraction des banlieues et autres régions limitrophes qui ponctionnent une frange plus jeune et aisée de sa population. Les jeunes familles tendaient, jusqu'à encore tout récemment, à s'installer en banlieue. La carte C2 illustre les composantes du renouvellement démographique : davantage de gens quittent Montréal pour une autre région ou une autre province que de gens s'installent à Montréal en provenance de ces régions. Cette migration interrégionale et interprovinciale correspond à une perte d'environ 12 000 personnes par an. Malgré ce solde négatif, Montréal s'est remis à croître. C'est à présent l'immigration internationale le principal facteur de croissance démographique.

Selon les données les plus récentes, Montréal démontre un accroissement annuel net d'environ 15 000 personnes. Trois facteurs entrent en jeu. Un rééquilibrage des entrées et des sorties entre Montréal et les autres régions du Québec a réduit le déficit migratoire. Combinée à un excédent du nombre de naissances sur les décès, qui résulte en un accroissement naturel net légèrement positif, l'immigration internationale contrecarre maintenant les effets de la migration vers une autre province ou une autre région du Québec.

Montréal accueille aussi un nombre important d'étudiants qui passeront, pour nombre d'entre eux, quelques années sur le territoire montréalais. Cette sous-population

étant relativement jeune et en santé, elle contribue peu aux problèmes de santé de la population de Montréal.

On ne connaît pas avec précision le nombre exact de personnes sans domicile fixe, vivant dans la rue ou dans les refuges temporaires d'organisations charitables. On dénombre près de 20 000 personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes, dont environ 12 000 sans domicile fixe. Difficiles à rejoindre par les institutions de santé et de services sociaux, une forte majorité d'entre elles présentent des problèmes de santé importants.

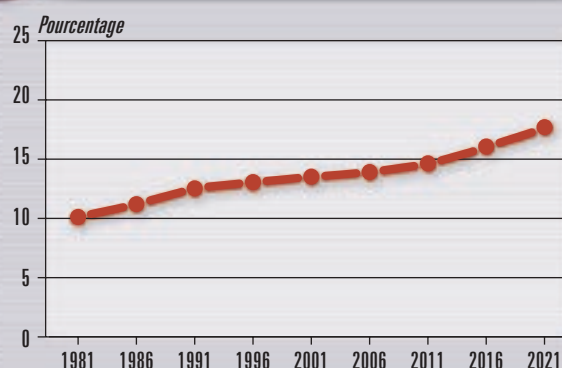
La population de Montréal, formée de gens d'origines diverses, a été façonnée par les différents mouvements migratoires. Comme toute population urbaine, celle de Montréal est dynamique et en changement constant. Si on examine la population de 1996 en fonction du lieu de résidence cinq ans auparavant, on constate que 50 % seulement des résidents n'avaient pas déménagé, 30 % avaient déménagé à l'intérieur de la ville et environ 20 % provenaient de l'extérieur de Montréal. Sur une période aussi brève, ce roulement est énorme, puisque c'est 20 % de la population qui se renouvelle (voir figure F1).

Montréal vieillissant

La population de Montréal est relativement âgée en comparaison des autres agglomérations canadiennes et du reste du Québec, avec 15 % de personnes âgées de

65 ans et plus (voir figure F5). Si les jeunes de 0 à 17 ans représentaient 22 % de la population en 1981, selon des projections récentes, ils ne seraient plus que 17 % en 2021, tandis que les 65 ans et plus continueraient leur progression jusqu'à 20 %, pour ainsi dépasser en importance le groupe des jeunes. Il s'agit d'une croissance substantielle par rapport à 1981 où ce groupe ne représentait que 11 % des Montréalais. Le

F2 Proportion de la population âgée de 65 ans et plus, Montréal, 1981 à 2021



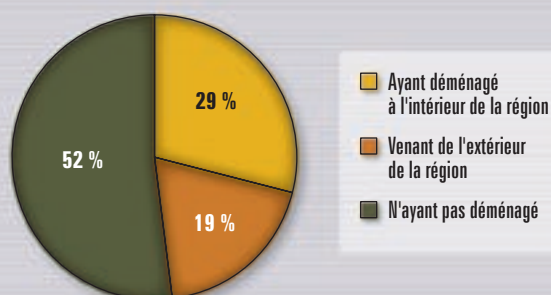
vieillesse devrait donc se poursuivre, mais le phénomène pourrait être tempéré si l'accroissement de la migration internationale se maintient et si l'exode des jeunes familles s'atténue.

La répartition de la population varie également selon la sous-région. La proportion des 65 ans et plus est plus forte dans la sous-région Nord (18 %) et plus faible dans l'Ouest (12 %) (voir tableau T1).

Une mosaïque culturelle

Comme la majorité des grandes villes des pays industrialisés, Montréal abrite une population à la trame ethnique et culturelle très riche et diversifiée. En 1996, les personnes originaires de l'extérieur du Canada représentaient 27 % des Montréalais. Comparativement aux régions urbaines canadiennes, Montréal se trouve en position intermédiaire, derrière Toronto et Vancouver où les immigrants représentent près de la moitié de la population (voir figure F5).

F1 Répartition de la population de 5 ans et plus, selon la mobilité sur une période de 5 ans, Montréal, 1996



Les principaux pays d'origine des immigrants sont l'Italie, avec 13 % du total des immigrants vivant à Montréal, Haïti (8 %), le Liban (5 %), la France et le Viêt-Nam (4 % chacun) et la Grèce (3 %). Cette répartition reflète les diverses vagues d'immigration historiques mais ne correspond plus aux régions d'origine des immigrants récents. La répartition des immigrants admis au Québec entre 1997 et 2001 dont la région de destination est Montréal donne un meilleur portrait : dans les cinq dernières années, 9 % provenaient de la France, 8 % de la Chine, 7 % de l'Algérie, 6 % du Maroc et 5 % d'Haïti.

L'analyse des données de 2001 révèle que 55 % sont des immigrants indépendants, 23 % arrivent dans un contexte de réunion des familles et 22 % sont des réfugiés. De 1994 à 1998, 11 % des nouveaux arrivants au Canada ont choisi Montréal, soit bien moins que Toronto (42 %) et Vancouver (18 %). Par contre, ce nombre a monté en flèche de 1995 à 2001, passant à plus de 30 000 par an, soit une hausse de 50 %.

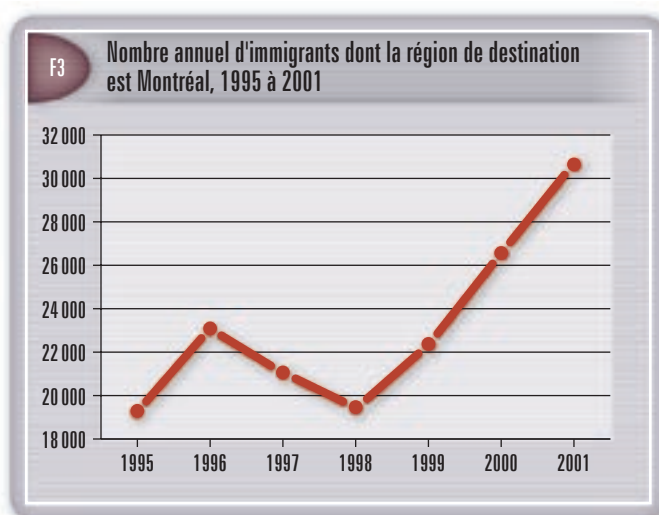
La comparaison des sous-régions illustre la diversité dans la composition démographique de Montréal : ce sont le Centre-Ouest et le Nord qui accueillent la plus forte proportion d'immigrants anciens ou récents (voir tableau T1). À l'échelle des CLSC, dans plusieurs cas, les immigrants représentent plus de 40 % de l'ensemble de la population (voir carte C3).

Une vie sociale complexe et en mutation

La vie en région urbaine peut représenter, pour une forte proportion de citoyens, une situation paradoxale de grande proximité sociale et d'isolement. La densité de population de la ville ne garantit pas des interactions sociales satisfaisantes. Pendant que la population de Montréal diminuait entre 1991 et 1996, le nombre de ménages, lui, augmentait en raison du nombre croissant de personnes vivant seules (voir carte C4). La proportion de la population de 15 ans et plus vivant seule a progressé de 16 % en 1986, à 18 % en 1991 et à 19 % en 1996.

Cet accroissement, valable pour tous les groupes d'âge, est amplifié par la proportion grandissante de personnes âgées, puisque c'est le groupe comptant la plus forte proportion de personnes seules. Le nombre de familles à un seul parent a lui aussi beaucoup augmenté, passant de 23 % en 1987 à 30 % en 1998. La proportion de familles recomposées s'est quant à elle stabilisée autour de 7 %. Inversement, la proportion des familles à deux parents avec enfants de moins de 18 ans a chuté de 72 à 64 % durant la même période. Les données les plus récentes, tirées du recensement de 2001, indiquent que le phénomène de la monoparentalité est bien plus répandu à Montréal que dans les autres villes du Canada (voir figure F5).

Parmi les indicateurs relatifs aux interactions sociales, la proportion de la population considérant que la qualité de vie du quartier n'est pas bonne varie beaucoup d'une sous-région à l'autre, de 8 % dans l'Ouest à 23 % dans le Centre-Est. La part de la population estimant que le quartier n'est pas sécuritaire suit la même tendance, avec des taux élevés dans le Centre-Est (17 %) et beaucoup plus faibles dans l'Ouest (6 %) (voir tableau T2). Enfin, la proportion de personnes insatisfaites de leur vie sociale, elle aussi croissante, représentait près de 15 % des personnes interrogées en 1998.



Montréal polarisée par les inégalités sociales

Les inégalités sociales existant à Montréal ont bien été documentées dans l'un de nos rapports annuels. Sans reprendre cette analyse détaillée, nous allons ici passer en revue certains indicateurs pour mieux situer Montréal en rapport au reste du Québec et aux villes canadiennes.

Les inégalités sociales se traduisent par des disparités relatives à l'éducation, à l'emploi, au revenu et aux conditions de vie sociales et matérielles en général. Même si certaines statistiques laissent penser que Montréal a vu récemment s'améliorer sa condition économique globale, avec une baisse de la proportion de prestataires d'assistance-emploi (aide sociale) et du taux de chômage ainsi qu'une hausse des diplômés universitaires, nombre d'indicateurs suggèrent qu'une proportion notable de Montréalais connaît des problèmes socio-économiques persistants.

En matière d'éducation, Montréal est à l'avant-dernier rang des régions urbaines du

Canada avec une proportion de seulement 55 % de la population titulaire d'un diplôme post-secondaire

(voir figure F5). Bien que, de 1996 à 1999, le taux de sortie sans diplôme du secondaire chez les moins de 20 ans ait chuté de 33 à 30 %, il demeure légèrement supérieur au reste du Québec (28 %).

En matière de revenu, à 23 567 \$ par an en 1995, Montréal présentait le plus faible revenu personnel moyen des

régions urbaines canadiennes, qui variait de 24 136 \$ à Winnipeg à plus de 30 900 \$ à Ottawa. Toujours en 1995, suivant cette tendance défavorable, la proportion des revenus provenant des transferts gouvernementaux était nettement supérieure à Montréal avec 16,5 %, par rapport à 13,8 % pour Winnipeg et 8,7 % pour Calgary, qui occupe la meilleure position.

Les comparaisons interurbaines révèlent également que Montréal présente un taux de chômage plus élevé ainsi qu'un indice de pauvreté très fort (voir figure F6). Montréal présente ainsi 77 % plus de pauvres que la moyenne canadienne. Bien que ces données datent déjà de quelques années, rien n'indique que Montréal ait perdu son titre peu enviable de capitale de la pauvreté au Canada.

En plus de ce taux supérieur de défavorisation, c'est à Montréal que les écarts socio-économiques sont les plus prononcés. C'est en effet ici que l'indice des inégalités sociales est le plus élevé : la moitié la plus pauvre de la population reçoit 18 % du revenu total à Montréal, tandis que cette proportion est de 22 % à Ottawa, à Winnipeg et à Calgary. Si Montréal est au dernier rang, avec le revenu moyen le plus faible, c'est aussi Montréal qui accueille les quartiers les plus favorisés : en 1996, à 64 186 \$ par an, Westmount était la seconde municipalité canadienne à cet égard.

La comparaison des sous-régions de Montréal révèle aussi d'autres disparités sur les plans économique et social à l'intérieur de la ville. La concentration de la défavorisation dans les sous-régions Centre-Est et Sud-Ouest contraste nettement avec les sous-régions Ouest et Centre-Ouest, où la situation est bien meilleure à plusieurs égards : la proportion de prestataires de l'assistance-emploi (aide sociale), celle des familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans et celle de la population de 0 à 5 ans sous le seuil de faible revenu (voir tableau T2).

En 1995, la proportion de la population sous le seuil de faible revenu (selon Statistique Canada) variait énormément, passant de 18 % dans l'Ouest à 49 % dans le Centre-Est. La carte C5 illustre clairement, à l'aide des données les plus récentes, la concentration des territoires de CLSC où la proportion de prestataires de l'assistance-



En matière de revenu, à 23 567 \$ par an en 1995, Montréal présentait le plus faible revenu personnel moyen des régions urbaines canadiennes, qui variait de 24 136 \$ à Winnipeg à plus de 30 900 \$ à Ottawa.

emploi est de 20 % et plus. Ces CLSC se situent principalement dans les sous-régions Nord, Sud-Ouest et Centre-Est.

Les segments de la population les plus touchés par la défavorisation économique sont les familles monoparentales, les personnes seules, la population habitant le Centre-Est et certains groupes ethniques dont plus de 50 % des membres vivaient sous le seuil de pauvreté en 1996, soit les Noirs africains, les Haïtiens, les Latino-Américains, les Jamaïcains, les Asiatiques du Sud, les Arabes et les Nord-Africains.

Ces disparités relatives au niveau d'éducation et de revenu, qui s'ajoutent aux situations propres à chaque milieu urbain, peuvent créer un éventail de disparités en matière de conditions de vie. La comparaison canadienne suggère certaines tendances pour le logement. À Montréal, en 2001, 36 % seulement des logements appartiennent à leurs occupants, ce qui place notre région au dernier rang (voir figure F6). De plus, 37 % des ménages montréalais dépensaient au moins 30 % de leurs revenus pour se loger en 1995, ce qui se compare à Vancouver où, toutefois, le coût moyen d'un logement était plus de 2,5 fois supérieur.

Cet indicateur, combiné avec un revenu personnel moyen nettement inférieur à celui des villes canadiennes, suggère une précarité du logement à Montréal et un accès difficile à l'achat d'une première habitation (données de 1995). Mais ce taux élevé de gens accordant une large part de leur revenu au logement semble, par contre, suggérer que les personnes à faible revenu peuvent habiter à Montréal. À l'inverse, les taux plus faibles à Toronto et à Vancouver pourraient indiquer que les populations pauvres sont dans l'incapacité d'habiter dans ces villes.

La modification récente du marché de l'habitation à Montréal pourrait par contre changer la donne. Si, en 1996, Montréal se

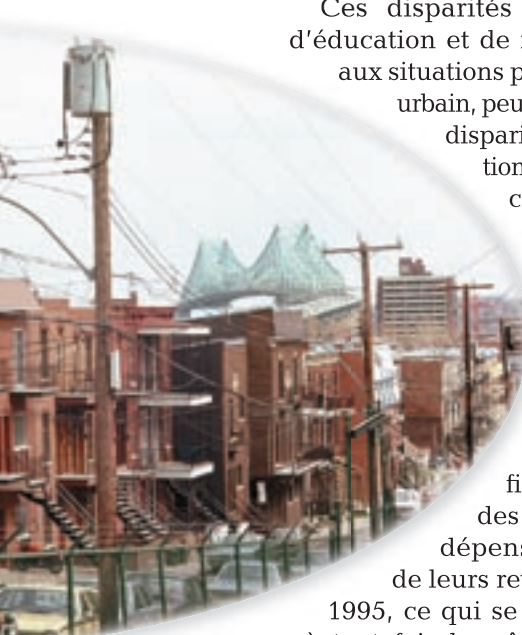
distingue des villes canadiennes avec un fort taux d'inoccupation, les plus récentes données situent ce taux à 1,5 %, un taux similaire à celui de Vancouver et se rapprochant du plancher de Toronto (0,6 %) et d'Ottawa (0,2 %). Si les tendances à la flambée des prix d'achat et de location et à la pénurie de logements se poursuivent, les plus pauvres pourraient se voir forcés de quitter Montréal, faute de pouvoir s'y loger.

Des problèmes de sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire est une autre dimension des inégalités sociales. La problématique des inégalités sociales de l'alimentation s'articule autour des inégalités sur le plan du revenu, des connaissances alimentaires et des habiletés culinaires ainsi que de l'approvisionnement. Examinons quelques données récentes à cet égard.

Pour la première fois en 1998, l'Institut de la statistique du Québec a introduit des questions relatives à l'insécurité alimentaire des ménages dans sa dernière enquête sociale et de santé. Ces questions ne mesurent toutefois que certains aspects, soit le manque d'argent, l'obligation de manger la même chose plusieurs jours de suite, la restriction dans la quantité et l'incapacité d'offrir des repas équilibrés aux enfants. Si 8 % des ménages québécois ont répondu « parfois ou souvent vrai » à l'une ou l'autre de ces questions, à Montréal, c'est 12 % des ménages qui seraient dans cette situation.

Les personnes pauvres subissent des contraintes d'ordre alimentaire, non seulement en raison du coût des aliments, mais aussi de leur disponibilité, de leur fraîcheur et de la proximité des sources d'approvisionnement. Une étude basée sur le type, le nombre et la répartition des commerces d'alimentation dans les territoires de CLSC a été menée, entre 1998 et 2001, dans le cadre d'une première



démarche de monitoring par le Groupe des Partenaires pour le développement de la sécurité alimentaire. On y relève des inégalités entre les secteurs géographiques qui sont fortement associées au niveau de revenu des populations qui y résident. L'accès à des aliments de qualité pose problème dans au moins 10 des 29 territoires de CLSC. Si on examine de près les secteurs très défavorisés sur les plans matériel et social, les chiffres sont encore plus frappants : l'angoisse de manquer de nourriture affecte 23 % des gens, le manque réel d'aliments touche 18 % des gens ; près d'un enfant sur six ne reçoit pas un régime alimentaire adéquat et près de 14 % des gens manquent de nourriture au moins un jour dans le mois.

Les risques de l'environnement urbain pour la santé

Bien que Montréal se compare avantageusement à nombre de villes américaines et européennes en termes de qualité de l'environnement naturel et que la tendance des dernières décennies soit à l'amélioration pour nombre d'indicateurs, il demeure que la vie à la ville expose les citoyens à certains risques relatifs à la qualité de l'air, de l'eau et des sols, à la pollution par le bruit, à la chaleur ainsi qu'au milieu bâti.

Des sources de pollutions multiples et croissantes

L'air extérieur peut avoir un impact sur l'état de santé chez les personnes présentant certains problèmes de santé, par exemple celles souffrant d'asthme, de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiaques. On a pu associer divers indicateurs, comme la concentration de particules respirables présentes dans l'air ambiant, avec une plus grande fréquence de consultation dans les salles d'urgence, et même une mortalité plus marquée chez ces personnes de santé respiratoire fragile. Dans les zones fortement urbanisées où la densité du transport et des activités industrielles est élevée, ces épisodes de dégradation de la qualité de l'air sont plus fréquents.

Montréal possède un parc industriel parmi les plus importants et les plus diversifiés au Canada avec, entre autres, des raffineries de pétrole, des usines pétrochimiques, des usines chimiques, des usines d'affinage, de production et de recyclage de métaux, des carrières ainsi que des sites d'enfouissement sanitaire de déchets domestiques. Ces quelque 5 000 industries et commerces sont susceptibles de polluer l'atmosphère, notamment par leurs systèmes de chauffage et de réfrigération.

Le chauffage résidentiel au mazout et l'utilisation d'appareils de combustion au bois contribuent eux aussi fortement à la pollution provenant de sources fixes. On estime que près de 100 000 ménages de l'île possèdent un appareil de combustion au bois (poêle ou foyer). De ce nombre, plus de 20 000 en font un usage fréquent et près de 3 000 l'ont adopté comme principal moyen de chauffage. De plus, le nombre d'habitations possédant un foyer pourrait bien augmenter puisque les nouvelles constructions en sont souvent équipées. L'impact sur la santé peut être à considérer puisqu'une étude récente à Rivière-des-Prairies démontre des concentrations de particules fines toxiques (HAP et COV, hydrocarbures aromatiques polycycliques et composés organiques volatils) supérieures à celles mesurées au centre de la ville.

En 2000, on enregistrait 800 000 véhicules légers à Montréal et les stations-service vendent environ 1 milliard de litres d'essence par an. Ce parc automobile imposant contribue aux fortes concentrations des principaux polluants, soit l'ozone, les oxydes d'azote et les composés organiques volatils. Il contribue aussi à près de 50 % du total des émissions de CO₂, le principal gaz à effet de serre en cause dans le réchauffement climatique.

En 1998, on dénombrait plus d'un million de déplacements par jour entre Montréal et la périphérie, résultant en un



afflux quotidien de plus de 510 000 véhicules vers l'île, qui s'ajoutent aux 3 200 000 déplacements à l'intérieur de l'île. Si, entre 1987 et 1998, les déplacements automobiles ont grimpé de près de 44 %, ceux en transport en commun ont chuté de plus de 12 %. La part du transport en commun serait donc de plus en plus faible.

Une qualité de l'air soumise à de multiples contaminants

L'ozone troposphérique, c'est-à-dire celui qui se mesure au niveau du sol, est le premier constituant du smog. C'est un gaz très irritant pour les voies respiratoires, qui nuit aussi à la végétation. À Montréal, la période où les conditions météorologiques sont les plus propices à la formation d'ozone dure d'avril à septembre. Une proportion notable de l'ozone et de ses précurseurs provient du nord-est des États-Unis et du sud de l'Ontario et, à ces sources transfrontalières, s'ajoutent celles de Montréal, les principales étant les véhicules moteur, les industries et le chauffage.

Les dernières années ont vu une baisse des particules totales en suspension, avec 0 à 2 dépassements annuels de norme depuis 1988. Les particules respirables (celles de moins de 10 microns) présentes dans l'air ambiant sont nocives pour la santé, et cela, même à faible concentration. Certaines de ces particules plus fines constituent une source de préoccupation puisqu'elles sont la principale cause de la mauvaise qualité de l'air. Les stations d'échantillonnage de la CUM ont enregistré une mauvaise qualité de l'air due à leur présence durant 3 à 10 % de l'année 2000 et, à l'hiver 2000-2001, cette situation s'est reproduite pendant 20 jours.

Quant aux dioxydes d'azote, la norme adoptée par la ville de Montréal n'a pas été dépassée depuis plusieurs années. Depuis 1987, on enregistre une baisse graduelle des concentrations

dans l'air ambiant et on s'approche depuis 1995-1996 des critères suggérés par l'Organisation mondiale de la santé. Notons aussi que l'on enregistre depuis 1997 une baisse notable des concentrations de benzène, un cancérigène connu.

Au-delà de ces concentrations de polluants, d'autres indicateurs nous renseignent sur la qualité de l'air. Les effets sur la santé des principaux constituants du smog varient en gravité et en fréquence selon la concentration des polluants, la durée d'exposition et les conditions météorologiques. Bien que seule une petite tranche de la population soient gravement touchée, beaucoup de gens ressentent des effets plus bénins et l'ensemble des effets et leurs conséquences pourraient donc être significatives à l'échelle de la population. D'après plusieurs études menées à Montréal, on observe un lien entre les fortes concentrations en ozone et en particules respirables et la hausse des visites à l'urgence, des hospitalisations pour maladies respiratoires, surtout chez les 65 ans et plus, ainsi que du nombre de décès non accidentels.

L'air contient aussi des grains de pollen de diverses plantes. En 2001, une concentration supérieure à la norme de 100 grains/m³ a été notée entre 9 à 28 jours selon les stations d'échantillonnage, avec des maximums parfois cinq fois supérieurs à la norme. L'ouest de l'île présente les concentrations les plus fortes par rapport au centre et à l'est. Le pollen de l'herbe à poux est l'une des causes principales de rhinite allergique. Or, la proportion de Montréalais souffrant de rhinite allergique est en progression, passant de 8 % en 1987 à 11 % en 1998.

Des vagues de chaleur intense

La chaleur ambiante peut avoir un impact sur la santé de personnes présentant certains facteurs de risque. Les personnes âgées atteintes de maladies cardiaques et ne pouvant consommer suffisamment de liquides risquent une déshydratation et un déséquilibre de leur condition cardiaque, respiratoire et rénale quand la chaleur intense est de longue durée. De même, les



travailleurs ayant des activités prolongées à l'extérieur et qui ne peuvent se protéger adéquatement du soleil risquent d'être atteints de crampes, d'épuisement et de coups de chaleur mortels.

En outre, les épisodes de pollution atmosphérique intense exacerbent les risques de la chaleur. En 2001,

Montréal a connu cinq aversissements de chaleur et d'humidité accablante, d'une durée variant de 6 heures à plus de 48 heures ; Environnement Canada émet ces avis quand la température dépasse 30°C et que le facteur humidex est supérieur ou égal à 40. L'été 2002 a été particulier à cet égard, avec 12 jours de chaleur accablante et 9 jours de smog. Selon les scénarios de changement climatique, ces vagues de chaleur seront à la hausse.

Un contrôle efficace de la qualité de l'eau

En vigueur depuis le 28 juin 2001, le nouveau « Règlement sur la qualité de l'eau potable » du ministère de l'Environnement du Québec accroît le nombre d'échantillons à prélever et stipule des normes supplémentaires à propos de la bactérie *Escherichia coli* et d'autres organismes nocifs pouvant se trouver dans l'eau. Le nouveau

règlement exige aussi que tous les résultats hors normes soient déclarés à notre Direction par le laboratoire ainsi que par l'exploitant du réseau de distribution d'eau potable.

Des études menées en 1998 révèlent que la qualité de l'eau de plus de 70 % des piscines et des pataugeoires ne respecte pas les normes, ce qui pourrait mettre en danger la santé des baigneurs.

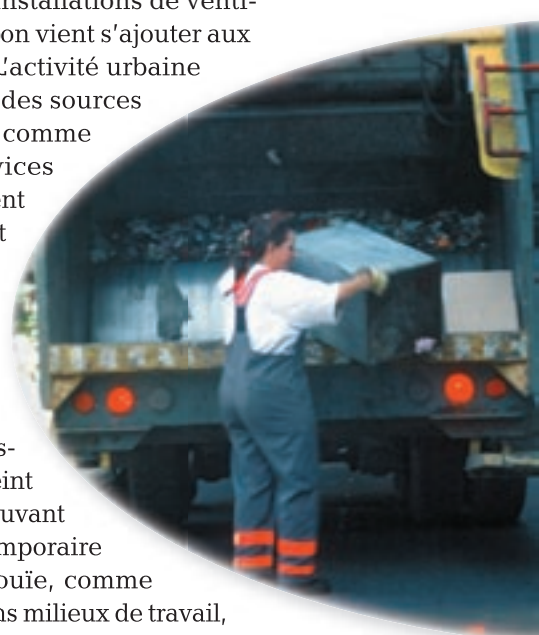
La qualité de l'eau de plus de 70 % des piscines et des pataugeoires ne respecte pas les normes, ce qui pourrait mettre en danger la santé des baigneurs.

Le bruit urbain : des effets sur la santé difficiles à mesurer

Le bruit se définit comme un son jugé indésirable. Il est connu que l'environnement urbain expose les citoyens à des niveaux de bruit supérieurs à ceux des régions rurales et des petites villes. La présence de grands axes routiers, d'installations aéroportuaires et ferroviaires, ainsi qu'un nombre élevé d'activités industrielles, de construction et de travaux publics sont des sources continues de bruit. Ces zones d'activités étant à proximité des quartiers résidentiels, le bruit produit par les installations de ventilation et de climatisation vient s'ajouter aux bruits domestiques. L'activité urbaine va aussi de pair avec des sources de bruit ponctuelles, comme les sirènes des services d'urgence, l'équipement d'entretien des rues et de déneigement.

La problématique du bruit urbain est souvent oubliée, pourtant elle revêt une réelle importance. Puisque le bruit urbain atteint rarement un niveau pouvant causer une atteinte temporaire ou permanente de l'ouïe, comme c'est le cas dans certains milieux de travail, ses impacts sur la santé sont plus diffus. Parmi les effets non auditifs associés au bruit communautaire ou environnemental, on observe des perturbations du sommeil, des difficultés de communication, de concentration et de mémorisation pouvant affecter la réalisation de certaines tâches, à domicile, à l'école ou au travail.

Le règlement de la ville sur les limites du bruit dans les lieux habités prévoit des niveaux maximaux servant à déterminer s'il y a nécessité d'intervenir. Selon les inspecteurs responsables du dossier, on dénombre entre 200 et 400 plaintes par an. Il y a intervention quand le bruit est occasionné par des sources fixes, comme les climatiseurs, les systèmes de ventilation et les industries. Par contre, les plaintes liées



au trafic ne font pas l'objet d'intervention et celles concernant le bruit occasionné par des voisins sont traitées par les services de police.

L'importance du milieu bâti

Des espaces verts menacés

Dans une métropole comme Montréal, les espaces verts — parcs, jardins communautaires ou aires boisées — représentent un déterminant souvent négligé de la santé.

Au-delà de leur capacité à transformer certains polluants de l'air en composés respirables, fonction qui leur vaut l'appellation de « poumons des villes », les espaces verts contribuent à la santé du fait qu'ils accueillent des activités de sport et de loisir et qu'ils ont un impact positif sur la qualité de vie des citoyens.

Si on cite souvent Montréal parmi les villes où la végétation est très présente, pensons aux parcs Lafontaine, Maisonneuve et au Mont-Royal, la pression du développement urbain continue de s'exercer. En 2001, la surface boisée était de 8 %, une baisse de 9 % par rapport à 1986.

La salubrité du logement : un problème qui se définit

La salubrité du logement, c'est le degré selon lequel une habitation présente des caractéristiques favorables à la santé de ses occupants. Plusieurs facteurs constituent une source d'insalubrité, comme le surpeuplement, la proximité de sources de pollution atmosphérique et des problèmes résultant de l'infiltration et de dégâts d'eau ainsi que des taux d'humidité relative élevée.

Des chercheurs estiment que l'accroissement du nombre de personnes déclarant souffrir d'asthme depuis une vingtaine d'années en Occident est lié à certains de ces facteurs. On sait en effet que l'infiltration d'eau et l'humidité relative élevée favorisent la prolifération fongique et celle des

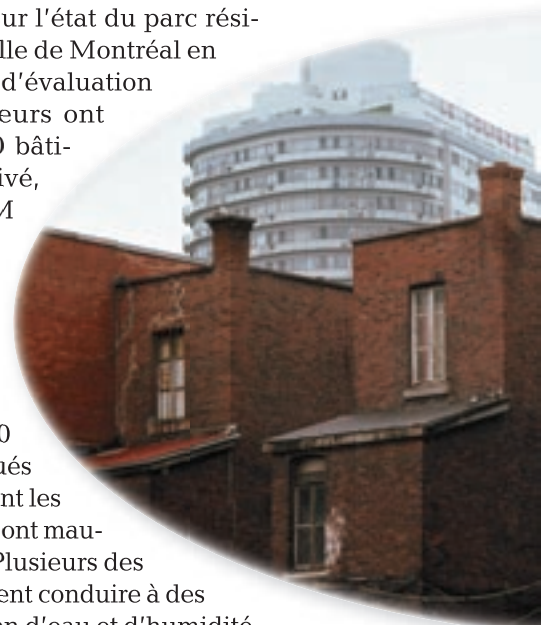
acariens, facteurs à l'origine de l'asthme au même titre que certains allergènes biologiques et la fumée du tabac.

Différentes sources d'information nous renseignent sur l'ampleur de l'insalubrité à Montréal. Par exemple, l'INRS-Urbanisation a publié un rapport sur l'état du parc résidentiel locatif de la ville de Montréal en 1991. À partir du rôle d'évaluation informatisé, les auteurs ont choisi au hasard 350 bâtiments du marché privé, ce qui exclut les HLM et les coopératives. En extrapolant leurs résultats à l'ensemble du parc locatif, ils estiment qu'un peu plus de 15 % des 325 000 logements (soit 50 000 au maximum) sont situés dans des bâtiments dont les méthodes d'entretien sont mauvaises ou pitoyables. Plusieurs des problèmes notés peuvent conduire à des problèmes d'infiltration d'eau et d'humidité relative élevée, et des problèmes d'entretien ont aussi été observés, surtout dans les bâtiments de quatre logements ou plus sans ascenseur. En raison du grand nombre de personnes touchées, cette situation doit être suivie de près.

En ce qui concerne la contamination fongique, un échantillonnage de 222 maisons mené en 1997 a démontré la présence de colonies fongiques dans 14 % des chambres d'enfants. Pour la plupart, les espèces trouvées sont considérées allergènes et non saisonnières.

L'amiante, un vice caché

L'amiante constitue l'un des contaminants mal connu du milieu bâti. Au cours d'une intervention récente, la Direction a identifié une trentaine d'écoles nécessitant des correctifs urgents. Quant aux travailleurs de la construction, ils sont particulièrement à risque de développer des maladies liées à l'exposition à l'amiante à l'occasion de réparations, et un dépistage récent révélait chez 24 % d'entre eux des anomalies en rapport avec ce contaminant.



Les contaminations chimiques : la pointe de l'iceberg

Les citoyens peuvent être exposés à des contaminants chimiques dans les lieux de travail, et parfois même chez eux. Plusieurs intoxications par agents chimiques sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) de par la loi sur la santé publique du Québec. Les MADO dues à un agent chimique peuvent être d'origine professionnelle ou environnementale : à Montréal, de 1998 à 2000, 95 % étaient d'origine professionnelle et touchaient surtout des hommes adultes, et 5 % étaient d'origine environnementale et affectaient surtout des enfants.

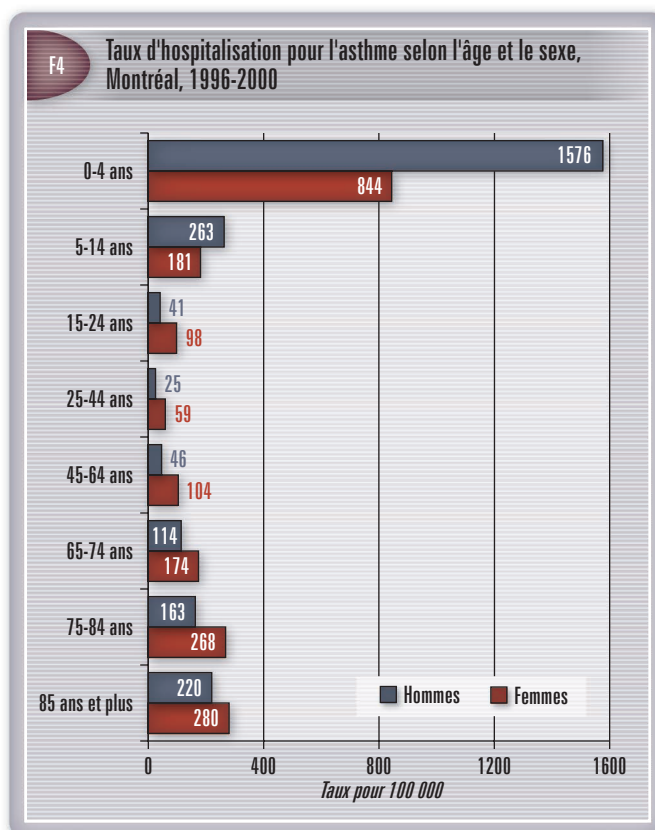
Le plomb est l'agent chimique le plus souvent en cause dans les intoxications chroniques déclarées à Montréal. Les déclarations émanent surtout des programmes de santé au travail pour la surveillance des travailleurs exposés au plomb. Chez les enfants, la principale source d'exposition environnementale connue est l'ingestion d'écaillés de peinture contaminées par le plomb.

Le monoxyde de carbone est l'agent chimique le plus souvent en cause dans les intoxications aiguës déclarées, qui se présentent surtout en milieu de travail. Les 40 cas d'exposition professionnelle déclarés de 1998 à 2000 ne font pas ressortir de milieu de travail plus à risque, mais ils sont associés à des équipements au propane mal entretenus ou défectueux (chariot élévateur, polisseuse à plancher, scie à béton) dans des endroits mal ventilés.

Ce portrait ne représente cependant que la pointe de l'iceberg car la plupart des intoxications sont difficilement reconnues par les médecins traitants qui, souvent, n'ont pas eu de formation à cet égard.

La progression de l'asthme : le milieu de vie en cause

L'asthme est un problème sérieux de santé respiratoire. Cette maladie met en cause plusieurs facteurs de risque relatifs à l'environnement, aux conditions de vie et aux habitudes, aussi est-il difficile de départager les effets de chaque facteur.



On sait cependant que la qualité de l'air joue un rôle déterminant dans le déclenchement de crises. Étant donné que l'on passe la majorité du temps à l'intérieur, la qualité de l'air des bâtiments est cruciale. Les agents qui diminuent la qualité de l'air sont, notamment, la fumée secondaire et les allergènes émanant des acariens vivant dans la poussière et des animaux domestiques, surtout les chats. De plus, depuis quelques années, on isole davantage les logements, pour mieux conserver la chaleur ou la fraîcheur, selon la saison, ce qui augmente par contre la concentration des irritants pulmonaires.

La prévalence de l'asthme varie avec l'âge. En 1998, les plus atteints étaient les 0 à 14 ans ainsi que les 65 ans et plus, à des proportions proches de 6 %, et les hommes étaient légèrement moins touchés que les femmes. Parmi

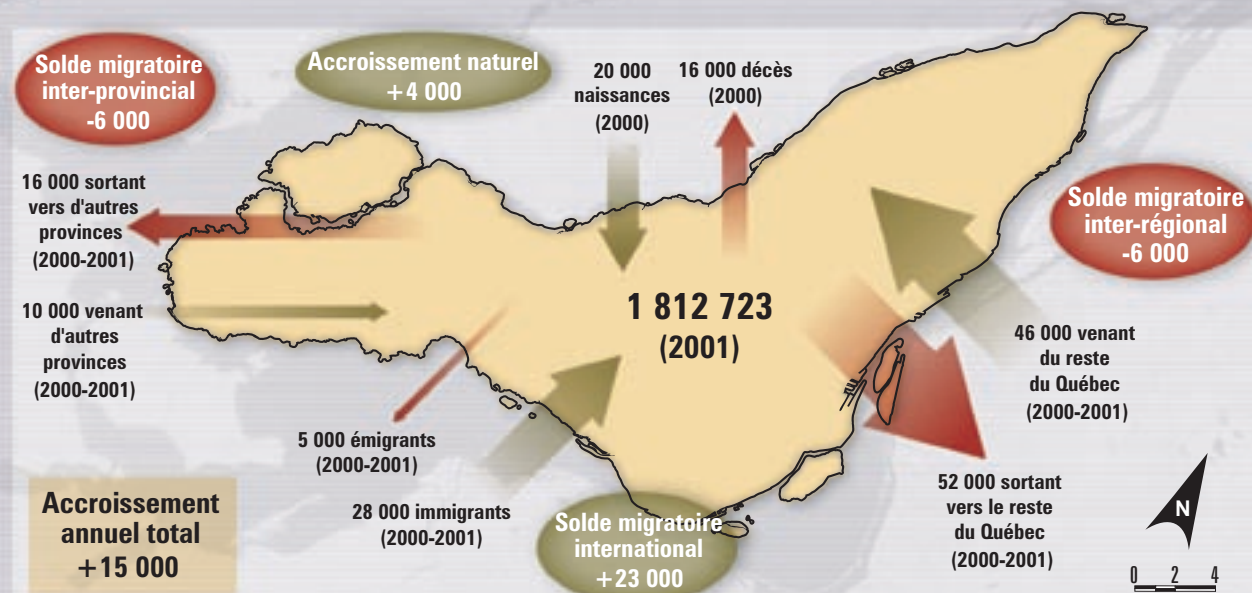
Depuis quelques années, on isole davantage les logements, pour mieux conserver la chaleur ou la fraîcheur, selon la saison, ce qui augmente par contre la concentration des irritants pulmonaires.

les villes canadiennes, Montréal se situe dans les premiers rangs (à 9 %), devancée seulement par Ottawa.

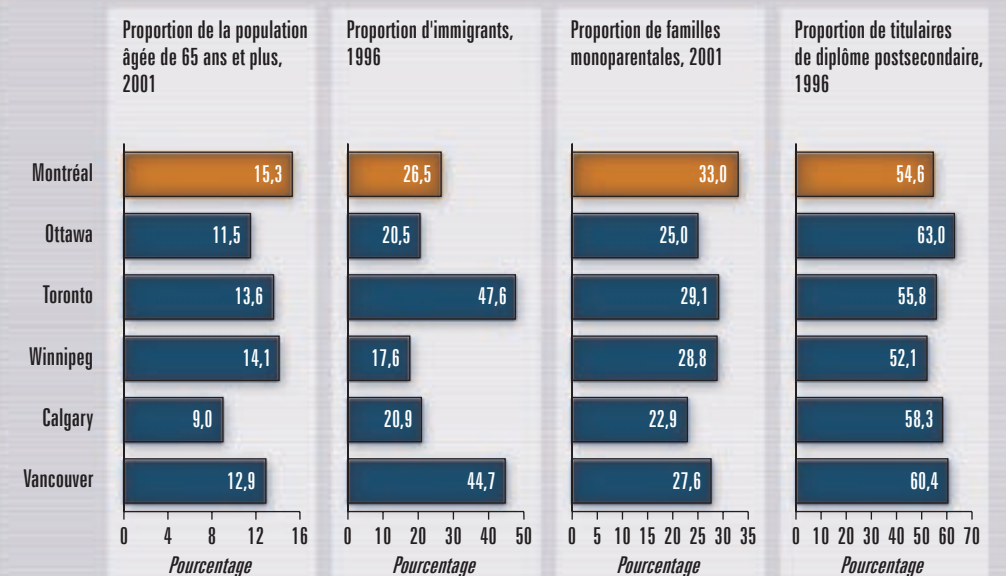
Avec des taux élevés d'hospitalisation à tous les âges, Montréal affiche l'un de pires bilans au Canada. Les taux les plus élevés touchent les enfants de 0-4 ans et les 85 ans et plus, deux groupes vulnérables qui, d'une certaine façon, sont des populations sentinelles des conditions favorisant l'asthme.

La détérioration de la qualité de l'air intérieur est peut-être en partie responsable de la hausse de l'asthme à Montréal, par un mécanisme encore mal élucidé. Chez les plus de 15 ans, la proportion d'asthmatiques a presque doublé de 1987 à 1998. La fumée de tabac joue certainement un rôle, et environ 30 % des Montréalais y sont exposés, par rapport aux taux bien inférieurs de Vancouver et Toronto (près de 20 %). La défavorisation économique influe vraisemblablement elle aussi. Le groupe à faible revenu présente à la fois les plus fortes proportions de personnes souffrant d'asthme et les plus hauts taux d'hospitalisation. Il est possible que, dans ce groupe, on soit davantage exposé à la fumée secondaire, que les moisissures soient plus fréquentes dans les logements, et que les quartiers soient plus exposés aux polluants atmosphériques.

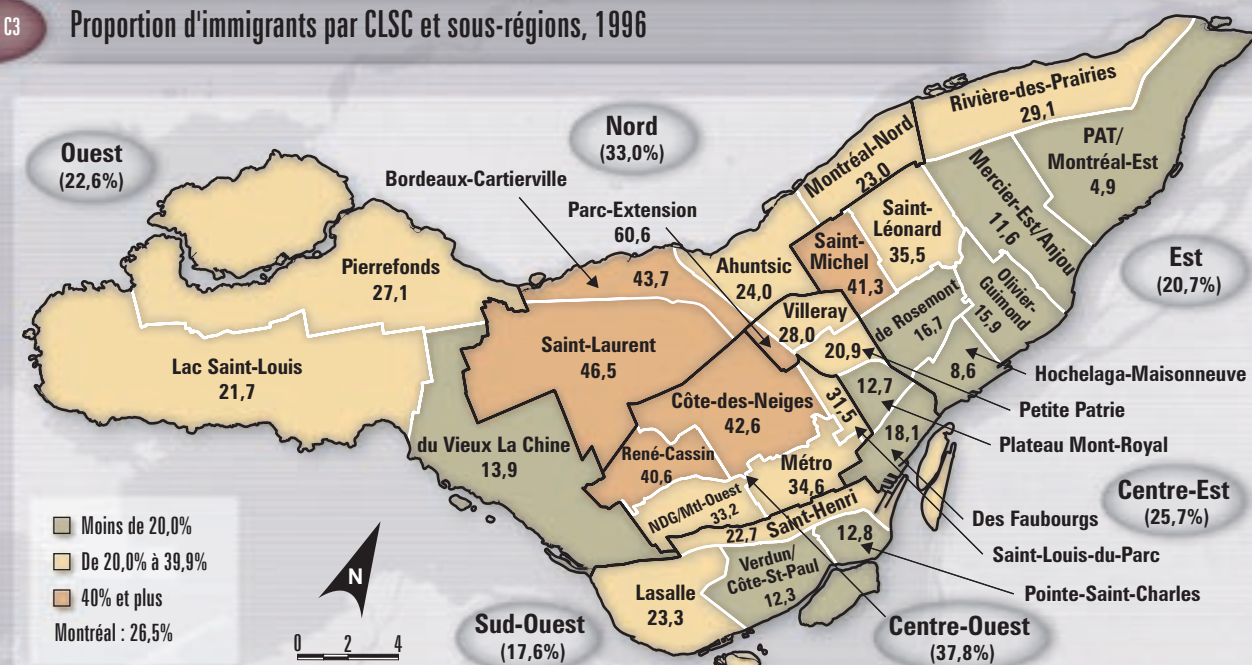
C2 Renouveau annuel de la population de Montréal



F5 Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



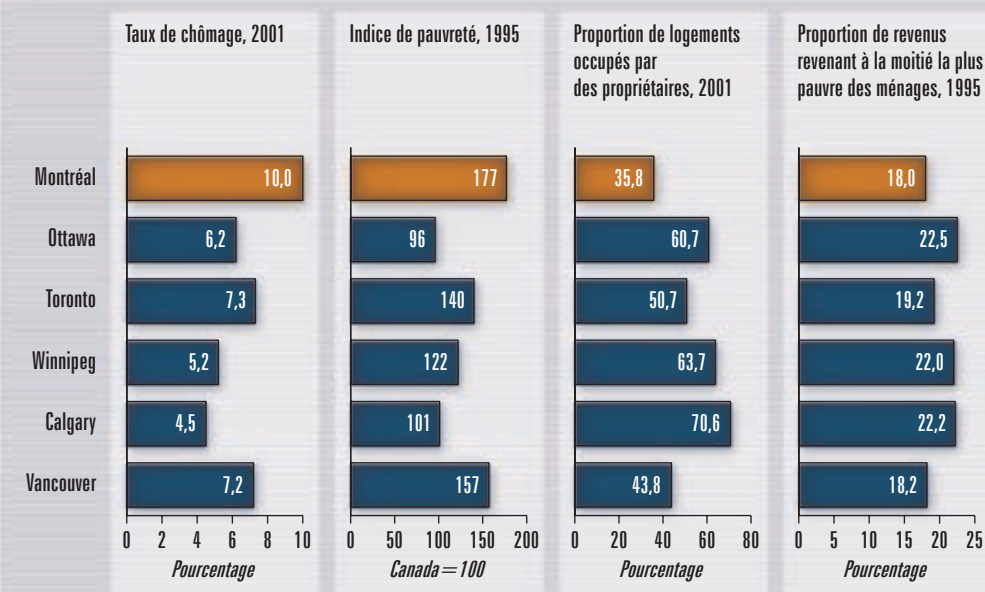
C3 Proportion d'immigrants par CLSC et sous-régions, 1996



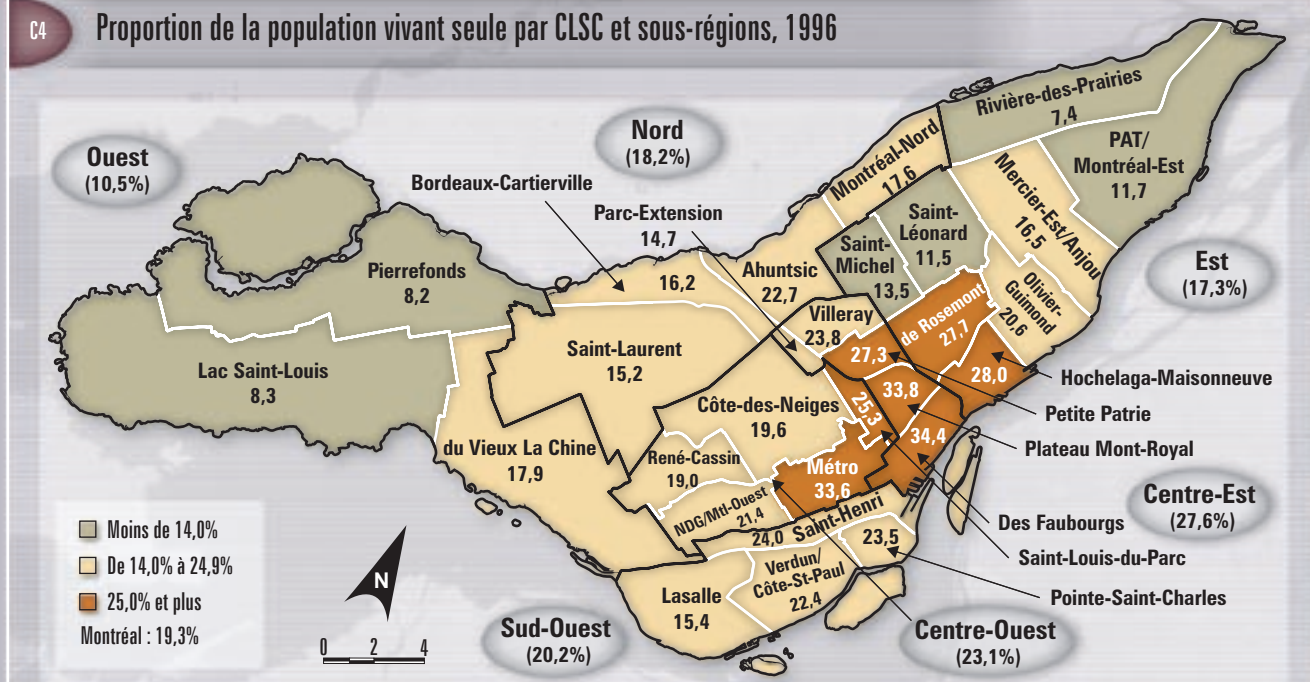
T1 Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Proportion de la population de 0-17 ans, 1996	25%	18%	19%	19%	16%	20%
Proportion de la population de 18-64 ans, 1996	64%	66%	63%	66%	71%	66%
Proportion de la population de 65 ans et plus, 1996	12%	16%	18%	15%	14%	15%
Proportion d'immigrants, 1996	23%	38%	33%	18%	26%	21%
Proportion d'immigrants récents, 1996	3%	11%	9%	4%	8%	4%

F6 Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



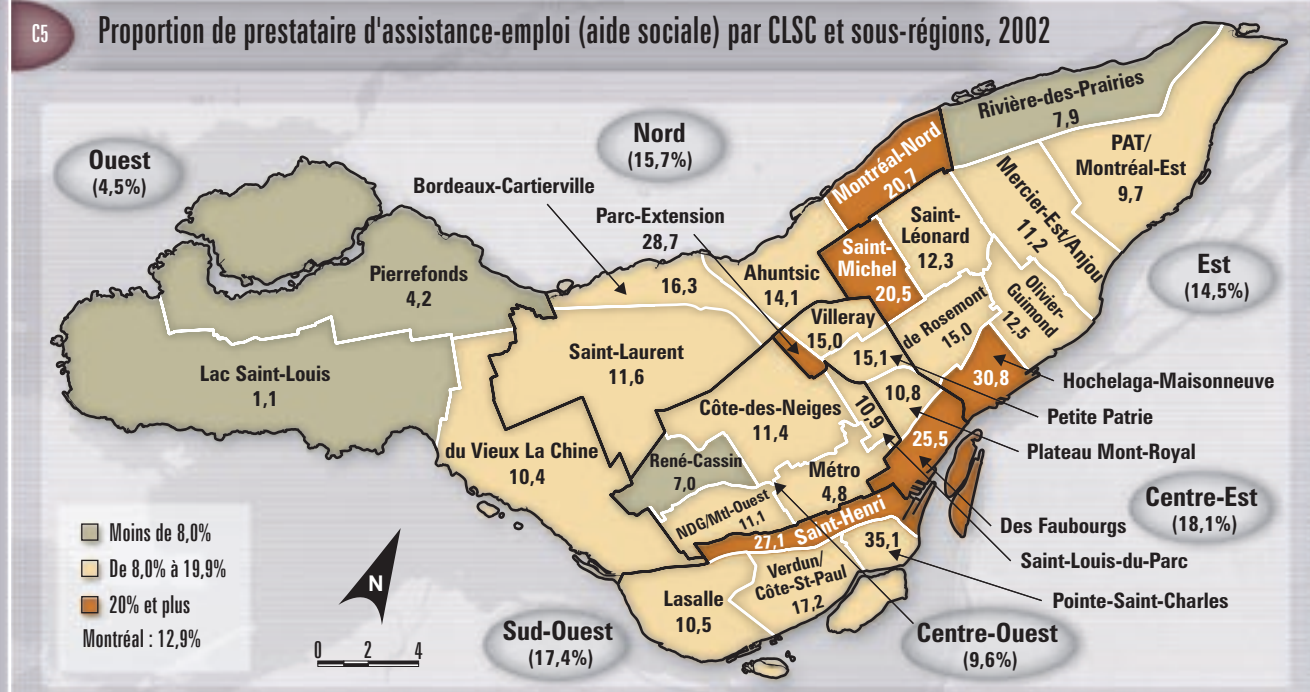
C4 Proportion de la population vivant seule par CLSC et sous-régions, 1996



T2 Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Proportion de prestataires de l'assistance-emploi, 2002	4,5%	9,6%	15,7%	17,4%	18,1%	14,5%
Proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans, 1996	16%	24%	30%	35%	36%	32%
Proportion de la population de 0 à 5 ans sous le seuil de faible revenu, 1995	22%	42%	53%	50%	58%	46%
Proportion de la population considérant que la qualité de vie du quartier n'est pas bonne, 2000	8,2%	8,9%	13,2%	18,3%	23,0%	14,1%
Proportion de la population considérant que leur quartier n'est pas sécuritaire, 2000	5,6%	7,3%	7,7%	10,8%	17,1%	9,8%

C5 Proportion de prestataire d'assistance-emploi (aide sociale) par CLSC et sous-régions, 2002



Thème 2 :

L'état de santé global

L'état de santé d'une population est un phénomène non quantifiable qui ne peut se mesurer directement. On recourt plutôt à des descripteurs de phénomènes mesurables comme la mortalité, la limitation d'activités, la perception de l'état de santé, qui peuvent servir d'indicateurs. En juxtaposant les résultats obtenus à partir des descripteurs de phénomènes différents, mais tous reliés à l'état de santé, on obtient alors un portrait global.

Pour apprécier l'état de santé de la population montréalaise, nous avons retenu les indicateurs suivants : l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité pour les grandes causes de décès, la proportion de personnes déclarant avoir une limitation d'activités à long terme et la proportion de celles ne se percevant pas en bonne santé. Ces indicateurs serviront à établir des comparaisons avec les autres grandes régions urbaines du Canada, à examiner l'évolution de Montréal depuis 15 ans, puis à identifier les disparités géographiques et sociales de la région.

Comparaisons urbaines : du bon, et surtout du moins bon...

Des études ont déjà montré que l'espérance de vie des Montréalais est semblable à celle de l'ensemble des Québécois. Mais comment se classe Montréal par rapport à d'autres villes du Canada ? La comparaison semble désavantageuse : Montréalais et Montréalaises vivent en moyenne moins longtemps que les résidents des autres grandes villes (voir figure F11). Chez les hommes, Montréal se classe à l'avant-dernier rang et accuse un retard de plus de 1,5 an sur Toronto, Calgary et Ottawa. Chez les femmes, elles aussi à l'avant-dernier rang, l'écart est supérieur à un an par rapport à Toronto et à Vancouver.

À quelles causes est liée cette moins grande longévité ? La série des graphiques illustrant les taux de mortalité pour les quatre grandes causes de décès fournit

une partie de la réponse. Pour trois causes — tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire et maladies de l'appareil respiratoire — les taux montréalais sont parmi les plus élevés. Montréal se démarque surtout par son taux de mortalité par tumeurs supérieur aux autres régions urbaines. À l'opposé, elle se distingue par le plus faible taux pour les blessures accidentelles — accidents de la route, chutes, intoxications, incendies et brûlures, etc. (voir figure F12).

Mais deux autres indicateurs, recueillis directement à partir d'enquêtes auprès de la population, tempèrent ce portrait. La proportion de personnes déclarant avoir des limitations d'activités à long terme par suite d'une maladie chronique ou d'un problème de santé mentale est nettement plus faible qu'à Ottawa et à Calgary et se compare bien avec Winnipeg et Vancouver. De même, le pourcentage de personnes ne se percevant pas en bonne santé est moindre qu'à Vancouver, Toronto et Winnipeg. Seule Calgary affiche une valeur nettement plus favorable que Montréal (voir figure F11).

Au Canada, les populations urbaines présentent dans l'ensemble un niveau de mortalité très bas, parmi les meilleurs au monde. À l'échelle internationale, Montréal se compare favorablement aux pays les plus développés malgré son décalage par rapport aux autres régions urbaines du Canada.

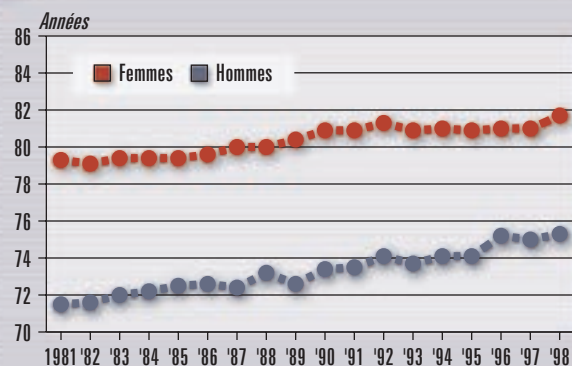
Malgré tout, des gains spectaculaires depuis 20 ans

L'espérance de vie à la naissance des Montréalais ne cesse d'augmenter, passant entre 1981 et 1998 de 71,5 à 75,3 ans chez les hommes et de 79,3 à 81,7 ans chez les femmes. La hausse est plus marquée chez les hommes (3,8 ans) que chez les femmes (2,4 ans) de sorte que l'écart entre les sexes rétrécit.

Si l'on examine, pour la même période, l'évolution des taux de mortalité selon les mêmes quatre grandes causes, on constate

F7

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Montréal, 1981 à 1998



des gains importants. De fait, toutes causes confondues, la mortalité a diminué de 14 % chez les hommes et de 17 % chez les femmes (voir figure F8). Les gains les plus spectaculaires ont trait à la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et par blessures accidentelles. Par contre, on remarque une hausse marquée de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les femmes. De plus, la mortalité par tumeurs, qui se situe à des niveaux élevés, a peu diminué chez les hommes et est demeurée stable chez les femmes.

Si le constat à tirer des tendances de la mortalité à Montréal est plutôt positif, il ne doit pas nous faire oublier que des gains importants peuvent encore être faits à la lumière des comparaisons avec les grandes villes canadiennes.

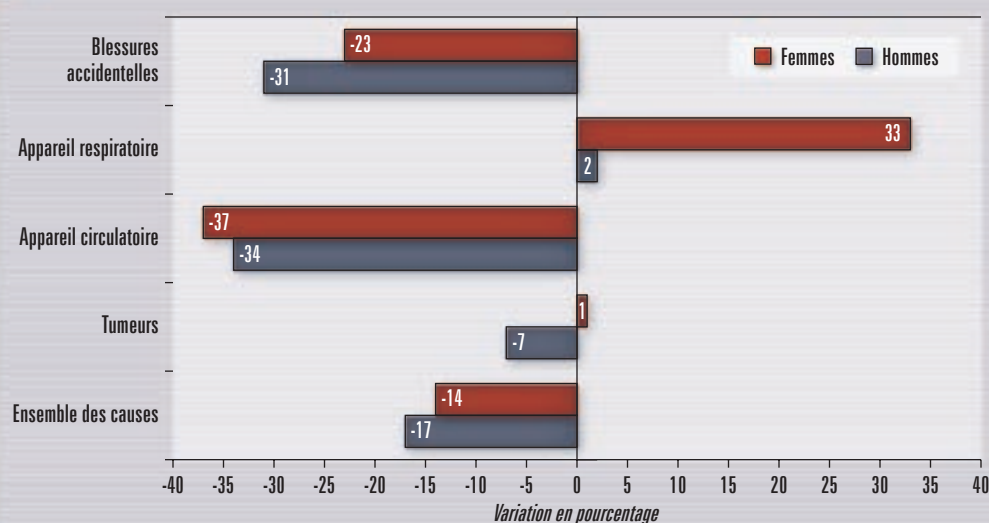
Un clivage géographique et socio-économique

Plusieurs sources, dont notre premier rapport annuel sur la santé de la population et la section statistique du site internet de notre direction, révèlent de fortes disparités dans les indicateurs de santé selon le revenu et le lieu de résidence. Qu'en est-il des données les plus récentes ? Quelles sont les disparités les plus marquées ?

L'espérance de vie augmente du groupe de revenu le plus faible au plus élevé et, entre les catégories extrêmes, l'écart atteint 6,6 ans chez les hommes et 3,6 ans chez les femmes. Il en va de même pour la mortalité pour chacune des quatre grandes causes de décès : l'écart entre les deux catégories extrêmes s'élève à 24 % pour les tumeurs, 38 % pour les maladies de l'appareil circulatoire, 61 % pour les maladies de l'appareil respiratoire et 28 % pour les blessures accidentelles (voir figure F10).

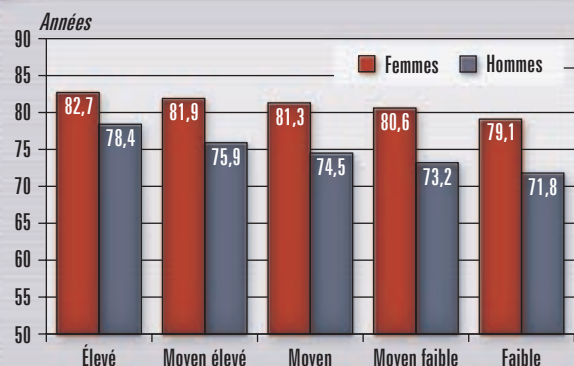
F8

Variation de la mortalité entre 1981-1983 et 1996-1998 selon la cause et le sexe, Montréal



F9

Espérance de vie à la naissance selon le sexe et la catégorie de revenu, Montréal, 1994-1998



Selon le lieu de résidence, les différences dans l'espérance de vie sont encore plus frappantes : 13,5 ans chez les hommes et 8 ans chez les femmes, entre les territoires de CLSC ayant les valeurs les plus élevées et les plus faibles. À l'échelle des sous-régions, les écarts de longévité moyenne sont de l'ordre de 7 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. Dans les deux cas, c'est la sous-région Sud-Ouest la moins favorisée. En fait, on note un réel clivage entre les trois sous-régions du Nord-Ouest

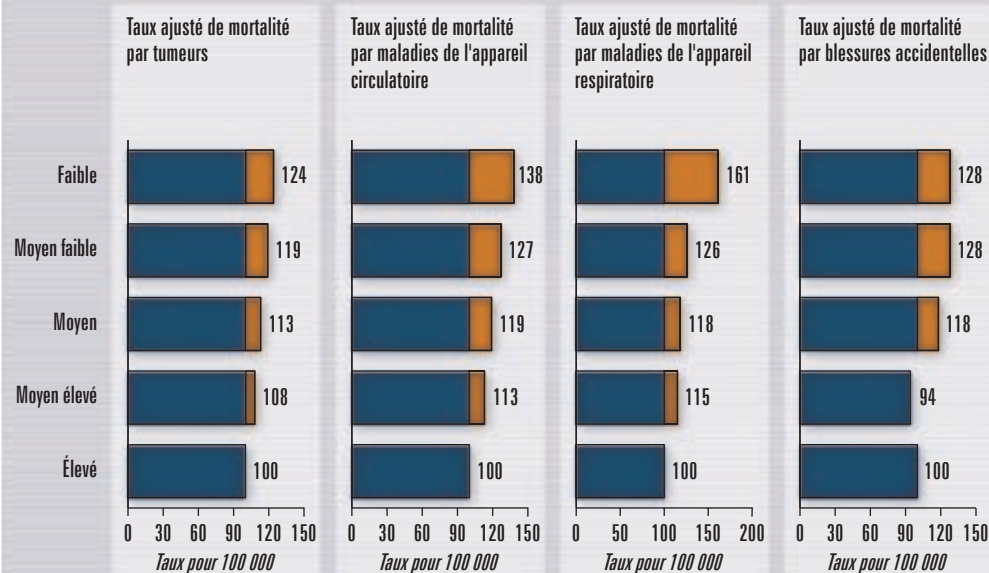
(Ouest, Nord et Centre-Ouest) et celles du Sud-Est (Sud-Ouest, Centre-Est et Est) en faveur du Nord-Ouest (voir tableau T3). Ce clivage s'observe aussi pour trois causes de mortalité (tumeurs, appareil circulatoire et appareil respiratoire). Quant à la quatrième cause, les blessures accidentelles, c'est le Centre-Est qui se démarque avec un taux très élevé. (Voir la répartition de l'espérance de vie par sous-région et territoire de CLSC dans les cartes C6 et C7.)

Les disparités géographiques de la mortalité à Montréal témoignent des inégalités économiques, mais aussi, dans certains secteurs, de la présence d'une forte proportion de personnes nées à l'extérieur du pays. C'est que ces dernières bénéficient, en général, d'un meilleur état de santé que la population née au pays et que celle du pays dont elles sont issues. Il faut en effet jouir d'un bon état de santé pour entamer un processus d'immigration, et il faut de plus franchir les diverses étapes du processus de sélection pour entrer au Canada.

Autre indicateur, les limitations d'activité : il reflète lui aussi les disparités entre les catégories de revenu. La proportion de personnes déclarant des limitations

F10

Taux de mortalité, selon la catégorie de revenu, pour les quatre principales causes de décès, Montréal, 1994-1998



d'activités est de 5 % dans le groupe au revenu le plus élevé et de 15 % dans celui au revenu le plus faible.

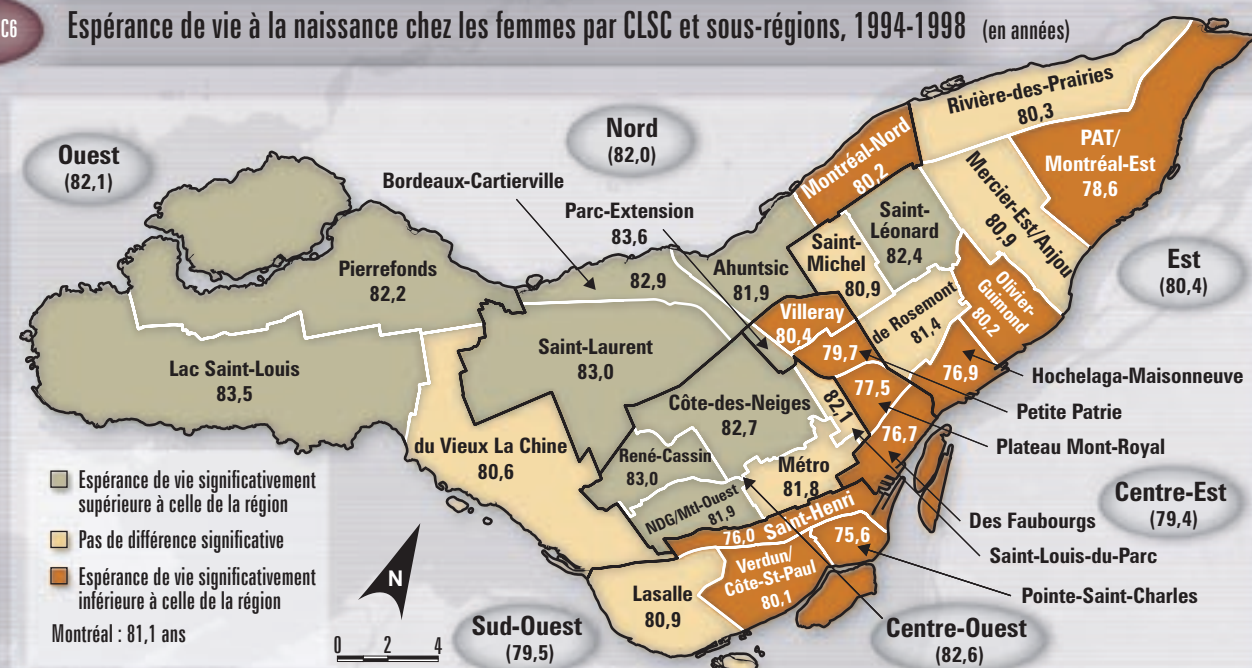
La perception de sa santé, elle aussi, va de pair avec le revenu : près d'une personne sur cinq dans le groupe à revenu faible ne se perçoit pas en bonne santé. De même, cette perception négative est plus fréquente chez les personnes vivant seules.

Enfin, si l'espérance de vie est moindre chez les hommes, à l'inverse, davantage de femmes déclarent des limitations d'activités et un état de santé moyen ou mauvais. On sait que ces deux phénomènes augmentent avec l'âge. Néanmoins, chez les Montréalais âgés de 65 ans et plus, quatre personnes sur cinq se déclarent en bonne santé.

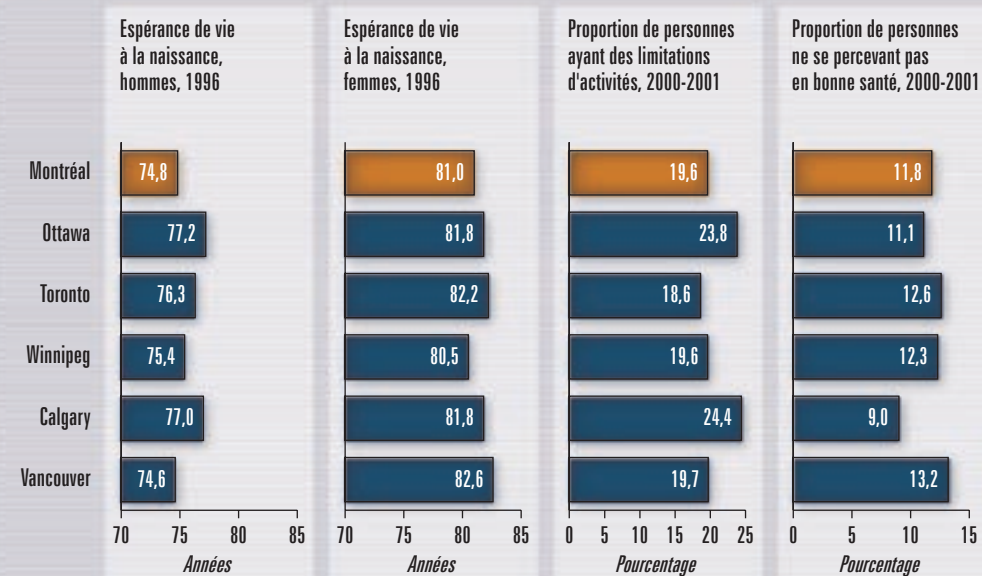
Une amélioration notable dans le temps mais le clivage demeure

En conclusion, cette appréciation de l'état de santé global de la population montréalaise fournit les premiers éléments de comparaison qui nous permettent de camper les grandes lignes du portrait. On constate donc une amélioration notable dans le temps mais, de l'autre, des disparités géographiques et socio-économiques persistantes ainsi qu'un retard sur les autres villes canadiennes. Dans les sections suivantes, nous allons explorer certains aspects de ce portrait plus en détail pour approfondir notre compréhension des grandes problématiques en jeu, soit l'adaptation et l'intégration sociale, les maladies chroniques, les blessures accidentelles, les maladies transmissibles et les services de santé.

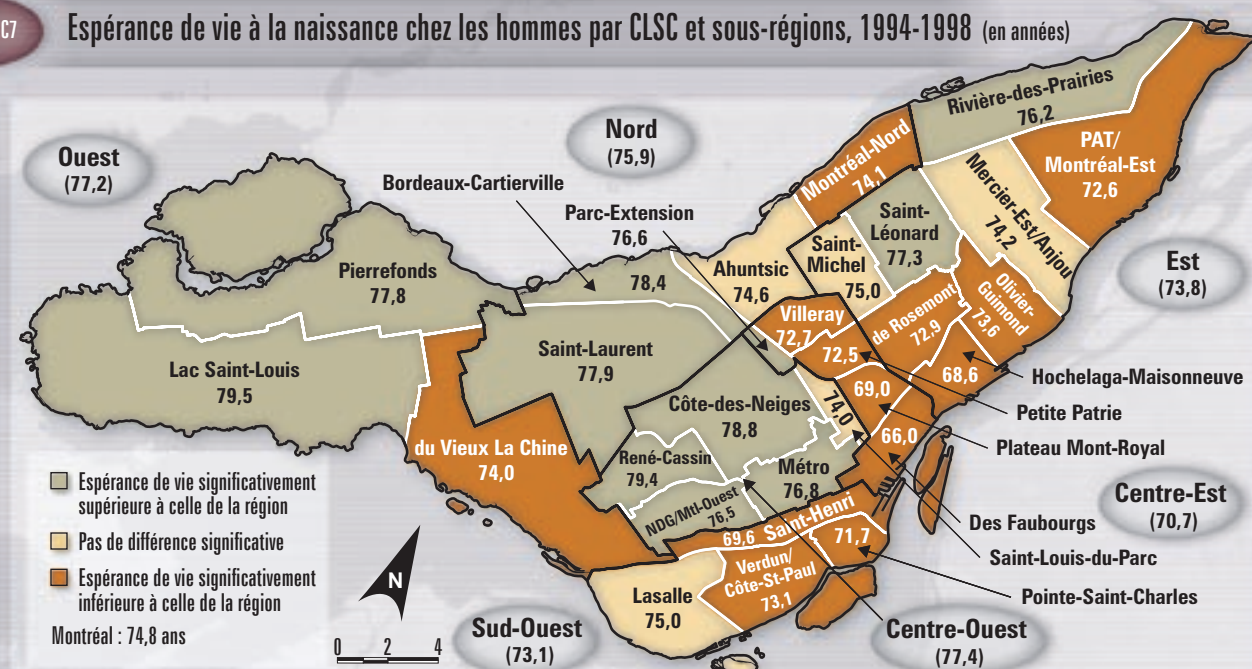
C6 Espérance de vie à la naissance chez les femmes par CLSC et sous-régions, 1994-1998 (en années)



F11 Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



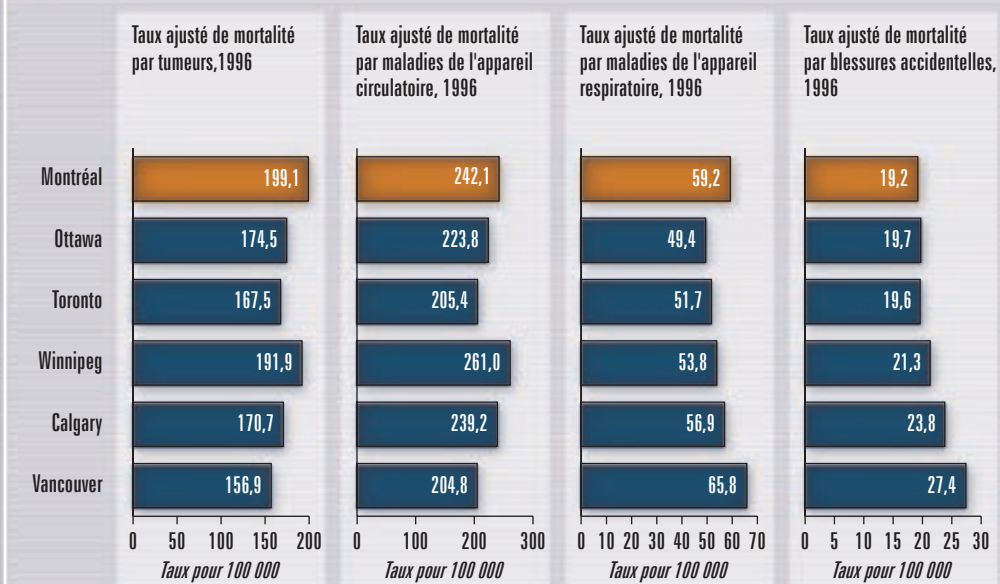
C7 Espérance de vie à la naissance chez les hommes par CLSC et sous-régions, 1994-1998 (en années)



T3 Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Espérance de vie à la naissance, hommes, 1994-1998 (années)	77,2	75,9	77,4	73,1	70,7	73,8
Espérance de vie à la naissance, femmes, 1994-1998 (années)	82,1	82,0	82,6	79,5	79,4	80,4
Taux ajusté de mortalité par tumeurs, 1994-1998 (taux pour 100 000)	230	237	216	295	296	266
Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, 1994-1998 (taux pour 100 000)	290	307	267	369	371	349
Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, 1994-1998 (taux pour 100 000)	71	67	65	100	93	89
Taux ajusté de mortalité par blessures accidentelles, 1994-1998 (taux pour 100 000)	22	21	20	22	30	23

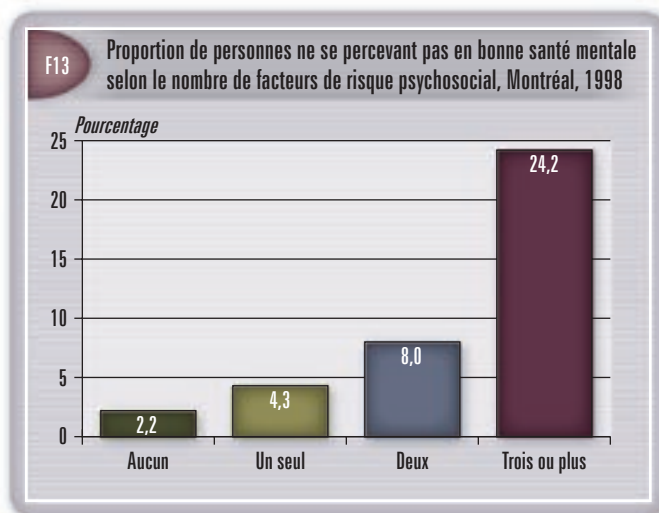
F12 Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



Thème 3 :

L'adaptation et l'intégration sociale

Avec le thème de l'adaptation et l'intégration sociale, nous allons examiner la capacité des individus à mobiliser leurs ressources personnelles, sur les plans cognitif, affectif et comportemental pour s'adapter au milieu où ils vivent, s'acquitter de leurs tâches et de leurs rôles et participer activement à la vie sociale. Cette capacité d'interaction est un phénomène dynamique qui évolue au fil de la vie. Nous nous penchons ici sur plusieurs indicateurs avec l'objectif d'estimer l'ampleur des problèmes d'adaptation et d'intégration à Montréal ainsi que les caractéristiques des populations touchées.



Il faut tout d'abord souligner l'effet préjudiciable du cumul des facteurs de risque psycho-social sur la santé mentale, l'adaptation et l'intégration sociale. À cet égard, l'analyse du nombre de facteurs présents chez les personnes ne se percevant pas en bonne santé mentale est très évocatrice. À Montréal, en 1998, plus de 80 % des individus présentaient au moins un facteur de risque psychosocial, et 16 % en présentaient trois ou plus. Dans ce dernier groupe, par rapport à celui ne présentant aucun facteur de risque, on observait une probabilité quatre fois plus grande de ressentir une détresse psychologique élevée, et 12 fois plus grande de ne pas se

percevoir en bon état de santé mentale. La présence de facteurs de risque est fortement liée aux conditions économiques, puisque c'est plus du tiers des personnes à faible revenu qui cumulent trois facteurs ou plus, contre 8 % seulement de celles ayant un revenu élevé.

Il n'est pas toujours facile ni même possible d'obtenir une mesure précise des différents facteurs de risque et de protection présents dans le contexte de vie des individus. Les données sont incomplètes et ne renseignent pas toujours sur la situation globale. Néanmoins, dans cette section, nous abordons quelques indicateurs permettant de décrire l'ampleur des problèmes d'adaptation et d'intégration sociale à Montréal, incluant des indicateurs de santé mentale. L'examen de ces indicateurs correspondra à différents cycles de vie puisque, comme nous l'avons déjà mentionné, la nature des facteurs de risque et de protection, de même que celle des mécanismes d'adaptation, évolue de façon dynamique à travers le temps. Nous soulignerons aussi, pour chaque cycle, certains éléments ou caractéristiques de l'environnement urbain montréalais susceptibles d'influer sur l'adaptation et l'intégration sociale.

Pour la majorité des enfants, un développement normal

À Montréal, les dernières statistiques disponibles révèlent qu'un peu plus de 20 000 enfants naissent en moyenne chaque année. La plupart d'entre eux sont à terme, avec un poids de naissance adéquat pour leur assurer un bon départ dans la vie. Il n'en demeure pas moins qu'une proportion importante (6,3 %,) naissent prématurément (à moins de 37 semaines de gestation), et que 8 % de bébés présentent un retard de croissance intra-utérine, deux phénomènes représentant un risque plus élevé de mortalité et de problèmes de santé. Il s'agit d'une situation plus fréquente si la mère est adolescente ou si elle vit en

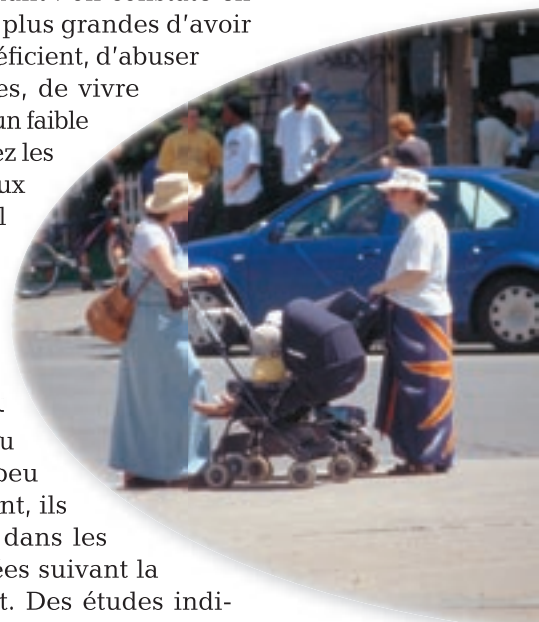
milieu défavorisé. Par ailleurs, une mère qui n'a pas complété ses études secondaires, c'est-à-dire n'ayant pas 11 années de scolarité, présente un risque plus élevé d'avoir un nourrisson en mauvaise santé. Fait encourageant, la proportion de mères ayant une faible scolarité a baissé de 25 % en 1981-1983 à 16 % en 1996-1998.

La grande majorité des enfants se développent normalement. Toutefois, le développement de certains enfants sera compromis parce qu'ils vivent dans des contextes de vie moins propices à leur développement (pauvreté, alimentation inadéquate, manque de disponibilité des figures parentales, manque de connaissance de leur part, mauvais traitements, etc.). Au Québec, 11 à 16 % des enfants de 5 ans présenteraient des troubles de la parole et du langage, une donnée vraisemblablement applicable à Montréal. Dans l'ensemble, on estime que 10 à 15 % des enfants d'âge préscolaire présentent des retards dans l'une ou l'autre sphère du développement. Pour d'autres enfants, les problèmes de développement se présenteront plutôt sous la forme de comportement agressif ou de retrait social. Un grand nombre de ces enfants risque de connaître des problèmes d'apprentissage ou d'adaptation scolaire.

Par ailleurs, les situations de violence ou de négligence vécues par les tout-petits, tout comme les contextes de violence conjugale, constituent une menace à leur bien-être et à leur développement. Plus isolés et dépendants de l'environnement familial que leurs aînés, les tout-petits sont particulièrement vulnérables. De 1998 à 2000, c'est 2 750 enfants montréalais de moins de 6 ans, par année, qui ont fait l'objet d'une intervention des Centres jeunesse pour une situation de mauvais traitement, soit un taux annuel moyen de 21 tout-petits sur 1 000.

L'évolution de la réalité sociale et familiale vient influencer l'exercice du rôle parental et la disponibilité des parents nécessaire au développement des enfants. La reconfiguration de l'emploi du temps résultant de la transformation des familles et de l'intensification du temps de travail a une influence certaine sur la disponibilité des parents. À Montréal, des 127 000 enfants de moins de 5 ans, 79 % vivent dans une famille biparentale contre 21 % dans une famille monoparentale. Il faut aussi signaler que nombre d'enfants auront grandi dans des environnements en changement, faisant l'expérience tantôt d'un épisode de monoparentalité, tantôt de biparentalité. Ces environnements changeants suscitent une redéfinition des rôles parentaux où père et mère, nouveau conjoint, nouvelle conjointe doivent se partager la réponse à tous les besoins des enfants.

Même si en général les Montréalaises ont tendance à attendre plus tard pour donner naissance à un premier enfant — l'âge moyen passant de 27 ans en 1981 à 29 ans en 1999 —, plus de 900 mères de moins de 20 ans donnent naissance chaque année, dont environ 270 de moins de 18 ans. Or, être mère à un jeune âge peut avoir des conséquences sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant : on constate en effet des probabilités plus grandes d'avoir un état nutritionnel déficient, d'abuser de substances nocives, de vivre pauvrement et d'avoir un faible niveau de scolarité chez les jeunes mères. Quant aux jeunes pères, d'un profil psychosocial semblable à celui des jeunes mères, ils appartiennent au même milieu socioéconomique, ils ont quitté l'école et vivent de l'aide sociale ou occupent un emploi peu rémunérateur. Souvent, ils ont quitté la famille dans les deux premières années suivant la naissance de l'enfant. Des études indiquent aussi que les jeunes mères ont de la difficulté à impliquer les pères dans la décision de garder l'enfant et de participer



à son éducation. Tous ces facteurs influent sur l'exercice du rôle parental ainsi que sur le développement des enfants.

Du côté du temps accordé à la famille, comparées aux années 70, les années 90 sont marquées par l'augmentation du travail des mères, peu importe l'âge des enfants. Ainsi, dans les années 90, 90 % des hommes et 61 % des femmes ayant des enfants de moins de 6 ans à la maison étaient sur le marché du travail. Ces enfants doivent donc faire face à un temps familial bien souvent envahi par le travail. D'ailleurs, en 1998, parmi les couples ayant des enfants de moins de 15 ans, 54 % des pères et 48 % des mères s'inquiétaient de manquer de temps pour la famille et les amis.

On le sait, la pauvreté a des impacts marqués sur le développement des enfants et sur les conditions dans lesquelles s'exercent les rôles parentaux. Elle entraîne un niveau élevé de stress, ce qui peut provoquer plus de détresse psychologique chez les parents, moins de patience avec les enfants et un sentiment d'être inadéquat à leur égard. Si, en 1990, 41 400 enfants montréalais âgés entre 0 et 5 ans vivaient sous le seuil de faible revenu, cinq ans plus tard, ce chiffre s'élevait à 56 365, ce qui représente 44 % des enfants de cet âge. Une récente étude québécoise permet d'estimer que, chez ces enfants défavorisés, plus de 20 000 seraient susceptibles de souffrir d'insécurité alimentaire. Enfin, les données de 2002, les plus récentes, indiquent que plus de 20 000 enfants de 0 à 5 ans vivent dans des ménages dont le revenu provient de l'aide sociale.

On l'a vu, Montréal se distingue aussi par son importante proportion d'immigrants, et ceci a un impact certain sur la natalité. En effet, entre 1997 et 1999, la moitié des nouveau-nés avaient au moins un parent qui n'était pas né au Canada. La réalité des familles d'immigration récente les rend plus susceptibles au stress de l'arrivée et de l'adaptation à leur nouveau pays. Avoir à s'adapter au nouveau pays, à une nouvelle façon de concevoir la famille, tout en devant voir à la santé et à l'éducation de ses enfants, sans le soutien des membres de sa famille demeurés au pays d'origine, entraîne un

grand stress qui peut influencer l'exercice du rôle parental. Cette réalité représente un défi particulier pour les services sociaux et de santé de Montréal.

Les jeunes, des transitions en accéléré

Les jeunes sont ceux qui, parmi la population, vivent le plus grand nombre de transitions importantes dans le laps de temps le plus court. Cette intensité des changements, qui se produisent sur tous les plans, rend les adolescents plus sujets à des difficultés. Plusieurs problèmes de santé et de bien-être sont liés aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociale des jeunes. Bien qu'on en repère plusieurs, on ne connaît l'ampleur que de peu d'entre eux.

De nombreux jeunes décrochent de l'école et n'obtiendront pas leur diplôme d'études secondaires, ce qui les place dans une situation défavorable sur le plan de l'emploi et de leur situation économique. Bien que le taux de sortie sans diplôme des jeunes et des étudiants de moins de 20 ans ait diminué, il reste que près du tiers des jeunes auront un départ plus difficile dans la vie adulte.

On sait aussi que les jeunes sont victimes de situations de violence, parfois si graves qu'elles compromettent même leur santé et leur bien-être. De 1998 à 2000, en moyenne par an, 2 770 enfants de 6 à 11 ans et 1 880 jeunes de 12 à 17 ans ont fait l'objet d'une intervention des Centres Jeunesse. De plus en plus remarqués par les intervenants, les comportements agressifs et la violence à l'école semblent être une autre manifestation des difficultés d'adaptation. Une étude récente menée dans quelques écoles secondaires montréalaises francophones permet de lever un premier voile sur ce phénomène des conduites violentes : 64 % des garçons et 54 % des filles interrogés ont déclaré avoir été victimes d'au moins une



situation de violence de la part d'élèves de l'école pendant l'année scolaire. Un net gradient décroissant se dégage de la première à la cinquième année du secondaire, à l'exception des élèves fréquentant des classes d'adaptation scolaire, qui affichent le taux le plus élevé (69 %).

Des renseignements provenant des postes de polices de quartier révèlent en outre que les taux de délinquance juvénile varient entre sous-régions. Ainsi l'Ouest et le Centre-Ouest présentent les taux les plus faibles, de près de 17 pour mille, mais la situation est inquiétante dans le Sud-Ouest avec 84 jeunes pour mille en situation de délinquance (voir tableau T4). Dans les cas les plus sérieux, il y a intervention des Centres Jeunesse pour troubles de comportement : en 1998-2000, en moyenne, par an, 4 830 jeunes de 12 à 17 ans étaient dans cette situation.

En marge de ces phénomènes, un certain nombre d'adolescentes seront enceintes avant la fin de leurs études. À Montréal, le taux de grossesse à l'adolescence demeure stable, autour de 28 pour 1000. Là encore, le phénomène frappe davantage le Sud-Ouest et le Centre-Est (voir tableau T4) : on observe un taux plus élevé dans les territoires de CLSC défavorisés et plus faible dans les favorisés (voir carte C8). Notons aussi que plus de 70 % ces grossesses finissent en interruption volontaire.

Enfin, près du tiers des jeunes de 15 à 24 ans sont touchés par la détresse psychologique. Dans les cas les plus difficiles, la situation peut se détériorer au point d'avoir des idées suicidaires et de passer à l'acte. Les taux d'hospitalisation pour suicide atteignent un sommet chez les adolescentes de 15-19 ans (76 pour 100 000), soit trois fois plus que chez les garçons du même âge.

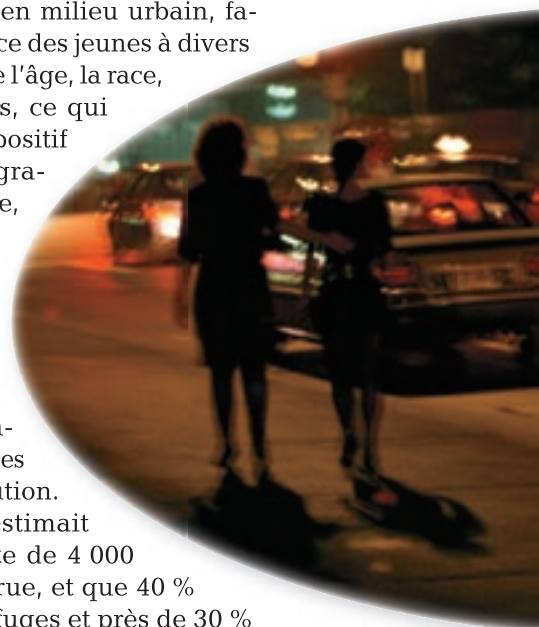
Malgré tous ces phénomènes, la plupart des jeunes ont la chance de vivre au sein d'un noyau

familial, auprès de parents ou de personnes qui cherchent à les aider à bien franchir cette étape de leur vie. Il n'en demeure pas moins que de nombreux parents se sentent démunis et n'ont pas l'impression d'avoir les compétences nécessaires pour y arriver. Sans oublier que les ruptures familiales, de plus en plus fréquentes, sont suivies bien souvent de recompositions familiales. Par ailleurs, en 1996, chez les jeunes Montréalais de 6 à 17 ans, la proportion de ceux vivant sous le seuil de faible revenu passait de 29 % dans les familles biparentales à 65 % dans les familles monoparentales.

Les lieux publics, en milieu urbain, favorisent l'appartenance des jeunes à divers groupes, sur la base de l'âge, la race, les intérêts communs, ce qui peut être un facteur positif de soutien et d'intégration sociale. Par contre, chez les jeunes vivant de l'isolement social, cela peut favoriser la marginalisation, l'exclusion, ou des dérives comme les gangs de rue, la consommation de substances nocives ou la prostitution. En 1996-1997, on estimait que Montréal compte de 4 000 à 5 000 jeunes de la rue, et que 40 % de la clientèle des refuges et près de 30 % de celle des « soupes et centres de jour » était âgée de moins de 30 ans.

Les étapes de la vie adulte : plus de stress, moins de dépression

L'arrivée à l'âge adulte correspond à une étape charnière de la vie où l'individu cherche à réaliser ses aspirations personnelles et professionnelles. Pour ce faire, il sera amené à puiser dans ses ressources pour s'adapter et accomplir les différents rôles sociaux, ceux auxquels il aspire, ou ceux que l'on attend de lui, chez ses proches, sa famille immédiate ainsi que dans son milieu. Que ce soit dans le cadre de sa vie amoureuse, de ses responsabilités parentales, de son intégration au marché du travail, ou encore du passage à la retraite, chacune





de ces étapes constitue autant de périodes critiques qui nécessitent de la part de l'individu des ajustements sur le plan affectif et certaines capacités à faire face à l'adversité.

En effet, le parcours de tout individu est jalonné d'événements heureux, mais aussi d'échecs et d'écueils qui risquent d'ébranler ses capacités d'adaptation et d'intégration sociale.

La vie en ville en contexte de pauvreté peut également nuire à la santé mentale en aggravant les facteurs de stress et les situations défavorables au plein épanouissement des individus. Signalons à titre d'exemples, la faiblesse ou l'absence de soutien social, la déstructuration familiale, l'anonymat des quartiers, la stigmatisation, les difficultés d'insertion sur le marché du travail ou encore le manque d'accès aux services sociaux et de santé. En ce sens, Montréal présente le plus faible revenu personnel moyen des régions urbaines canadiennes et ses résidents affirment y vivre plus de stress : 30 % des gens déclarent vivre du stress par rapport à 21 % à Vancouver (voir figure F14). Le milieu du travail comporte aussi des risques pour la santé mentale. Plusieurs recherches ont démontré que le manque d'autonomie décisionnelle ainsi que le stress ressenti en milieu de travail affectent le bien-être psychologique des travailleurs. Ainsi, les pressions exercées au travail et une autonomie décisionnelle faible ont été associées à la dépression, à la détresse psychologique, à l'épuisement professionnel et à la consommation accrue de médicaments psychotropes. À Montréal, la proportion d'individus jugeant avoir un faible niveau d'autonomie au travail est passée de 44 % en 1992-1993 à 56 % en 1998. Le niveau d'autonomie est plus bas chez les femmes ainsi que chez les 15-24 ans.

La perception de son état de santé mentale est un bon indicateur de la morbidité et de l'incapacité des individus. En 1999, un peu plus de 6 % des Montréalais ne se

percevaient pas en bonne santé mentale. Une autre étude menée en 1998 montre qu'environ 20 % des Montréalais se classaient dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique. Il s'agit d'une situation très préoccupante, sachant qu'une détresse psychologique élevée est associée à une plus forte consommation de médicaments, à un recours plus fréquent aux services de santé, à un niveau de stress élevé et à divers problèmes de santé mentale. Une des conséquences du stress et de la détresse psychologique est la consommation abusive d'alcool et de drogues. À Montréal, une personne sur cinq a consommé de l'alcool de manière abusive en 2002. Cette proportion est à peu près identique à celle des autres régions urbaines, sauf à Toronto.

Du côté des manifestations de souffrance psychique, des données récentes révèlent que près d'un Montréalais sur cinq en présente, dont plus de la moitié (11 %) souffrent d'une dépression majeure, d'un trouble anxieux ou d'un trouble lié aux drogues ou à l'alcool. Fait à souligner, la proportion de la population présentant des risques de dépression demeure la plus faible à Montréal (9 %) par rapport aux autres villes canadiennes (13 % à Calgary). Autre constat, les personnes présentant des manifestations d'une souffrance psychique sont peu portées à consulter un professionnel de la santé mentale : elles sont à peine un peu plus de la moitié à consulter et, à cet égard, Montréal se situe dans la moyenne des grandes villes canadiennes (voir figure F14).

Le suicide, qui est une autre manifestation des problèmes d'adaptation, devient une préoccupation de plus en plus grande pour la santé publique. Même si Montréal enregistre le taux de mortalité par suicide le plus faible au Québec, elle affiche le pire bilan parmi les grandes régions urbaines du Canada, dépassant de plus de 50 % Toronto et Vancouver (voir figure F14). C'est chez les hommes de 35-54 ans que les taux sont les plus forts à Montréal. Toujours selon le même clivage géographique, les trois sous-régions les plus touchées sont le Centre-Est, l'Est et le Sud-Ouest (voir tableau T4).

L'adaptation au vieillissement, un défi individuel et collectif

À Montréal, où la proportion d'aînés est plus forte que dans les centres urbains au Canada, une personne de 65 ans peut espérer vivre encore 13 ans sans incapacité (12 ans pour les hommes et 14 ans pour les femmes). Les repères fixant l'entrée dans la vieillesse sont aujourd'hui de plus en plus flous. Lorsque furent établis les systèmes de protection sociale, il y avait convergence entre l'âge de la retraite et le déclin des capacités, quand la personne devrait faire appel à ces systèmes. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Cette période de la vie s'allonge à ses deux extrémités, avec l'espérance de vie qui s'accroît et l'âge de la retraite de plus en plus précoce.

La retraite peut représenter une occasion unique de réalisation personnelle et favoriser un engagement plus grand dans les réseaux familial, social et communautaire. Cette démarche dépend en partie des ressources personnelles dont on dispose à cette période de la vie (revenu, éducation, etc.), mais il est aussi largement tributaire des opportunités offertes aux aînés et des dispositifs mis en place pour faciliter leur intégration et leur permettre de participer activement à la vie sociale.

Certains événements risquent toutefois de mettre à l'épreuve la capacité d'adaptation des aînés et compromettre leur intégration sociale : le deuil du conjoint qui affecte surtout les femmes en raison de la surmortalité masculine a souvent, par delà son impact sur les plans affectif et relationnel, des conséquences sur les modalités de vie. Or, on observe que, parmi les Montréalaises âgées de 65 ans, 45 % et plus vivent seules, et que parmi celles âgées de plus de 75 ans, 47 % vivent sous le seuil de faible revenu. En 1996, ces phénomènes se concentraient davantage dans le centre de l'île. Par ailleurs, les incapacités liées

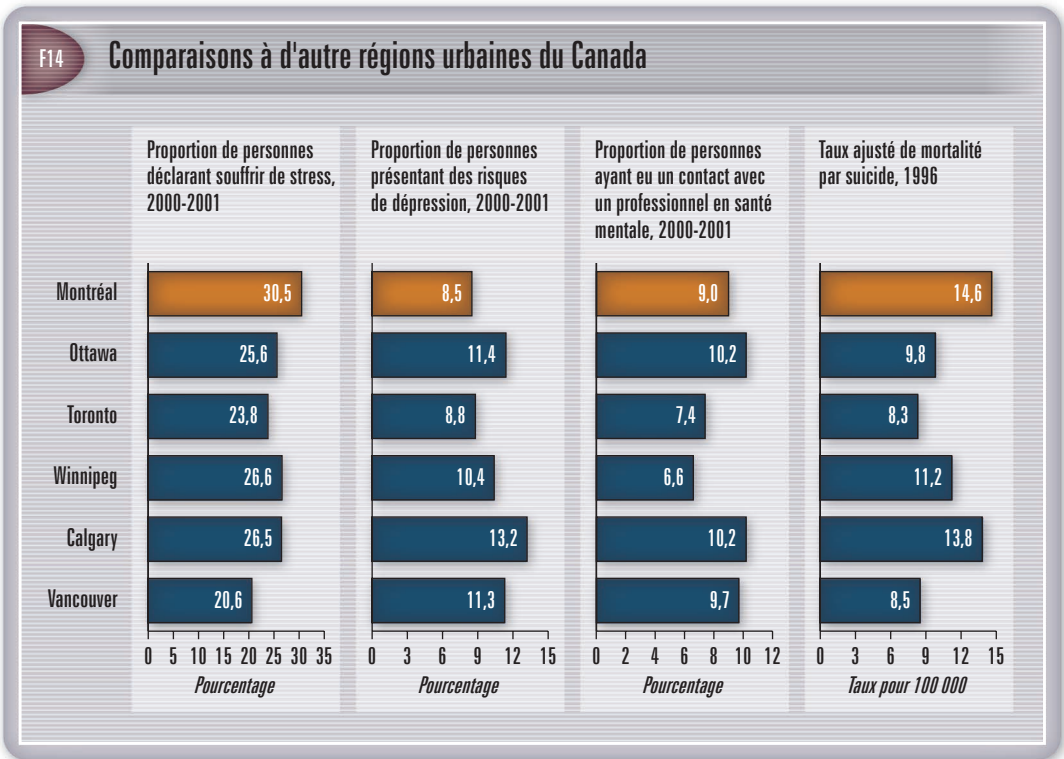
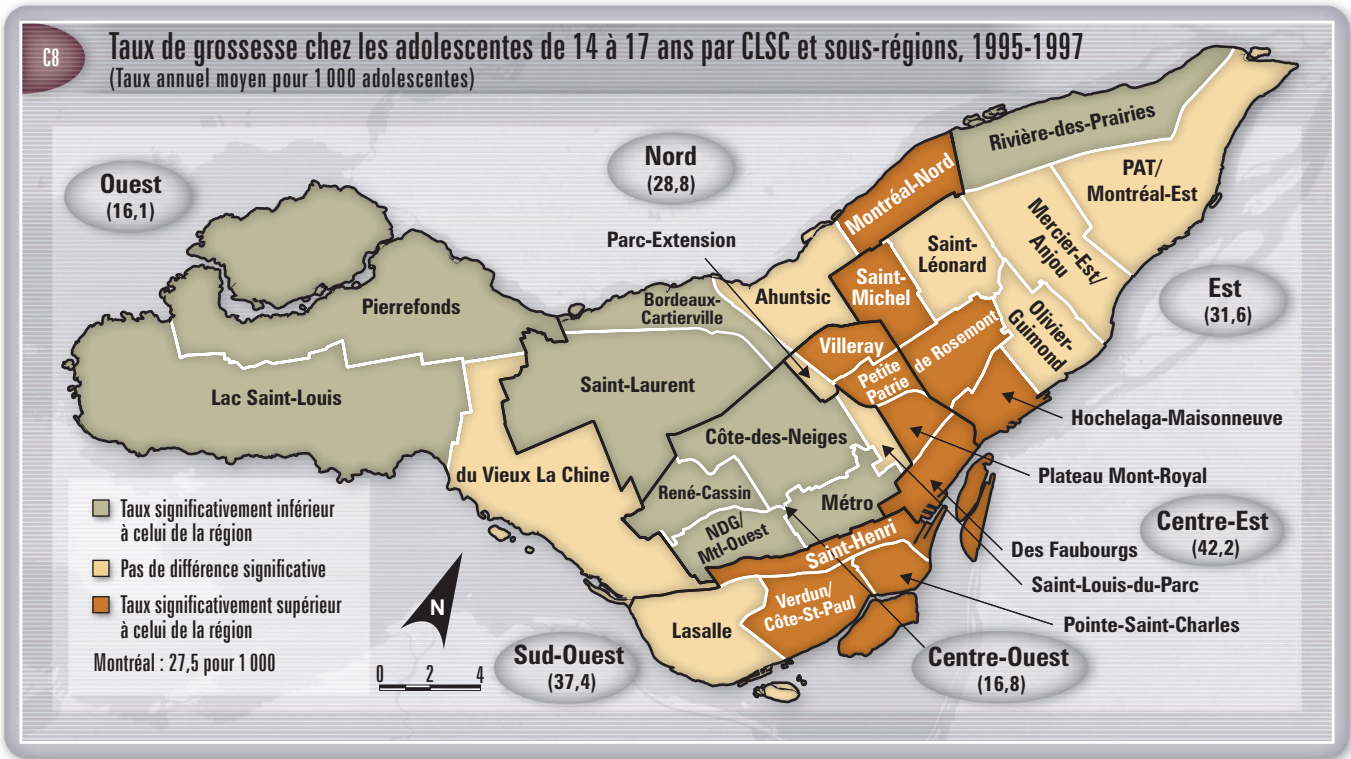
à la mobilité physique, dont la prévalence augmente de façon marquée dans les strates d'âge avancé (17 % pour les 65-74 ans, 29 % pour les 75-84 ans et 49 % pour les 85 ans et plus), représentent également une contrainte sérieuse pour les personnes vieillissantes.

La « réactivité » des infrastructures, politico-économique, sociocommunautaire, sanitaire, etc., et leur capacité à tenir compte des besoins particuliers de cette population sont à cet égard déterminantes pour favoriser l'intégration sociale des aînés. Puisque la très forte majorité des aînés vivent à domicile (96 % des 65-74 ans, 89 % des 75-84 ans et 66 % des 85 ans et plus), l'impératif de la gestion du transport et de l'habitation devient critique pour leur assurer une place dans la ville. Rappelons que 29 % des logements privés sont occupés par un aîné locataire qui doit consacrer 30 % ou plus de son revenu aux frais d'habitation. Soulignons enfin les besoins en matière d'accès à un logement adapté dont nous avons déjà traités dans notre rapport annuel de 1999.

Un lot de bonnes et de moins bonnes nouvelles, selon les étapes de la vie

En somme, le portrait de la problématique de l'adaptation et de l'intégration sociale de Montréal est contrasté, avec son lot de bonnes et de moins bonnes nouvelles, selon les étapes de la vie. En général, les Montréalais s'adaptent assez bien à leur milieu, si l'on en juge par la comparaison avec les grandes régions urbaines du Canada, qui signale toutefois des conditions de vie plus précaires à Montréal. Ces conditions exercent une influence marquante sur les capacités d'adaptation. De plus, l'exacerbation de certains facteurs de risque propres à la vie urbaine, que ce soit l'isolement social, la précarité économique ou la détresse psychologique qui leur est associée, ressort clairement de l'analyse que nous avons menée.





T4

Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Taux de grossesse à l'adolescence chez les 14-17 ans, 1995-1997 (taux pour 1 000)	16	17	29	37	42	32
Taux d'usagers des Centres Jeunesse pour victimisation chez les 0-17 ans, 1998-2000 (taux pour 1 000)	11	13	21	33	24	22
Taux d'usagers des Centres Jeunesse pour externalisation chez les 0-17 ans, 1998-2000 (taux pour 1 000)	10	9	12	21	16	15
Taux ajusté de mortalité par suicide, 1994-1998 (taux pour 100 000)	9	13	14	15	23	17
Taux de délinquants, 2000 (taux pour 1 000)	18	17	24	27	31	25
Taux de délinquants juvéniles (12-17 ans), 2000 (taux pour 1 000)	52	41	55	84	65	67

Thème 4 : Les maladies chroniques

Les maladies chroniques regroupent des conditions affectant divers systèmes de l'organisme qui, en grande partie, sont attribuables à des habitudes et des modes de vie modifiables. Même si on assimile souvent les maladies chroniques à la santé physique, il n'en demeure pas moins qu'elles affectent grandement le bien-être et la capacité de fonctionner. Nous examinerons ici surtout les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, le diabète ainsi que la santé dentaire.

On a déjà bien démontré combien les maladies chroniques sont associées aux habitudes de vie. On a en outre mis en évidence que ces maladies et les habitudes de vie sont aussi liées aux caractéristiques physiques, économiques et sociales des milieux où l'on vit.

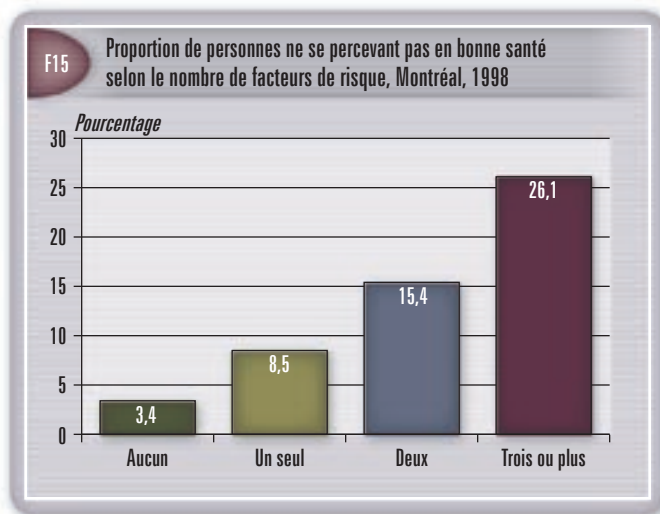
L'association entre la santé physique et l'environnement social, physique et politico-économique peut se démontrer à l'aide de trois exemples : la hausse de la taxe sur le tabac, la mesure qui a eu probablement le plus d'effet sur le tabagisme à Montréal dans les années 80 et 90 ; l'accroissement de la consommation de nourriture transformée, riche en gras et en sucre, dont l'impact sur la santé est majeur ; et la configuration des villes qui privilégie les déplacements motorisés et encourage fortement la sédentarité.

Le cumul des facteurs de risque : un impact marquant sur la santé

On analyse habituellement un à un les facteurs de risque dans une population. Pourtant, les risques se trouvent multipliés si un individu cumule plusieurs de ces facteurs. Par exemple, une maladie comme le diabète survient plus souvent chez les personnes vulnérables, sédentaires, ayant une mauvaise alimentation et un surplus de poids, mais plus rarement chez

une personne ne présentant qu'un de ces facteurs. De plus, si le diabétique modifie un seul de ces facteurs, l'intensité de sa maladie et les complications qui s'ensuivent diminuent d'autant.

Plus d'un Montréalais sur 10 présente simultanément trois facteurs de risque et plus¹. Or, plus une personne présente de facteurs de risque, moins la perception de sa santé est bonne. Ainsi, plus de 25 % des personnes ayant trois facteurs de risque se perçoivent en mauvaise santé tandis que, en l'absence de ces facteurs, cette proportion tombe à environ 3 % (voir figure F15). Le revenu va aussi de pair avec le cumul de ces facteurs : 16 % de personnes à revenu faible par rapport à 9 % de celles à revenu élevé présentent trois facteurs de risque ou plus.



La détresse psychologique et la santé mentale vont elles aussi de pair avec ces facteurs de risque : la détresse touche 26 % de celles en présentant trois ou plus, mais 14 % de personnes n'en ayant pas. De même, pour la perception de la santé mentale, les personnes sans facteur de risque ne sont que 2 % à se percevoir en mauvaise santé mentale contre 24 % de celles en présentant trois ou plus.

¹ Facteurs de risque : consommation de tabac actuelle, inactivité physique, mauvaises habitudes alimentaires et excès de poids.

Le tabagisme, une dépendance meurtrière

La consommation de cigarettes, qui est associée à une mortalité précoce, est le facteur de risque causant le plus grand nombre de décès évitables et d'années de vie perdues. La consommation de tabac, qui a un impact à court et à long terme, est à la source de plusieurs types de cancer, de maladies du cœur et de maladies respiratoires.

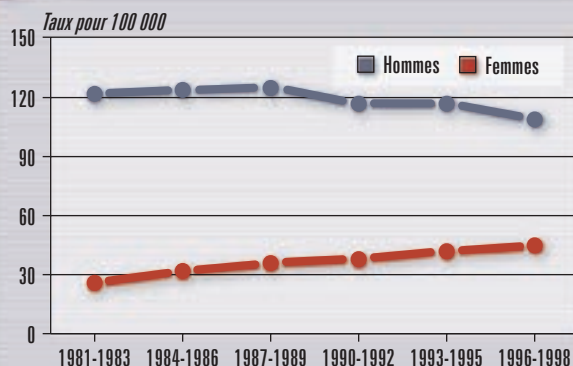
Plus d'un Montréalais sur quatre fumait en 2000-2001. C'est la proportion la plus élevée de toutes les grandes villes canadiennes, et pratiquement le double de celle de Vancouver (voir figure F20). Si, au cours des dernières années, le tabagisme tend à se stabiliser chez les hommes et à diminuer chez les femmes, paradoxalement, ses effets (incidence du cancer du poumon et mortalité par ce cancer, mortalité par maladies pulmonaires obstructives) sont en régression chez les hommes et en progression chez les femmes. Ces effets reflètent le changement des habitudes de consommation dans les années 60 et 70. Le tabagisme est plus fréquent chez les jeunes adultes, chez les personnes

vivant seules, chez les chefs de famille monoparentale ainsi que dans le groupe à faible revenu.

Les conséquences du tabagisme suivent également l'échelle du revenu. L'incidence du cancer du poumon et la mortalité par ce cancer doublent presque entre le groupe à revenu élevé et celui à revenu faible. La carte des CLSC illustre clairement que les plus haut taux d'incidence correspondent

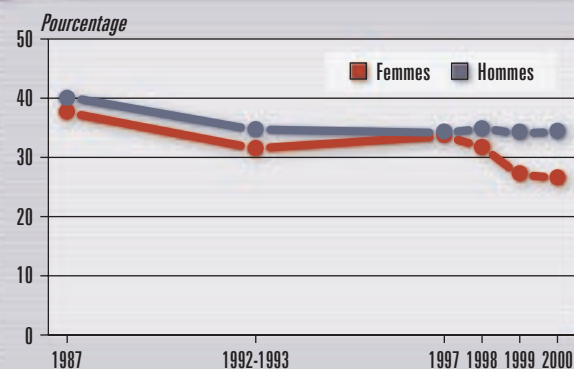


F17 Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon, selon le sexe, Montréal, 1981-1983 à 1996-1998



aux territoires plus démunis et, à l'inverse, le plus bas taux aux plus favorisés (voir carte C9). À l'échelle des sous-régions, le Centre-Est et le Sud-Ouest sont les plus touchés (voir tableau T5). Enfin, dans la comparaison avec les villes canadiennes, la population d'ici est la plus affectée par la mortalité due au cancer du poumon : 50 % de plus qu'à Toronto et 10 % de plus qu'à Winnipeg (voir figure F20).

F16 Proportion de fumeurs actuels selon le sexe, Montréal, 1987 à 2000



Mauvaise alimentation, inactivité, excès de poids : sous haute surveillance

On a déjà démontré que la consommation de fruits et légumes va de pair avec une incidence moindre de plusieurs types de cancer et de maladies du système circulatoire. Aux États-Unis, le *National Cancer Institute* estime que, si l'on consommait au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, les taux de cancer chuteraient de 20 %. Même si seulement 40 % des Montréalais répondent à ce critère, notre bilan se compare

fort bien à celui des villes canadiennes : ce taux de consommateurs varie de 30 % à Winnipeg à 41 % à Ottawa.



On sait aussi que la perception subjective des habitudes alimentaires est un bon indicateur de la qualité de l'alimentation d'un individu. Ainsi, les jeunes hommes et les personnes vivant seules estiment plus fréquemment avoir une mauvaise alimentation. De plus, dans le groupe à revenu faible, presque deux fois plus de gens pensent avoir des mauvaises habitudes alimentaires que dans le groupe à revenu élevé.

Autre facteur préoccupant, la sédentarité qui va croissant et qui est associée au diabète, à l'hypertension, à la dyslipémie², aux maladies du système circulatoire ainsi qu'aux problèmes locomoteurs et au cancer du côlon et du sein. On sait aussi que l'activité physique est bénéfique pour la santé mentale, sa pratique étant associée à une baisse des symptômes de dépression et d'anxiété. Dans les grandes villes canadiennes, la sédentarité est très fréquente, surtout à Montréal et à Toronto où plus de trois personnes sur cinq sont inactives. Le portrait est meilleur à Vancouver, à Calgary et à Ottawa, où plus de la moitié de la population est active (voir figure F20).

Malheureusement, le nombre de personnes inactives, déjà très élevé dans notre région, semble à la hausse. Chez les 15 ans et plus, cette proportion est restée stable entre 1992-1993 et 1998, quand 50 % des gens était inactifs. Mais, en 2000-2001, chez les 12 ans et plus, cette proportion monte à 60 %. Comme on peut le supposer, la sédentarité augmente avec l'âge pour atteindre son maximum chez les plus de 65 ans. La sédentarité est plus fréquente dans les groupes à revenu faible ou moyen

² Il s'agit surtout d'hypercholestérolémie, c'est-à-dire d'un taux de cholestérol trop élevé

Vers un modèle éco-environnemental de la santé

Des recherches récentes démontrent que promouvoir de saines habitudes de vie passe par une intervention efficace sur l'environnement de la personne : en effet, les facteurs environnementaux seraient plus déterminants que les approches traditionnelles cherchant à modifier les connaissances, les habiletés ou les opinions. Ce type d'intervention est qualifié d'éco-environnemental. Cette approche cible quatre catégories de facteurs : la disponibilité de produits et services ; les structures physiques (ou caractéristiques physiques des produits) ; les structures sociales et politiques ; et les messages médiatiques et culturels.

Au printemps 2000, inspirée par ce modèle, la Direction a réalisé une enquête dans les écoles primaires publiques de l'île : dans quelle mesure l'école offre-t-elle aux jeunes l'occasion de pratiquer des activités physiques ?

On a ainsi constaté que les occasions de pratiquer des activités physiques sont très variées : soit le cours d'éducation physique et la récréation, généralisées partout, puis l'heure du midi, le service de garde et les activités parascolaires. Toutefois, les enfants n'ont pas un accès égal à ces activités. À titre d'exemple, 94 % des écoles offrent en moyenne 25 heures de service de garde par semaine, mais moins de six heures sont consacrées à l'activité physique. Par ailleurs, dans les écoles offrant le plus d'occasions d'exercice, les municipalités et les parents portent un intérêt marqué à augmenter la pratique d'activités physiques à l'école.

Dans le même esprit, on a dressé le portrait de l'environnement alimentaire dans 28 écoles secondaires publiques en 2001. On y apprend que les commissions scolaires ont une politique alimentaire visant à acquérir de saines habitudes ainsi qu'à offrir des repas équilibrés et une variété d'aliments sains à la cafétéria. Cette politique interdit ou limite la vente d'aliments à haute teneur en gras, en sucre et en sel. Cette étude fait aussi ressortir quelques constats problématiques. Par exemple, que des cafétérias offrent des frites et que, dans une commission scolaire, les machines distributrices de 80 % des écoles présentent des aliments camelotes.

et chez les femmes, tandis que les familles monoparentales sont plus actives que les autres types de ménages.

La sédentarité conjuguée à une mauvaise alimentation se traduit souvent par un excès de poids, facteur à son tour associé à divers problèmes de santé (diabète, hypertension, dyslipémie, problèmes locomoteurs, problèmes psychologiques). À Montréal et à Toronto, un quart des 20 à 64 ans présente un excès de poids et ce taux atteint presque le tiers à Ottawa, à Winnipeg et à Calgary. Vancouver est la seule à présenter un bilan exceptionnel (voir figure F20).

Ce qui est inquiétant, c'est que l'excès de poids est à la hausse à Montréal. Chez les 15 ans et plus, 26 % de la population présentait un excès de poids en 1998 par rapport à 20 % en 1987. Le facteur de l'âge intervient fortement : chez les 15-24 ans, 10 % de jeunes présentent un excès de poids, et chez les 45-64 ans, c'est plus du tiers. Enfin, il faut noter que les hommes sont plus touchés — environ 30 % contre 22 % de femmes — et que l'on n'observe de tendance précise ni avec le type de ménage ni avec le revenu.

Les maladies chroniques, miroir de nos habitudes de vie

Plusieurs maladies chroniques — le diabète, la cardiopathie ischémique³, les cancers colorectaux, etc. — sont associées aux mêmes facteurs de risque. Par exemple, le diabète survient surtout chez les personnes vulnérables et inactives, ayant un excès de poids et une mauvaise alimentation. Cette maladie est également à la source d'autres problèmes, comme les maladies de l'appareil circulatoire, l'insuffisance rénale, les neuropathies. En 2000-2001, Montréal et Vancouver présentaient les taux les plus

élevés de diabète des grandes villes canadiennes (environ 4 %), et Calgary, la plus faible (3 %).

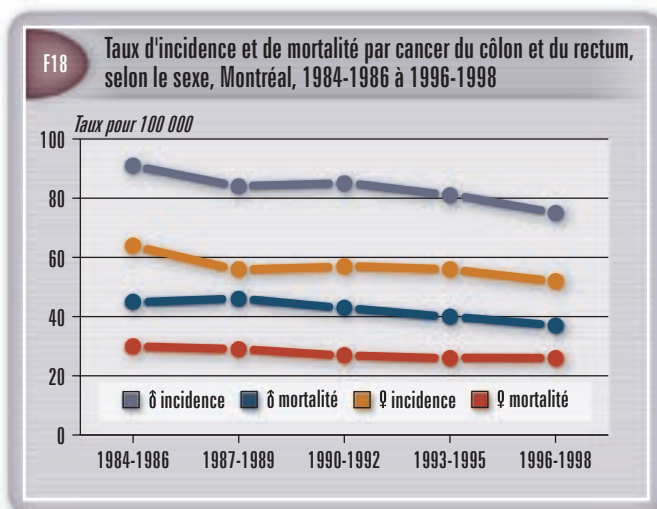
Autre maladie liée à l'excès de poids, l'hypertension est modulée de plus par la susceptibilité biologique de chacun. En 2000-2001, 13 % des Montréalais présentaient un diagnostic connu d'hypertension, soit davantage que les autres villes canadiennes, à l'exception de Winnipeg.

Les décès dus aux cardiopathies ischémiques dépendent eux aussi des mêmes facteurs de risque. En 1996, Montréal et Winnipeg présentaient le plus haut taux de mortalité par ces maladies : à Montréal, les taux étaient de 40 % plus élevés qu'à Calgary ou à Vancouver. Malgré tout, nos taux de mortalité ont chuté sensiblement de 1981 à 1998, soit plus de 30 % chez les hommes comme chez les femmes. La diminution, qui semble constante, pourrait refléter une meilleure prise en charge des patients mais aussi une baisse de l'incidence. Ici encore, comme pour l'incidence du cancer du poumon, le facteur du revenu intervient : le taux ajusté de mortalité par cardiopathies ischémiques suit le gradient du revenu et il double dans le groupe à faible revenu. De fait, à l'échelle des CLSC, les taux supérieurs s'observent dans les territoires moins favorisés (voir carte C10).

On sait aussi que l'incidence du cancer du côlon et du rectum va de pair avec une alimentation faible en fibres, fruits et légumes, mais riche en viande. Ces cancers sont aussi associés à la consommation d'alcool, à l'inactivité physique et au tabac. Il semble que le risque est plus marqué si un individu cumule ces facteurs. Les décès par cancer colorectal dépendent aussi de la qualité du dépistage, du stade du cancer au moment du diagnostic et des soins prodigués. En

En 1996, Montréal et Winnipeg présentaient le plus haut taux de mortalité dus aux cardiopathies ischémiques : à Montréal, les taux étaient de 40 % plus élevés qu'à Calgary ou à Vancouver.

³ Il s'agit surtout de l'infarctus du myocarde et de l'angine de poitrine.



1996, Montréal affichait le pire bilan pour la mortalité par ce cancer parmi les villes canadiennes, soit 60 % de plus qu'à Calgary, qui a le plus faible taux.

Heureusement, on observe une baisse des taux de mortalité pour ce cancer à Montréal, tant chez les hommes que chez les femmes. La baisse de l'incidence pourrait s'expliquer par de meilleures habitudes de vie ou parce que les lésions précancéreuses, c'est-à-dire les polypes, sont traitées plus précocément. Les comparaisons entre sous-régions révèlent aussi que l'Est et le Sud-Ouest présentent un bilan défavorable pour ces deux facteurs (voir tableau T5).

L'enjeu oublié de la santé dentaire

Au cours des 15 dernières années, la santé dentaire des Montréalais s'est nettement améliorée. On note une baisse marquée de la carie chez les enfants de tous âges ainsi qu'une diminution de l'édentation complète chez les adultes.

Malgré cette nette amélioration, il demeure des disparités marquées. La condition dentaire et les habitudes d'hygiène sont clairement moins favorables chez les personnes ayant un bas revenu et chez

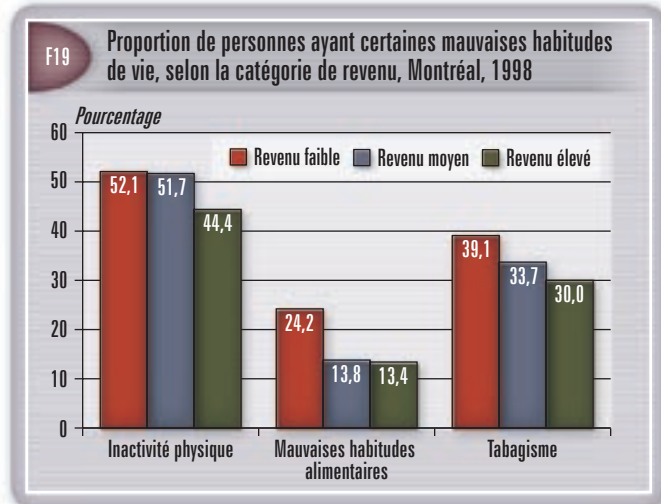
celles ayant un faible niveau de scolarité. Il en va de même de l'édentation complète chez les adultes qui se présente trois à quatre fois plus souvent chez les personnes à faible revenu et à scolarité moindre.

Les enfants de moins de 10 ans et les prestataires de la sécurité du revenu ont accès à un programme universel de soins dentaires assurés par le gouvernement québécois. Pourtant, le recours aux soins varie selon un gradient de revenu et de niveau de scolarité. Aussi est-il décevant de constater que, en dépit de ce programme de soins assurés, les Montréalais fréquentent moins le dentiste que les résidents des autres villes canadiennes. En 2000-2001, 56 % de la population a eu recours au dentiste à Montréal, par rapport à 68 % à Ottawa et 65 % à Toronto.

Des constats négatifs clairs : repenser nos actions

Toutes ces données suggèrent plusieurs constats. En premier lieu, on remarque les conséquences marquantes du cumul des facteurs de risque sur l'état de santé global d'une personne. Si la proportion de fumeurs à Montréal demeure très élevée, surtout si l'on se compare à Vancouver, il

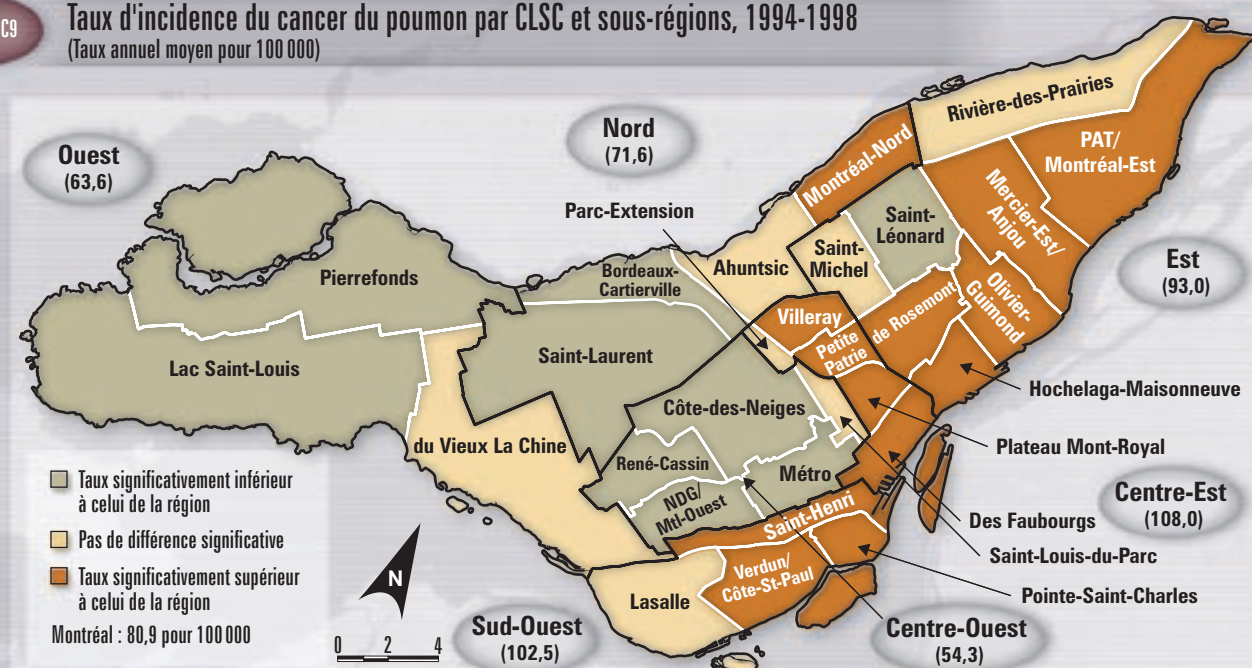
Les Montréalais fréquentent moins le dentiste que les résidents des autres villes canadiennes. En 2000-2001, 56 % de la population à eu recours au dentiste à Montréal, par rapport à 68 % à Ottawa et 65 % à Toronto.



faut toutefois noter que la proportion de fumeuses diminue. Quant à la sédentarité, elle est en hausse ainsi que l'excès de poids, comme ailleurs au Canada. Les Montréalais, toutefois, sont davantage touchés par les maladies chroniques et ils recourent aussi moins souvent aux services de santé dentaire. Enfin, ce qui se dégage aussi de ce bilan, c'est la présence quasi constante de disparités selon le revenu.

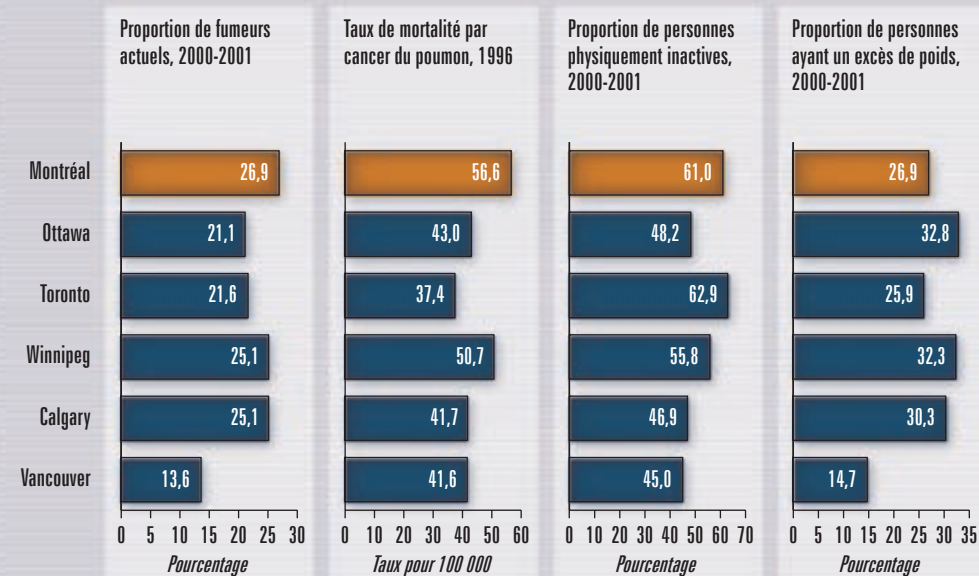
C9

Taux d'incidence du cancer du poumon par CLSC et sous-régions, 1994-1998 (Taux annuel moyen pour 100 000)



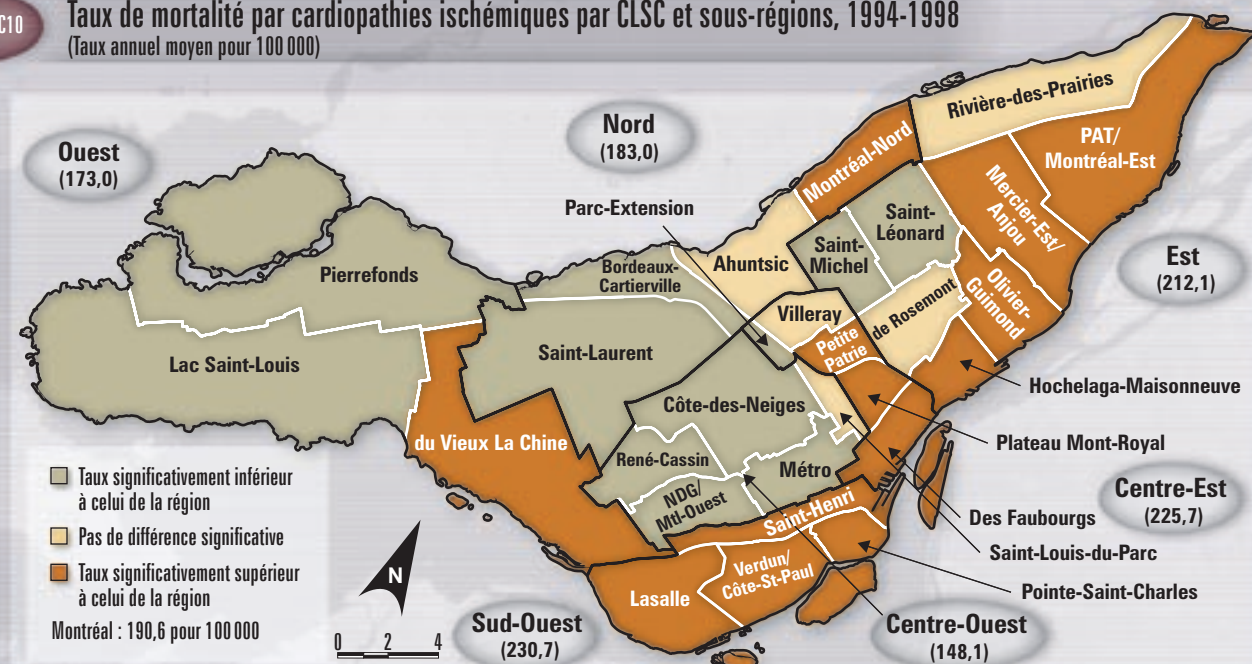
F20

Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



C10

Taux de mortalité par cardiopathies ischémiques par CLSC et sous-régions, 1994-1998 (Taux annuel moyen pour 100 000)



T5

Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon, 1994-1998 (taux pour 100 000)	64	54	72	103	108	93
Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon, 1994-1998 (taux pour 100 000)	58	46	62	90	96	78
Taux ajusté d'incidence du cancer du colon-rectum, 1994-1998 (taux pour 100 000)	61	57	63	64	65	67
Taux ajusté de mortalité par cancer du colon-rectum, 1994-1998 (taux pour 100 000)	29	25	31	37	30	35
Taux ajusté d'incidence du cancer du sein, 1994-1998 (taux pour 100 000)	127	133	123	115	113	116
Taux ajusté de mortalité par cancer du sein, 1994-1998 (taux pour 100 000)	38	39	37	44	41	37

Thème 5 :

Les blessures accidentelles et les troubles locomoteurs

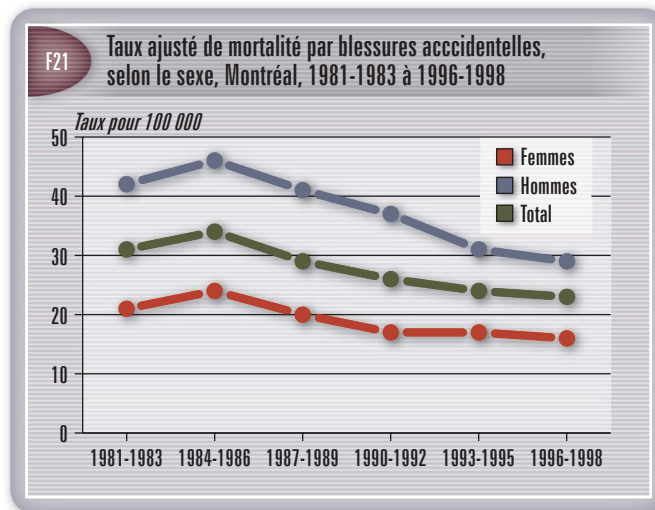
Les blessures accidentelles, tout comme les troubles locomoteurs, ont un impact notable sur la santé des populations. Ces conditions causent en effet des souffrances, des incapacités à court terme et des limitations d'activité, elles déterminent la qualité de vie d'une partie croissante de la population et, en certains cas, résultent en des décès prématurés et évitables. Heureusement, de multiples interventions visant à modifier les comportements individuels et la sécurité des environnements sont possibles et efficaces.

Montréal se démarque favorablement des grandes villes canadiennes au chapitre des blessures accidentelles, qui sont en régression constante. Les politiques publiques et les améliorations de l'environnement physique, technologique et social ont probablement contribué à diminuer la fréquence et l'intensité des blessures résultant d'accidents. Le vieillissement de la population semble toutefois causer une hausse de la morbidité liée aux chutes accidentelles et aux troubles locomoteurs et cette tendance ne pourra que s'accroître, parallèlement au vieillissement.

Les blessures accidentelles : une histoire à succès

Montréal fait très bonne figure avec les plus bas taux de blessures accidentelles parmi les grandes villes canadiennes. Depuis 1984, pour les hommes comme pour les femmes, le taux de mortalité par blessures accidentelles est en baisse constante. Fait inhabituel, les taux augmentent d'est en ouest, Vancouver ayant des taux vraiment élevés (voir figure F22). Montréal affiche aussi le meilleur bilan,

avec Toronto, quant à la proportion de personnes ayant subi une blessure qui cause une limitation d'activité ; elle est en effet pratiquement du double à Calgary, ville la plus touchée par ce problème (voir figure F22).



La prévalence de ces blessures accidentelles est 60 % plus élevée chez les Montréalais que chez les Montréalaises, et les groupes le plus touchés sont les 25-64 ans et les personnes vivant seules. Quant au taux d'hospitalisation des suites de ces blessures, ce sont les sous-régions Sud-Ouest et Centre-Ouest qui connaissent les taux les plus élevés (voir tableau T6).

Moins de blessures dans les transports

La mortalité sur les routes a chuté grâce à un effort de prévention axée sur des interventions dans plusieurs domaines. Des campagnes de publicité ont créé un consensus social sur l'alcool au volant, sur la vitesse et sur le port de la ceinture de sécurité. Plusieurs voies dangereuses ont été corrigées ou sont en voie de l'être. Depuis les années 70, on a renforcé la sécurité des automobiles grâce à diverses innovations techniques et, enfin, les soins d'urgence en traumatologie se sont nettement améliorés.

Montréal affiche le meilleur bilan, avec Toronto, quant à la proportion de personnes ayant subi une blessure qui cause une limitation d'activité; elle est pratiquement du double à Calgary.

Tous ces facteurs ont contribué à réduire de près de moitié la mortalité par accidents de véhicules à moteur entre 1984 et 1998. Mais certains secteurs demeurent bien plus touchés que d'autres. Ainsi, les taux ajustés d'hospitalisation liés aux blessures chez les occupants de véhicules à moteur sont supérieurs dans les sous-régions Est, Sud-Ouest et Nord (voir tableau T6).

La cohabitation piétons, cyclistes et automobilistes est caractéristique de la ville. La forte concentration de piétons et d'automobilistes à Montréal explique probablement pourquoi le taux d'hospitalisation des piétons est, depuis 1989, deux fois supérieur à celui du reste du Québec. Soulignons aussi que ce taux a diminué du tiers. Les piétons les plus à risque sont les personnes de 75 ans et plus, et le risque va aussi de pair avec la baisse de revenu : il double chez les individus à revenu faible. Les plus forts taux d'hospitalisation s'observent dans le Centre-Est (voir tableau T6).

L'engouement pour le cyclisme se maintient à Montréal où le réseau cyclable s'étend sur environ 340 km. Bien que la ville n'ait pas investi récemment dans ce réseau, la plupart des pistes datant des années 70, le parc cyclable est assez développé. Plus d'un demi-million de cyclistes circulent régulièrement et 140 000 se rendent ainsi au travail. La cohabitation vélo-automobile est donc fréquente. Malgré le nombre croissant de cyclistes, et le port du casque qui stagne à 22 %, le taux d'hospitalisation chez les cyclistes a diminué du tiers depuis 1989, et il est légèrement plus

faible que dans le reste du Québec. Les taux les plus forts s'observent chez les 10 à 14 ans, dans la sous-région Centre-Est ainsi que chez le groupe à revenu faible (voir tableau T6).

Les chutes représentent la grande cause de blessures accidentelles chez les personnes âgées. On constate que le taux d'hospitalisation par suite de chutes grimpe à partir de la cinquantaine et qu'il s'agit surtout de femmes, contrairement aux accidents avec véhicule à moteur. Le revenu semble jouer un rôle mineur sur le taux d'hospitalisation.

Chez les 65 ans et plus, les CLSC du centre de l'île connaissent le plus fort taux d'hospitalisation pour chute (voir carte C11), la fracture de la hanche étant l'accident le plus fréquent pour lequel les aînés sont hospitalisés. À Montréal, ce taux se situe dans la moyenne des régions urbaines canadiennes (voir figure F22). Par ailleurs, chez les moins de 15 ans, pour l'ensemble des blessures accidentelles, on observe les taux d'hospitalisation les plus élevés dans les CLSC les plus pauvres (voir carte C12).

Les lésions professionnelles

Les données sur les lésions professionnelles (accidents de travail et maladies professionnelles) portent sur les personnes qui travaillent à Montréal, soit environ un million en 1998, dont le tiers ne résident pas dans l'île. Nos observations ci-après ne touchent donc pas les 11 % de résidents montréalais qui travaillent à l'extérieur de l'île.

En l'an 2000, la CSST⁴ a indemnisé environ 40 000 lésions professionnelles. Il est encourageant de constater que ce nombre a diminué de plus de 34 % entre 1990 et 2000, même si l'on sait que cette baisse s'explique en



⁴ Commission de la santé et de la sécurité du travail

Les taux de lésions indemnisées demeurent stables entre 1997 et 2000, sauf dans le secteur de la construction où le taux a grimpé de 38 %.

partie par la réaffectation des travailleurs accidentés ou malades dans leur milieu de travail. Ces lésions relèvent de deux catégories dans 92 % des cas, d'une part les blessures et troubles traumatiques et, d'autre part, les maladies et troubles du système musculo-squelettique. Pour la première catégorie, la durée moyenne d'indemnisation s'élève à 36 jours et le taux de lésions a baissé de 15 % entre 1994 et 2000 ; pour la seconde catégorie, cette durée s'élève à 50 jours pour l'année 2000 et le taux de lésions demeure stable. Par ailleurs, les troubles mentaux sont de loin ceux qui entraînent les durées d'indemnisation les plus longues, soit 111 jours en moyenne en 2000.

Le personnel masculin subit environ 2,5 fois plus de lésions que le personnel féminin. La fréquence est plus grande chez les moins de 20 ans et elle diminue peu à peu avec l'âge : plus du double chez les jeunes que chez les 60 ans et plus. Inversement, la durée moyenne d'indemnisation augmente avec l'âge, triplant chez les travailleurs de 60 ans et plus. Chez les femmes cette durée est plus longue que chez les hommes.

Trois catégories d'industrie présentent les plus hauts taux de lésions indemnisées soit : le secteur manufacturier (75 pour mille), la construction (80 pour mille) et la santé et les services sociaux (43 pour mille). C'est le secteur de l'enseignement le moins touché (15 pour mille). Les taux demeurent stables entre 1997 et 2000, sauf dans le secteur de la construction où le taux a grimpé de 38 %, avec les durées d'indemnisation les plus longues.

En 2000, on a enregistré 202 accidents se rapportant à une exposition à des agents biologiques. Les chiffres sous-estiment le problème puisqu'on évalue à près de 500 le nombre de personnes qui consultent en moyenne chaque année pour des expositions au sang et à des liquides biologiques.

Les troubles locomoteurs : un problème croissant avec l'âge

Un peu plus de 10 % de Montréalais souffraient de maux de dos en 1998. Ce type de maux se fait plus fréquent avec l'âge (5 % chez les 15-24 ans et 17 % chez les 65 ans et plus), mais la proportion de personnes touchées ne varie pas en fonction du revenu. Entre 1987 et 1998, la proportion d'individus touchés est montée de 9 à 11 %, une hausse qui s'explique en partie par le vieillissement de la population.

L'arthrite et les rhumatismes représentent un groupe de maladies qui touche spécifiquement le système locomoteur. Pour la plupart, ces maladies sont associées au vieillissement bien que des jeunes en soient atteints. En 2000-2001, à Montréal, 13 % de la population déclarait souffrir d'arthrite ou de rhumatismes, soit moins que dans les autres grandes villes canadiennes, sauf Vancouver (voir figure F22). En 1998, on dénombrait 18 % des femmes et 10 % des hommes déclarant souffrir de ces problèmes. La prévalence augmente sensiblement avec l'âge, passant de 4 % chez les 15-24 ans à 36 % chez les 65 ans et plus. Notons enfin que ces problèmes de santé sont aussi liés au revenu, touchant davantage le groupe à revenu faible (17 %) que celui à revenu élevé (12 %).

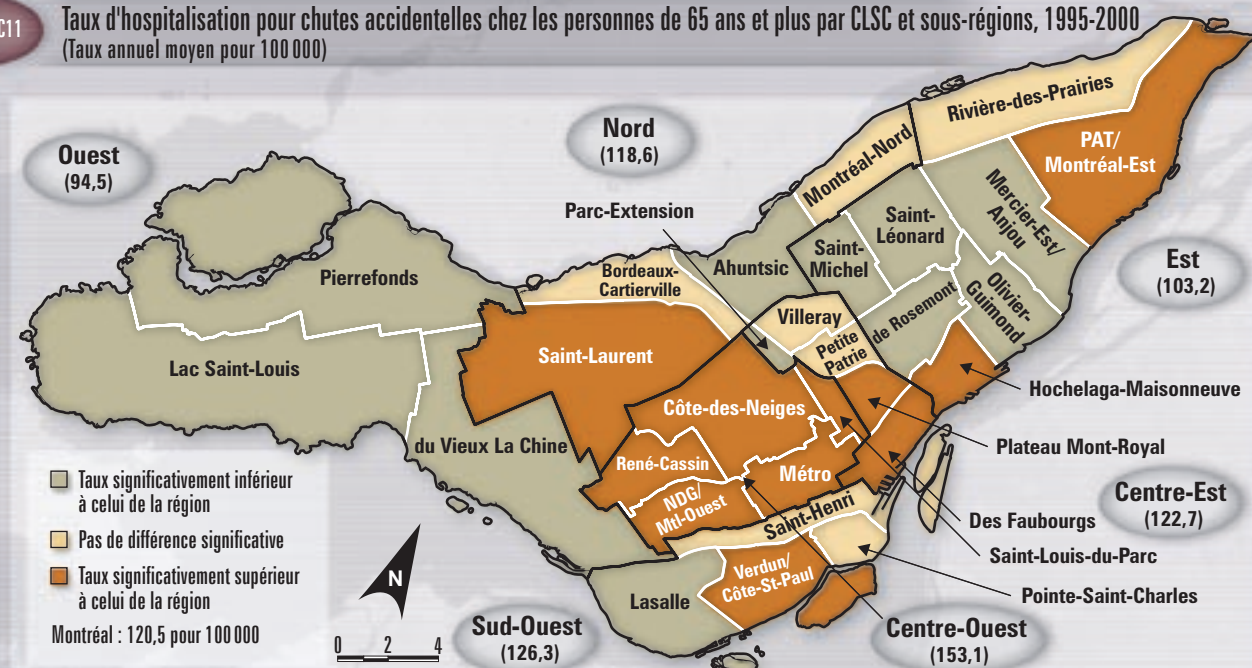
Un portrait assez favorable

C'est un portrait assez favorable que l'on peut donc dresser à Montréal en matière de blessures et de troubles locomoteurs. Les blessures dues aux accidents de la route sont en nette régression, tant chez les occupants d'un véhicule à moteur que chez les piétons et les cyclistes. Les taux ajustés de mortalité par chute accidentelle sont stables, et les taux de lésions professionnelles indemnisées par la CSST demeurent eux aussi relativement stables pour tous les types d'industrie entre 1997 et 2000,

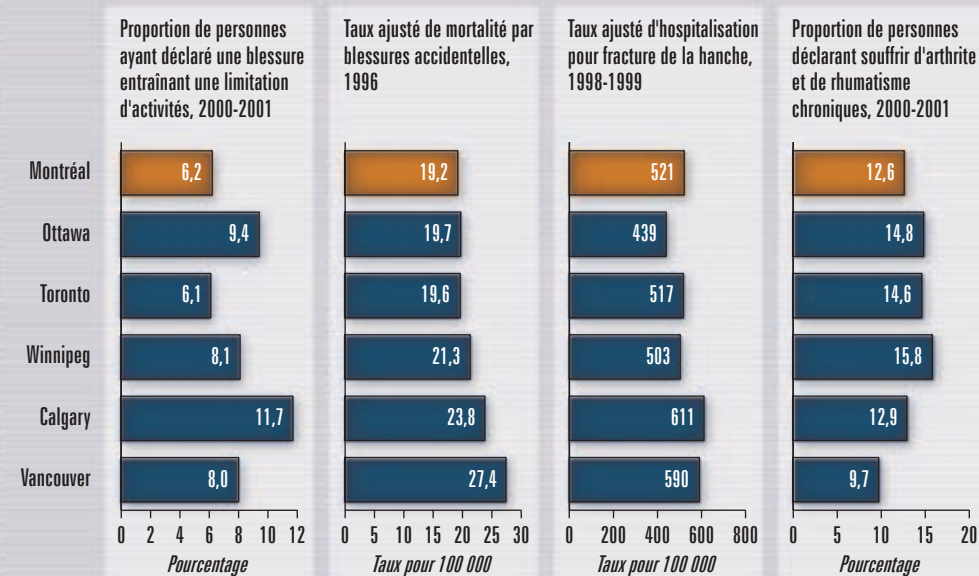


à l'exception de la construction où le taux de lésions est en hausse. Enfin, si l'arthrite et les rhumatismes se font plus fréquents, c'est que Montréal héberge une population vieillissante, mais la ville fait pourtant bonne figure parmi les villes canadiennes à cet égard malgré sa population plus âgée.

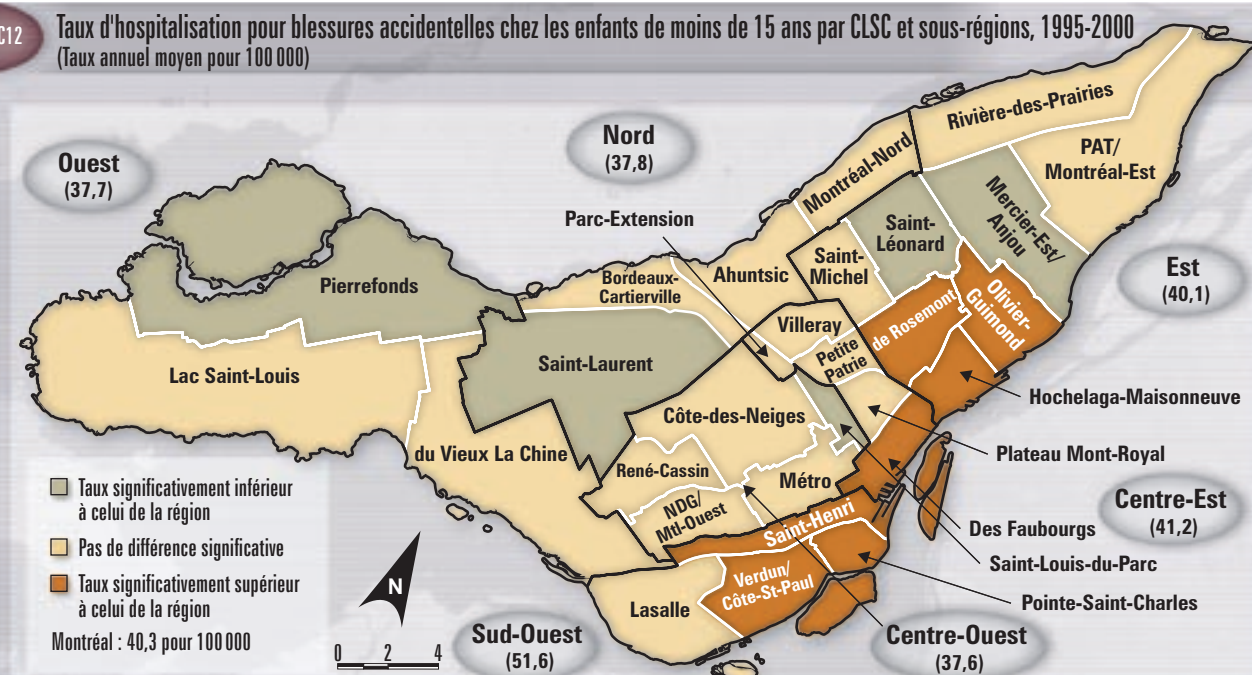
C11 Taux d'hospitalisation pour chutes accidentelles chez les personnes de 65 ans et plus par CLSC et sous-régions, 1995-2000
(Taux annuel moyen pour 100 000)



F22 Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



C12 Taux d'hospitalisation pour blessures accidentelles chez les enfants de moins de 15 ans par CLSC et sous-régions, 1995-2000
(Taux annuel moyen pour 100 000)



T6 Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Taux ajusté d'hospitalisation pour blessures accidentelles, 1995-2000 (taux pour 100 000)	53,9	71,6	61,3	79,1	64,1	63,0
Taux ajusté d'hospitalisation, occupants de véhicules à moteur, 1995-2000 (taux pour 100 000)	2,7	2,4	3,1	3,2	2,7	3,4
Taux ajusté d'hospitalisation, cyclistes, 1995-2000 (taux pour 100 000)	1,2	1,4	1,2	1,9	2,0	1,5
Taux ajusté d'hospitalisation, piétons, 1995-2000 (taux pour 100 000)	0,9	1,7	1,9	1,5	3,1	1,9
Taux ajusté d'hospitalisation pour chutes accidentelles, 1995-2000 (taux pour 100 000)	28,2	34,2	30,2	38,3	33,3	30,6
Taux ajusté d'hospitalisation pour chutes chez les enfants de moins de 15 ans, 1995-2000 (taux pour 100 000)	34,2	33,5	28,1	47,3	28,2	29,9

Thème 6 : Les maladies transmissibles

La vie urbaine met en scène divers facteurs propices à la transmission des maladies infectieuses. La forte densité de population et l'interpénétration des réseaux sociaux amènent des contacts accrus entre les personnes et les groupes dans les grandes villes. De plus, comme les infrastructures sanitaires et commerciales desservent de grands nombres de gens, la contamination du milieu peut donner lieu à des éclosions et des épidémies. Enfin, les personnes socio-économiquement défavorisées sont davantage exposées à un environnement insalubre, ce qui augmente les risques de transmission de maladies infectieuses.

Dans un monde où le transport de pathogènes se fait sur des distances considérables et où les conditions sanitaires varient d'un pays à l'autre, il faut toujours demeurer à

l'affût des éclosions de maladies transmissibles dans un environnement urbain où les populations sont très mobiles.

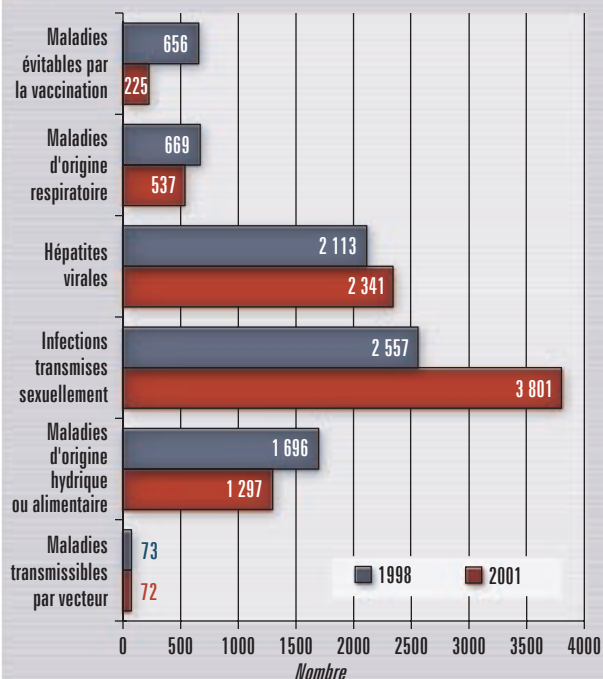
En outre, les incidents récents à Walkerton, en Ontario, ont rappelé le rôle crucial que joue une infrastructure de santé publique bien organisée. À la base de cette organisation, la veille sanitaire, notamment pour détecter les éclosions ou les épidémies et observer l'évolution des maladies. Un élément clé à cet égard est le système des maladies à déclaration obligatoire, les MADO. En effet, dès que surgit un cas, le médecin doit, en vertu de la loi, le signaler aux autorités sanitaires.

Maladies évitables par la vaccination : des gains fragiles

En 1999-2000, de toutes les grandes villes canadiennes, c'est Montréal qui affichait les meilleurs taux ajustés d'hospitalisation pour pneumocoque et influenza chez les personnes de 65 ans et plus (voir figure F25). Cette performance est d'autant plus surprenante que les vaccins contre le pneumocoque ne sont gratuits pour cette tranche d'âge que depuis avril 2000. Le vaccin contre l'influenza, lui, est gratuit depuis plus de 20 ans au Québec pour les 65 ans et plus. Par contre, les aînés ne sont que 57 % (de ceux ne vivant pas en institution) à s'être fait vacciner durant la campagne de 2001-2002. Il s'agit d'un taux encore trop bas, vu que la plupart des études démontrent que l'hospitalisation et la mortalité pour des problèmes respiratoires ou cardiaques diminuent de moitié chez les 65 ans et plus qui sont vaccinés. De plus, le vaccin est en principe facile

En 1999-2000, de toutes les grandes villes canadiennes, c'est Montréal qui affichait les meilleurs taux ajustés d'hospitalisation pour pneumocoque et influenza chez les personnes de 65 ans et plus.

F23 Nombre annuel de nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire, Montréal, 1998 et 2001



d'accès puisqu'il est gratuit pour les plus de 60 ans ainsi que pour les personnes ayant des maladies chroniques.

Grâce à des programmes gratuits et universels offrant des vaccins hautement efficaces, plusieurs maladies qui, il y a 20 ans, causaient un important fardeau de souffrance sont maintenant beaucoup moins répandues. Signalons par exemple la rougeole, l'hépatite B et les infections graves à *Haemophilus*, comme la méningite ou la pneumonie.

Par contre, maintenir la couverture vaccinale à un niveau optimal demeure un défi. En effet, une enquête montréalaise a démontré un risque plus fort que la vaccination des enfants ne soit pas à jour chez les familles à revenu faible ainsi que chez celles qui ne reçoivent pas tous les vaccins auprès d'une même source.

VIH et hépatite C : défis de la prévention et accès aux services

La fin du 20^e siècle a vu réapparaître en force des maladies infectieuses avec l'arrivée du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le VIH est une infection de l'urbanité et de la pauvreté. La grande ville représente un lieu de passage et de vie pour certains groupes marginaux et à risque, comme les personnes vivant de la prostitution ou celles utilisant des drogues injectables.

Selon SurvUDI, un réseau québécois de surveillance du VIH chez les usagers de drogues par injection (UDI), parmi les UDI recrutés dans les programmes de Montréal, 16,5 % sont atteints d'une infection au VIH.

En 1996, on estimait que 11 700 personnes s'injectent des drogues à Montréal, et parmi elles, plus de 600 contractent l'infection au VIH chaque année, soit plus de la moitié du nombre annuel de nouveaux cas estimés, ce qui correspond à un taux d'incidence

de 5 % par an. Si la population d'UDI est assez comparable en nombre à celles de Vancouver et de Toronto, les différences dans l'évolution des épidémies reflètent probablement le mode de consommation de drogues et les conditions propres à chacune de ces villes. Par exemple, Vancouver a connu en 1996 une flambée épidémique avec un taux d'incidence qui a dépassé 18 %, alors que l'incidence était inférieure à 1 % chez les UDI de Toronto entre 1999 et 2000.

Montréal présente quelques particularités. La cocaïne est la substance la plus consommée et le recours à l'injection chez les jeunes de la rue représente un véritable défi de santé publique. L'injection de drogues et les relations sexuelles avec des personnes à haut risque sont les principaux facteurs d'acquisition du VIH parmi ces jeunes âgés de 14 à 25 ans.

Au fil du temps, la toxicomanie s'impose comme un vecteur incontournable des épidémies, non seulement du VIH mais aussi du virus de l'hépatite C (VHC). L'hépatite C est une infection virale du foie qui a des impacts à long terme, puisqu'elle est associée à la cirrhose et au cancer du foie. La transmission du VHC se fait à un rythme rapide chez les UDI : en effet, après trois ans d'injection, 50 % des jeunes de la rue qui s'injectent en sont atteints.

En 1999, on estimait que 30 % des nouvelles infections au VIH au Québec survenaient chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Chez ces derniers, l'incidence de l'infection au VIH semble stable à Montréal et se situe à moins de 1 % par an, contrairement à



La transmission du virus de l'hépatite C se fait à un rythme rapide chez les UDI : en effet, après trois ans d'injection, 50 % des jeunes de la rue qui s'injectent en sont atteints.

Toronto et Vancouver où l'incidence serait en croissance. Cependant, les résultats des études comportementales, corroborés par la recrudescence des infections sexuellement transmises, surtout la gonorrhée rectale et la syphilis, laissent craindre une résurgence de l'épidémie du VIH. Le relâchement dans les pratiques sexuelles préventives serait attribuable en partie à une fausse impression de sécurité depuis l'arrivée des antirétroviraux en 1996.

Enfin, les données de surveillance soulignent aussi la nécessité d'intensifier la recherche et les interventions auprès des Montréalais originaires d'Haïti où le problème connaît une grande ampleur. Un peu plus de 10 % des cas de sida diagnostiqués entre 1979 et 1999 proviennent de cette communauté. Les femmes, surtout celles en âge de procréer, représentent une groupe particulièrement vulnérable auprès duquel les interventions doivent se poursuivre.

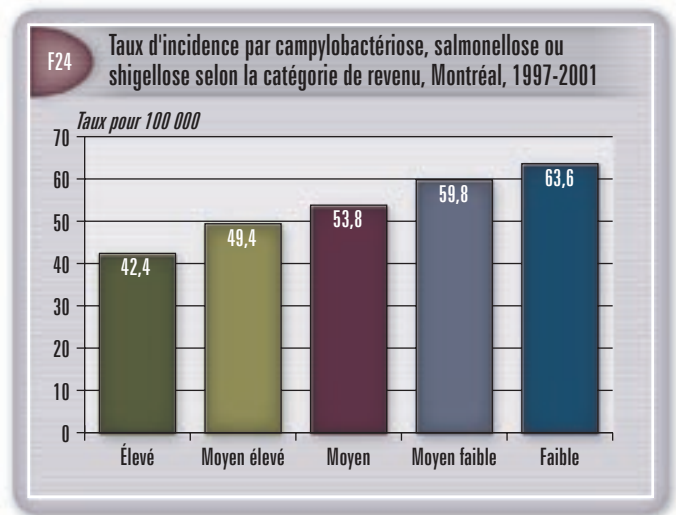
La recrudescence des ITS

Le nombre de cas d'infections transmises sexuellement augmente à Montréal. Par rapport à l'année 1998, on a enregistré en 2001 environ 50 % de plus de nouveaux cas de ITS, surtout la gonorrhée et la chlamydia. De plus, il semble que la syphilis soit en hausse en Amérique du Nord. Les cas augmentent à Montréal depuis l'année 2000 ; ils surviennent surtout chez des hommes ayant eu des contacts sexuels avec des hommes lors de voyages à l'extérieur du Québec ou ayant eu des relations sexuelles anonymes dans des saunas.

Maladies entériques : des disparités géographiques

Les maladies entériques, qui se transmettent surtout de personne à personne ou par la nourriture contaminée, sont plus fréquentes chez le groupe à faible revenu.

Les territoires de CLSC du centre sont les plus touchés tandis que ceux des CLSC périphériques sont les moins touchés (voir carte C13).



Tuberculose : un enjeu toujours actuel

À Montréal, la tuberculose se présente surtout dans les territoires de CLSC qui sont peuplés par une proportion importante d'immigrants (voir carte C14). Ceux-ci en effet proviennent souvent de pays où la tuberculose est endémique. Le territoire du CLSC des Faubourgs présente un cas différent : c'est celui où se concentrent les services pour les personnes sans domicile fixe et les personnes porteuses du VIH. L'incidence de la tuberculose chez ces sous-groupes est habituellement plus élevée. Une constatation rassurante est que le pourcentage de souches résistantes à multiples antibiotiques demeure très faible à Montréal (moins de 1 %). Comme la diminution de l'incidence de la tuberculose peut s'accompagner d'un relâchement de la vigilance de la part des cliniciens et d'un retard à diagnostiquer les cas contagieux, le risque de propagation demeure une source de risque constant en milieu urbain. Les données les plus récentes

Par rapport à l'année 1998, on a enregistré en 2001 environ 50 % de plus de nouveaux cas d'ITS, surtout la gonorrhée et la chlamydia.

Une constatation rassurante est que le pourcentage de souches résistantes à multiples antibiotiques demeure très faible à Montréal (moins de 1 %).

indiquent que le taux observé à Toronto est 50 % supérieur à celui de Montréal et qu'à Vancouver, il est du double.

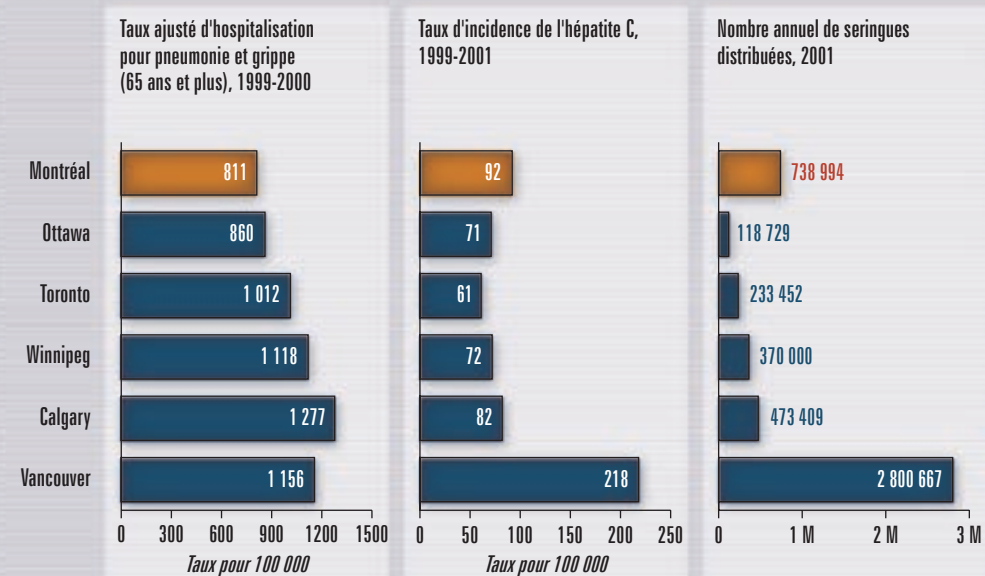
L'impératif de demeurer vigilants

Soulignons d'abord les gains obtenus à Montréal au chapitre des maladies évitables grâce à la vaccination. Du côté du VIH, l'incidence des nouveaux cas ne diminue pas et une réduction marquée de la mortalité due au SIDA entraîne un accroissement de la population vivant avec le virus. L'incidence du VIH demeure préoccupante vu les impacts énormes de la maladie et le fait qu'il existe des moyens de prévention bien connus. Enfin, la progression des cas d'ITS et d'éclosions de syphilis sont autant d'indices qui révèlent la hausse des comportements sexuels à risque et, en conséquence, l'intensification des risques de transmission du VIH. Du côté de la tuberculose, il ne faudrait pas oublier qu'elle demeure présente à Montréal et qu'elle touche en particulier les populations immigrantes.

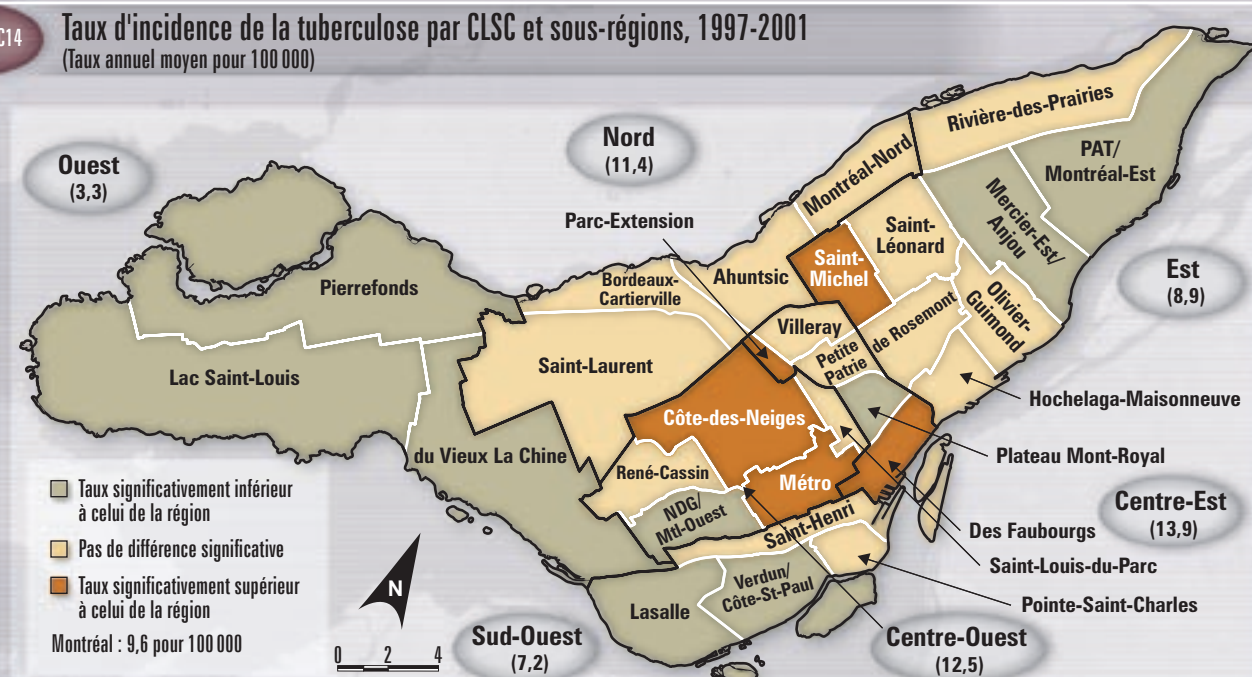
C13 Taux d'incidence par campylobactériose, salmonellose et shigellose par CLSC et sous-régions, 1997-2001
(Taux annuel moyen pour 100 000)



F25 Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



C14 Taux d'incidence de la tuberculose par CLSC et sous-régions, 1997-2001
(Taux annuel moyen pour 100 000)



Thème 7 : Les services de santé

L'infrastructure sanitaire de Montréal offre une grande densité de ressources. On y compte 29 territoires de CLSC, 23 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, 4 centres hospitaliers de soins psychiatriques, 67 centres d'hébergement et de soins de longue durée, 18 centres de réadaptation et 2 centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. La métropole présente également une concentration de soins surspécialisés, avec trois centres hospitaliers universitaires, des centres affiliés universitaires et des instituts sociaux et de santé.

En 2000-2001, ce sont plus de 597 organismes communautaires qui étaient admissibles au Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) de la Régie régionale. De ce nombre, 511 ont été subventionnés à même un budget s'élevant à plus de 53 millions de dollars.

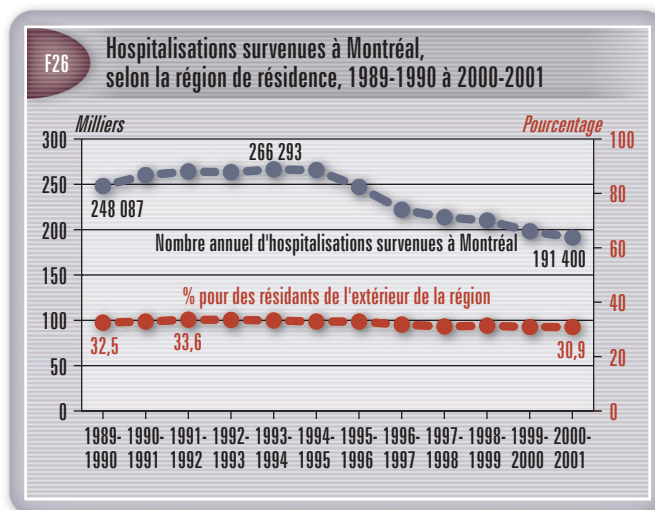
Pour terminer ce portrait de santé, nous abordons ici différents indicateurs relatifs aux services de santé prodigués à Montréal. Les indicateurs présentés ont trait à l'utilisation des services de santé et à l'accès à des soins appropriés et à la satisfaction des attentes de la population.

Le recours aux services : la position charnière de Montréal

Pour décrire le recours aux services, nous présenterons des indicateurs relatifs à la consultation de médecins, à l'utilisation du service INFO-Santé CLSC et aux soins hospitaliers.

En 2000-2001, les Montréalais ont moins consulté le médecin que les habitants des autres villes canadiennes : soit 79 % par rapport à 86 % à Ottawa, ville où cette proportion est la plus élevée. En ce qui a trait au service INFO-Santé CLSC, il semble facilement disponible, son utilisation ne varie pas selon le revenu et, en 1998, environ un individu sur cinq y a fait appel. Il est toutefois surprenant qu'on ne fasse pas

davantage appel à INFO-Santé CLSC dans le groupe à faible revenu, ses besoins en services de santé étant plus marqués.



Les résidents de l'île ont recours presque exclusivement au réseau hospitalier montréalais. Ceux des régions voisines, eux aussi, l'utilisent beaucoup, dans une proportion qui demeure remarquablement constante malgré la chute des hospitalisations survenues à Montréal par suite du virage ambulatoire amorcé en 1994.

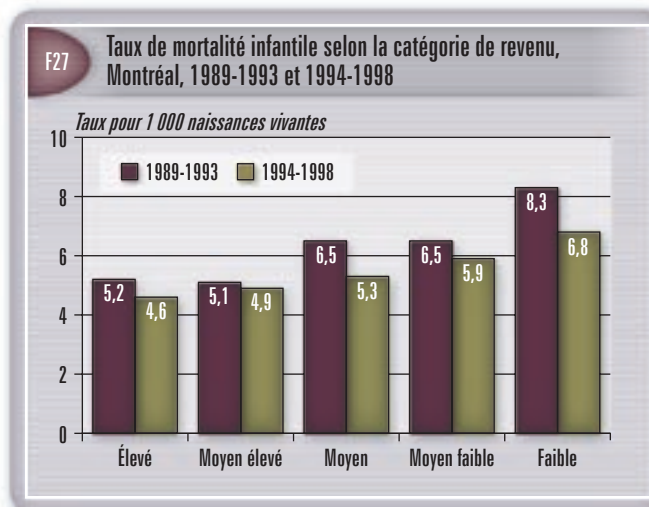
Les coûts que représentent tous ces soins dispensés à des résidents d'ailleurs sont substantiels. En 1998, ils s'élevaient à 20 % pour les services de médecins spécialistes et à 13 % pour ceux des omnipraticiens. En 2000-2001, la population des régions de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de Montérégie absorbait 27 % des hospitalisations en soins physiques de courte durée et 19 % des hospitalisations admises par l'urgence à Montréal (voir carte C15). Le caractère supra-régional des hôpitaux de Montréal

En 2000-2001, les résidents des régions de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de Montérégie absorbaient 27 % des hospitalisations en soins physiques de courte durée et 19 % des hospitalisations admises par l'urgence à Montréal.

devient bien manifeste si l'on calcule que 38 % des hospitalisations dites pertinentes⁵ sont le fait de personnes d'autres régions. Les problèmes de la première ligne des régions périphériques se font aussi ressentir. En effet, le cinquième des hospitalisations évitables était consacré à des résidents de l'extérieur de l'île.

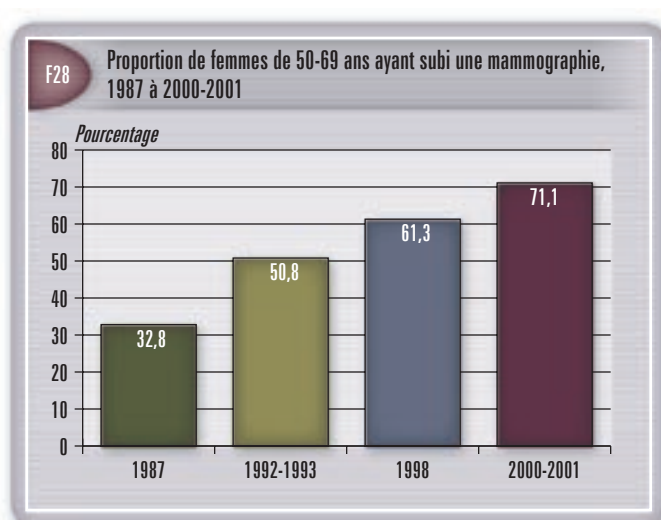
Mortalité infantile : reflet d'une bonne prise en charge de la naissance

La mortalité infantile est un indicateur classique de l'accessibilité aux soins appropriés. Il s'agit surtout du suivi de grossesse et de la prise en charge néonatale, la négligence ne jouant dans ce cas qu'un rôle marginal. Montréal affiche un bon bilan à ce chapitre : en 1996, la mortalité infantile était plus faible que dans toutes les villes canadiennes, à l'exception de Calgary. Malgré la diminution observée pour chacune des catégories de revenu, d'importants écarts persistent ; de même, on observe des disparités marquées selon la sous-région, celle du Centre-Est et de l'Est étant les plus touchées.



Le bilan mitigé du recours au dépistage chez les femmes

On estime qu'on éviterait 90 % des cancers du col de l'utérus si toutes les femmes à risque passaient le test de Pap, comme il est recommandé. Ce cancer est le deuxième en



fréquence pour les femmes dans le monde. Des provinces dont la Colombie-Britannique en 1949, l'Ontario en 2000 et le Manitoba en 2001 ont mis sur pied des programmes systématiques de dépistage. L'Alberta est sur le point de le faire à son tour. La stratégie de dépistage au Québec est dite opportuniste, c'est-à-dire qu'elle repose sur les visites médicales régulières, sans mécanismes de relance ni d'assurance de la qualité comme le fait un programme systématique. Montréal est de fait la région où le dépistage touche le moins de femmes, derrière les autres villes canadiennes (voir figure F31).

La mammographie de dépistage est un bon moyen de détecter précocement le cancer du sein. On estime que la mortalité par ce cancer peut se réduire de 40 % chez les femmes de 50 à 69 ans inscrites à un programme de dépistage. Toutes les provinces ont mis en place des programmes systématiques chez les 50 à 69 ans, d'abord la Colombie-Britannique, en 1988, et le Québec, en 1998, en dernier. On remarque toutefois un gradient Est-Ouest pour la fréquentation de ces programmes. En effet, Vancouver présente la proportion la plus faible de femmes inscrites, et Montréal compte une fréquentation plus forte que l'Ouest (voir figure F31).

La proportion de femmes qui passent une mammographie a considérablement augmenté depuis 1987, et encore plus depuis

⁵ Les interventions dites pertinentes nécessitent une hospitalisation et leurs bénéfices sont importants pour la qualité de vie.

La proportion de femmes qui passent une mammographie a considérablement augmenté depuis 1987, et encore plus depuis l'instauration du programme de dépistage provincial en 1998.

l'instauration du programme de dépistage provincial en 1998. Il faut insister sur le fait que le taux actuel de dépistage — 71 % des femmes y adhèrent —

est suffisant pour qu'il se traduise par une baisse de la mortalité dans les prochaines années.

En 1998, le facteur du revenu influait sur la proportion de femmes qui passaient une mammographie : 10 % de moins de femmes à revenu moyen ou faible participaient au programme par rapport à celles à revenu élevé. Il faudra, dans les années qui viennent, continuer d'observer les tendances par rapport aux disparités sociales.

Les taux de mortalité par cancer du sein pour tous les âges ont diminué de 7 % entre 1981 et 1998 et cette diminution, quoique modeste, est constante. Cette tendance s'explique en partie par le dépistage, mais, à Montréal, les bénéfices ne semblent pas se répartir équitablement selon les sous-régions : celles où les taux d'incidence de ce cancer sont les plus faibles, soit le Centre-Est et le Sud-Ouest, sont également les plus touchées par la mortalité par ce cancer. Il semblerait donc que le dépistage et le traitement donnent des meilleurs résultats dans certaines sous-régions (voir tableau T5).

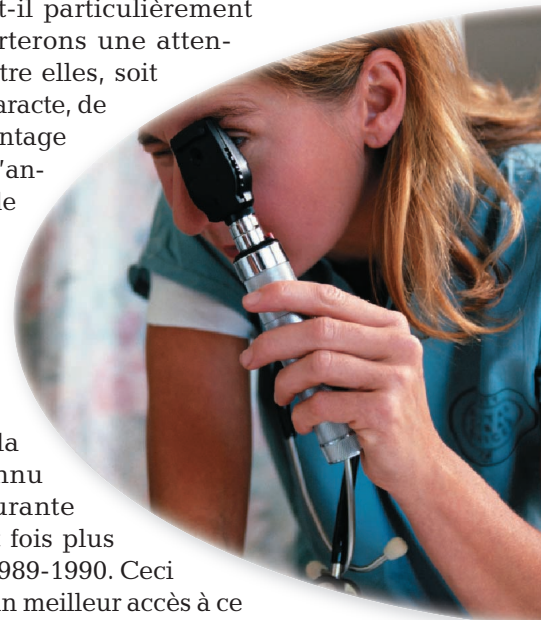
Interventions pertinentes : encore place à l'amélioration

Plusieurs chirurgies augmentent de façon marquée la qualité de vie, aussi l'accès à ces interventions est-il particulièrement approprié. Nous porterons une attention à certaines d'entre elles, soit le traitement de la cataracte, de la rétinopathie, du pontage aorto-coronarien, de l'angioplastie, de la pose de stimulateur cardiaque (*pacemaker*) et du remplacement de la hanche, du fémur et du genou.

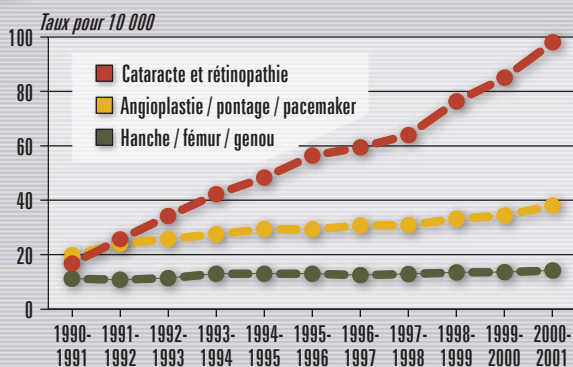
Les chirurgies de la cataracte et de la rétinopathie ont connu une ascension fulgurante à Montréal, soit huit fois plus en 2000-2001 qu'en 1989-1990. Ceci reflète certainement un meilleur accès à ce service. Toutefois, si on examine les sous-régions, le Sud-Ouest présente les taux les plus élevés, et l'Est, les plus faibles (voir tableau T7).

En 1999-2000, les taux ajustés de pontage se comparaient à ceux des grandes villes canadiennes, sauf Vancouver (voir figure F32). Les Montréalais subissaient 10 % moins de pontage que les résidents de Winnipeg, mais 30 % de plus que ceux de Vancouver. Les taux d'angioplastie, de pontage aorto-coronarien et de pose de stimulateur cardiaque ont doublé entre 1990-1991 et 2000-2001 à Montréal de manière linéaire et constante (voir figure F29). Les taux les plus élevés s'observaient dans les sous-régions du Sud-Ouest et de l'Est, et les plus faibles, dans l'Ouest.

Enfin, les taux d'arthroplastie de la hanche et du genou étaient beaucoup plus faibles à Montréal en 1999-2000, que dans les autres villes, sauf



F29 Taux de certaines interventions dites pertinentes, Montréal, 1990-1991 à 2000-2001



Les taux d'arthroplastie de la hanche et du genou étaient vraiment faibles à Montréal en 1999-2000, soit près de trois fois moindres qu'à Winnipeg et deux fois moindres que dans les autres villes, sauf Vancouver.

Vancouver (voir figure F32). Les taux de chirurgie de la hanche, du fémur et du genou ont grimpé de 50 % de 1990-1991 à 2000-2001, ce qui est peu en nombre absolu, par rapport au bond de la chirurgie cardiaque et oculaire (voir figure F29). Signalons que la sous-région Ouest se démarque par le taux plus élevé d'arthroplastie de la hanche et du genou.

Des pratiques plus conformes aux lignes directrices

Certaines interventions sont dites discrétionnaires, c'est-à-dire qu'il demeure une controverse quant à leur pertinence dans certaines indications cliniques. Leur degré d'utilisation varie, mais on recommande habituellement de les diminuer. L'hystérectomie et la césarienne en font partie. Les indications pour l'hystérectomie sont floues et, selon les groupes d'experts, plus de la moitié des cas ne sont pas appropriés. Montréal fait bonne figure à cet égard, avec un faible taux, comme Vancouver (voir figure F31).

Autre intervention considérée discrétionnaire, la césarienne. Les données de 1999-2000 indiquaient qu'à Montréal les taux sont inférieurs à ceux des autres villes canadiennes (voir figure F31). Ces données illustrent qu'en gynécologie, nos pratiques se conformeraient mieux aux recommandations des experts. Il faut toutefois souligner que les indications pour la césarienne ont changé par suite d'une étude en 2000 démontrant que la césarienne baisse la mortalité et la morbidité chez les nouveau-nés se présentant par siège. Une autre étude, en 2001, a démontré l'augmentation de rupture utérine chez les femmes ayant un accouchement vaginal par suite d'une césarienne. Les consensus évoluent et les interprétations données à ces indicateurs devront refléter ces changements.

Hospitalisations et mortalités évitables : un retard persistant

L'hospitalisation dite évitable représente les cas où des traitements appropriés en 1^e ligne ou en 2^e ligne auraient pu éviter l'hospitalisation. Après avoir augmenté

jusqu'en 1994-1995, ces hospitalisations ont diminué par suite de la transformation du réseau pour atteindre leur niveau le plus faible en 2000-2001. Notons aussi que l'Ouest de l'île présente des taux deux fois moindres que le Sud-Ouest ou le Centre-Est (voir tableau T7).

Par ailleurs, plusieurs conditions sont propices aux soins ambulatoires, c'est-à-dire qu'on peut les prévenir ou les traiter adéquatement en clinique externe ou dans la communauté, comme le diabète, des interventions dans le domaine de la santé mentale ou d'abus de drogues, l'hypertension et l'asthme. Montréal affiche à cet égard l'un des moins bons bilans au Canada, tandis qu'Ottawa affiche le meilleur (voir figure F32).

La mortalité évitable correspond à des décès que des traitements prodigués au bon moment et au bon endroit auraient pu éviter. Même si elle a chuté de plus de 40 % en 20 ans, Montréal affiche le pire bilan au Canada (voir figure F32).

Cette situation s'explique essentiellement par une mortalité avant 65 ans nettement plus élevée des suites de cardiopathie ischémique et de maladies hypertensives et vasculaires cérébrales. On note aussi une grande variation selon la sous-région : le Sud-Ouest, le Centre-Est et l'Est ont des taux de 50 à 66 % supérieurs à ceux du Centre-Ouest et de l'Ouest (de 1994 à 1998) (voir tableau T7). La mortalité et la morbidité évitables varient aussi selon le revenu. Les taux dans la population à revenu faible sont 75 % supérieurs à ceux de la population à revenu élevé.

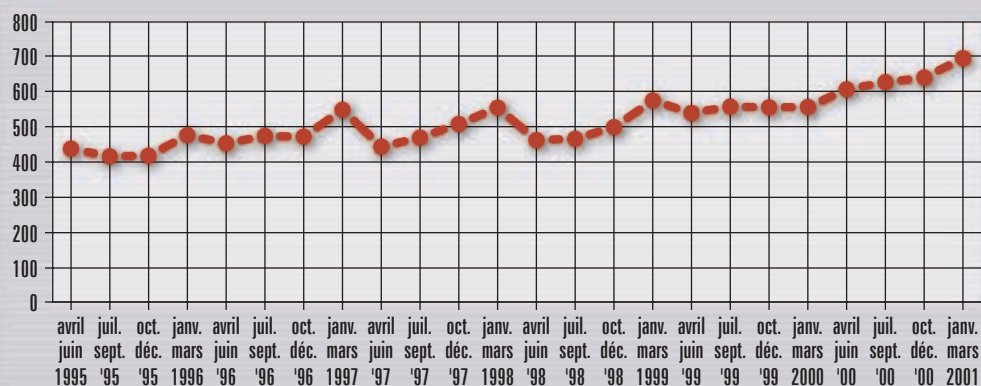
La satisfaction des attentes envers les soins

En 2000-2001, les Canadiens ont été interrogés sur les soins qu'ils croyaient requérir mais n'avaient pas reçu. À ce chapitre, Montréal se situait dans la moyenne

La mortalité et la morbidité évitables varient aussi selon le revenu. Les taux dans la population à revenu faible sont 75 % supérieurs à ceux de la population à revenu élevé.

F30

Nombre quotidien moyen de civières occupées à l'urgence, Montréal, 1995 à 2001



avec 13,5 % de gens déclarant ne pas avoir obtenu les soins qu'ils estimaient nécessiter. Cette proportion est plus élevée à Calgary (16 %) et plus basse à Toronto et à Vancouver (9 et 11 %). Les raisons principales avancées étaient les longues périodes d'attente, l'inaccessibilité des services au moment requis ou encore le fait qu'elles étaient trop occupées pour solliciter des soins.

Deux grands facteurs augmentent l'insatisfaction des usagers, ce sont le temps d'attente avant de recevoir des services et le séjour prolongé à l'urgence. Entre 1995 et 2001, à Montréal, le nombre quotidien moyen de civières occupées à l'urgence s'est accru de 67 %. De plus, la proportion de personnes ayant occupé une civière à l'urgence durant 24 heures ou plus est elle aussi à la hausse : de 22 % en octobre 1995, elle atteignait 36 % en janvier 2001. Ce dernier indicateur suppose que, non seulement les urgences sont davantage utilisées, mais que les patients de l'urgence ne peuvent être admis aux étages où les soins seraient mieux dispensés. De plus, la surpopulation des urgences reflète vraisemblablement diverses lacunes dans

l'organisation des services, notamment la prise en charge des personnes âgées et les soins de santé primaire.

Enfin, du côté des soins de longue durée, le temps d'attente pour accéder aux CHSLD (centre hospitalier de soins de longue durée) est un autre indicateur de la réactivité du système. La durée d'attente moyenne a baissé de 117 jours en 1995 à 54 en 1997. Depuis lors, la durée a de nouveau augmenté pour passer à 70 jours en 1999.

De plus, la forte proportion d'aidantes naturelles qui travaillent sans rémunération traduit l'ampleur de soins à domicile non couverts ou inaccessibles à une partie de la population : à Montréal, elles sont 14,5 % à avoir offert de l'aide aux personnes âgées. Cette proportion se compare à celle de Calgary et de Vancouver, mais elle est plus faible qu'à Toronto ou à Winnipeg qui affichent des proportions de 19,1 et 18 %. Enfin, on estime que près d'un tiers des personnes de 65 ans et plus avec incapacités ont des besoins non comblés, soit qu'elles ne reçoivent pas d'aide, soit qu'elles ont besoin d'aide additionnelle.

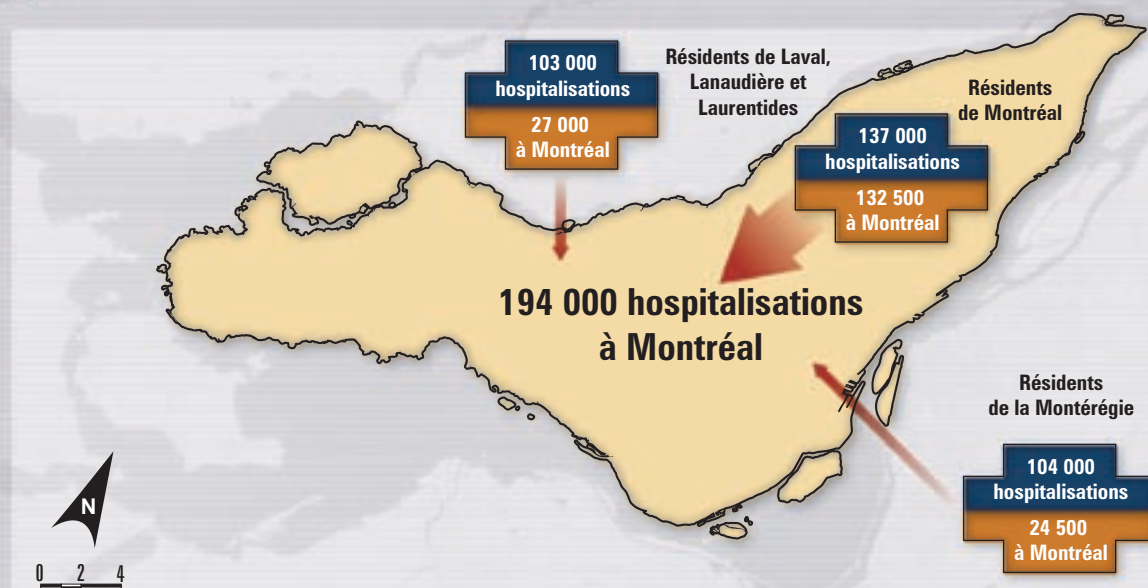
Un bilan mitigé

Si on examine le portrait de services dans son ensemble, on constate que près du tiers des soins de santé à Montréal profite aux résidents de l'extérieur de l'île. D'un côté, Montréal enregistre le plus faible taux de

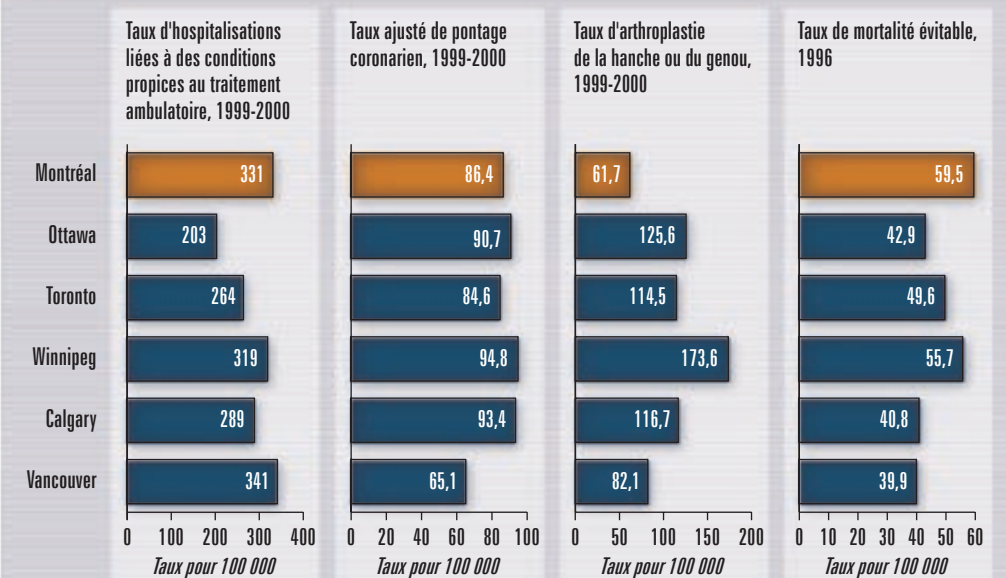


femmes qui ont recours au test Pap, de l'autre, la mammographie est de plus en plus répandue, et l'on observe parallèlement une baisse de la mortalité par cancer du sein. Du côté des interventions pertinentes, l'arthroplastie de la hanche et du genou se pratique moins souvent à Montréal que dans les grandes régions urbaines du Canada. En outre, un défi demeure du côté de la mortalité évitable : même si elle est en baisse constante depuis 20 ans, Montréal demeure en tête parmi les grandes villes du Canada. Un bon point pour Montréal toutefois, avec ses taux de mortalité infantile particulièrement bas, et qui continuent de se réduire. Enfin, il faut aussi rappeler que, depuis 1995, l'achalandage en salle d'urgence augmente de manière sensible et constante.

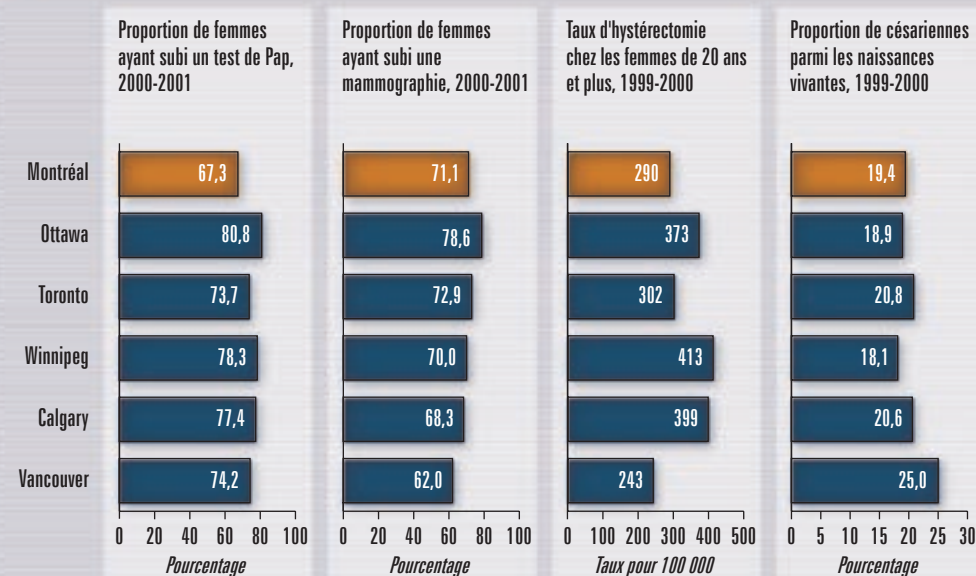
C15 Hospitalisations en soins physiques de courte durée selon la région de résidence, 2000-2001



F32 Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



F31 Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada



T7 Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Taux d'hospitalisation évitable, 1995-2000 (taux pour 100 000)	33,4	51,4	57,1	71,0	63,4	59,2
Taux de mortalité évitable, 1994-1998 (taux pour 100 000)	48,2	46,8	61,8	77,6	75,7	69,3
Taux ajusté d'interventions pertinentes, 1995-2000 (taux pour 100 000)	112,5	116,9	113,8	126,7	111,0	109,0
Taux ajusté de remplacement de la hanche, du fémur ou du genou, 1995-2000 (taux pour 100 000)	16,2	14,1	13,2	13,7	11,7	12,1
Taux ajusté de pontage coronarien, d'angioplastie ou d'implantation d'un pacemaker, 1995-2000 (taux pour 100 000)	27,5	31,0	30,0	34,2	32,1	34,1
Taux ajusté d'interventions pour la cataracte ou la rétinopathie, 1995-2000 (taux pour 100 000)	68,8	71,8	70,6	78,8	67,2	62,8

A large crowd of people is gathered in an urban setting at night. In the background, a tall, modern building with many lit windows stands prominently. The scene is illuminated by streetlights and the building's lights, creating a vibrant atmosphere. A large, semi-transparent yellow circle is overlaid on the upper right portion of the image, containing the title text. A smaller, semi-transparent purple circle is overlaid on the middle right portion, containing the number 3.

Le défi de la santé urbaine

3



3 Le défi de la santé urbaine

E

N CE DÉBUT DE 21^E SIÈCLE, les populations se concentrent dans les villes, y vivent et y travaillent. Montréal compte pour le quart de la population québécoise, mais la moitié de celle-ci gravite autour de la métropole, qui constitue le cœur battant de la collectivité québécoise moderne. Nous avons constaté que cette notion de ville moderne évoque deux images fort distinctes. La première est celle de la ville dynamique, d'un centre cosmopolite d'activité économique, culturelle et intellectuelle, avec ses quartiers animés et hauts en couleur. L'autre est plus troublante : c'est celle du béton, de l'insécurité, de la précarité, des foyers de pauvreté et de marginalité, de l'air vicié et de l'anonymat.

C'est dans ce contexte de paradoxes que nous proposons notre analyse de la santé urbaine à Montréal. La ville, zone trouble ou oasis de développement, c'est à nous tous qu'il appartient de choisir. Or, pour exercer ces choix, les informations disponibles nous permettent déjà de dégager des orientations et des perspectives d'action que nous exposerons dans leurs grandes lignes ci-après.

La contribution du réseau montréalais de la santé et des services sociaux

Partie intégrante de la réalité urbaine, le système de santé doit impérativement atteindre ses objectifs, compte tenu des ressources que la société y consacre. À l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), nous entendons par système de santé toutes les actions dont l'objectif explicite est d'améliorer la santé de la population.

Que peut-on dire de la performance du système de santé montréalais ? Le tableau ci-après présente certains faits saillants de notre analyse. Nous l'avons élaboré en nous appuyant, non seulement sur les données présentées dans le présent rapport, mais aussi en reprenant un ensemble d'analyses provenant de nos recherches ainsi que d'autres travaux évaluatifs réalisés à la Régie régionale. Nous avons regroupé ces informations en nous inspirant du cadre proposé par l'OMS.

Sur le plan de la santé, la population montréalaise jouit d'un état de santé enviable à l'échelle internationale, mais elle se compare de manière plutôt défavorable aux autres grandes villes canadiennes. L'explication principale tient à des inégalités sociales de la santé très évidentes, qui se traduisent sur le territoire de l'île par un clivage Nord-Ouest / Sud-Est.

En ce qui concerne la réactivité du système de santé, c'est-à-dire sa capacité à répondre correctement et en temps opportun aux besoins et aux demandes de la population, elle se situe indubitablement à un niveau élevé. Cela est encourageant étant donné la pression due, non seulement aux réalités urbaines que nous décrivons, mais aussi à la sollicitation provenant des régions voisines. C'est surtout l'ampleur de son infrastructure et de ses services spécialisés qui distingue la région. Par contre, l'éclatement des services de première ligne et la fragilité des services préventifs demeurent une vive source de préoccupation. Autre point à souligner : l'accessibilité

universelle aux services de santé compense en partie les inégalités sociales de la santé observables à Montréal.

En matière de financement, on constate que le système demeure globalement très coûteux et semble devoir requérir toujours davantage de ressources. De fait, le système de santé montréalais repose sur une infrastructure institutionnelle considérable qui attire d'importants volumes de clientèle, présentant une foule de problèmes complexes et parfois évitables. Les établissements spécialisés éprouvent de plus certaines difficultés à collaborer avec les autres niveaux de services à l'intérieur et à l'extérieur de la région, ce qui explique une partie de leurs difficultés budgétaires. Enfin, on dénote des inégalités d'accès plus marquées aux services non assurés, comme dans le cas des services de santé mentale, de santé dentaire et de certains services de réadaptation.

En somme, la collectivité investit des fonds substantiels dans son système de santé et, pourtant, il ressort nettement de nos analyses que nombre d'améliorations demeurent possibles, sinon souhaitables. Ces améliorations sont nécessaires, mais elles ne suffiront pas. En effet, le système de santé ne peut combler à lui seul les besoins considérables découlant de la réalité actuelle de santé urbaine à Montréal. À nos yeux, les observations regroupées dans ce rapport doivent non seulement mobiliser le réseau de la santé et des services sociaux, mais elles doivent aussi interpellier nos partenaires régionaux, métropolitains et nationaux. Le développement du capital-santé de la métropole est une responsabilité partagée qui exige que tous participent au choix des meilleures solutions et à leur déploiement.

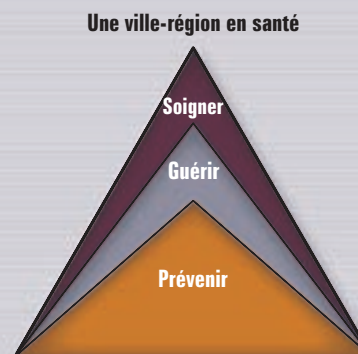
L'accessibilité universelle aux services de santé compense en partie les inégalités sociales de la santé observables à Montréal.

Le développement du capital-santé de la métropole est une responsabilité partagée qui exige que tous participent au choix des meilleures solutions et à leur déploiement.

	Constats	Équité au sein de la population
État de santé	• Espérance de vie parmi les plus élevées au monde, mais moindre que les grandes villes canadiennes • Par rapport aux villes canadiennes, surmortalité pour les maladies chroniques, mais le meilleur bilan pour la mortalité par blessures accidentelles • Taux d'incapacité moindre qu'ailleurs au Canada • Habitudes de vie défavorables à la santé à des niveaux préoccupants	• Capitale des inégalités sociales au pays • Problèmes de santé surreprésentés parmi les groupes vulnérables, eux-mêmes surreprésentés à Montréal
Réactivité du système de santé	• Montréal, pierre angulaire des services de santé spécialisés au Québec • La vocation suprarégionale se maintient dans le contexte de réduction des ressources • Difficultés dans l'organisation des services ambulatoires et de 1^{re} ligne par rapport aux grandes villes canadiennes • Collaborations complexes et intégration insuffisante des composantes du réseau • Recul des services préventifs au cours des dernières années • Pression continue et qui s'accroît sur les salles d'urgence • Niveaux de satisfaction élevés des citoyens, mais à la baisse	• Obstacles à l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles et les groupes marginalisés • Problèmes d'adéquation, en particulier pour les aînés en perte d'autonomie, les personnes présentant des maladies chroniques et des troubles de santé mentale • Pas de réduction significative des écarts socio-économiques en fait d'utilisation des services hospitaliers ces dernières années
Financement	• Concentration des dépenses et des déficits à Montréal • Investissement minimal en prévention	• Accès universel indépendamment du revenu grâce à un mode de financement public fondé sur la fiscalité • Problèmes d'accès liés au revenu pour les services non couverts par le régime public

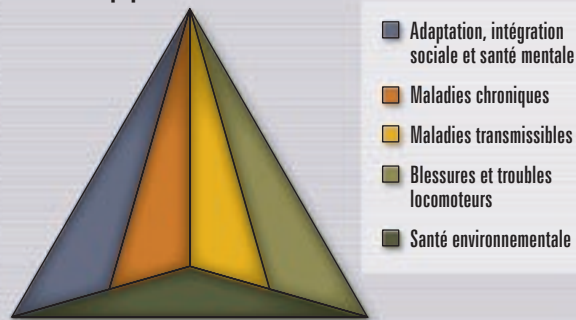
Prévenir, guérir, soigner : trois objectifs pour orienter l'action

Comme nous l'avons évoqué au chapitre un, trois objectifs primordiaux doivent guider notre action : *prévenir*, afin de permettre aux personnes dont l'état de santé est très bon ou excellent de le maintenir ; *guérir*, par le biais d'interventions précoces et efficaces pour rétablir la santé quand celle-ci est menacée ; et *soigner*, qui exige de recourir à des approches thérapeutiques visant, non pas à supprimer le problème, mais plutôt à améliorer la capacité à composer avec celui-ci.



Cinq thèmes pour structurer l'action

Amélioration de la santé
de la population montréalaise



En vue de faciliter l'identification des défis prioritaires et le passage à l'action, nous présentons nos principales observations sous les cinq grands thèmes de la santé publique, soit l'adaptation, l'intégration sociale et la santé mentale ; les maladies chroniques ; les blessures accidentelles et les troubles locomoteurs ; les maladies transmissibles ; et l'environnement. Voyons de plus près les défis à considérer pour l'objectif *prévenir*.

Adaptation, intégration sociale et santé mentale

Soulignons d'abord l'importance du cumul des facteurs de vulnérabilité chez certains groupes, notamment les groupes en situation de précarité et les nouveaux arrivants exposés aux stress du changement.

Si l'on examine la situation des enfants et des adolescents, il ressort clairement que nous devons leur offrir des conditions de vie propices à leur développement, en particulier par le biais du soutien au rôle parental. Ce soutien doit être intensifié auprès des parents présentant plusieurs facteurs de vulnérabilité, comme les parents adolescents, les parents isolés et ceux vivant en situation de pauvreté. D'autant plus que le soutien au rôle parental constitue un facteur privilégié de protection.

À l'âge adulte, les événements de la vie et les transitions accroissent la probabilité de connaître des épisodes de détresse émotionnelle pouvant entraîner divers problèmes

d'adaptation sociale et de santé mentale. Cette dynamique s'amplifie par la présence en milieu urbain de stress particuliers, dont la faiblesse ou l'absence de soutien social, la marginalisation et l'exclusion. En collaboration avec la collectivité montréalaise, il faut mettre en place des conditions susceptibles de minimiser les facteurs de stress et d'augmenter la capacité à faire face aux situations difficiles, par exemple la conciliation des impératifs liés à la famille et au travail.

Enfin, le vieillissement de la population montréalaise offre de nombreuses opportunités pour favoriser l'intégration sociale des aînés. Compte tenu qu'ils vivent, en très forte majorité, en dehors des institutions de santé, il faut veiller à préserver leur autonomie le plus longtemps possible, tout en soutenant adéquatement les familles et les intervenants qui leur viennent en aide. Dans la même optique, l'action concertée sur les déterminants de l'intégration sociale que sont le logement et le transport devient un enjeu majeur pour assurer la juste place et la participation sociale des aînés dans la ville.

Maladies chroniques

Les habitudes de vie, dans l'optique de prévenir les maladies chroniques, demeurent hautement problématiques puisque les tendances environnementales vont dans le sens opposé aux attentes. On le voit surtout avec la sédentarité et l'excès de poids. On n'a qu'à penser aux machines distributrices dans les écoles, à la réduction des heures d'éducation physique et à l'augmentation des loisirs passifs. Il pourrait en résulter une évolution inquiétante des maladies chroniques qui hypothèquent déjà lourdement nos services de santé. Ceci, à son tour, pourrait compromettre notre capacité à atteindre l'objectif de compression de la morbidité, essentielle au maintien en santé d'une population vieillissante. Au-delà des approches

*Les
habitudes
de vie demeurent
hautement problématiques
puisque les tendances environ-
nementales vont dans le sens
opposé aux attentes.*

**Comme
collectivité,
nous n'avons pas pris
l'habitude d'analyser les
décisions à prendre à propos
du cadre de vie dans l'optique
de la santé.**

éducatives s'adressant à la population, aux personnes à risque ou malades, il faut en premier lieu diriger nos efforts vers l'aménagement du milieu de manière à encourager des habitudes de vie favorables.

L'environnement devra enfin être de plus en plus perçu comme le creuset à l'intérieur duquel se façonnent les décisions et les comportements individuels. Le cadre de vie peut être aménagé de manière à protéger la santé des gens sans qu'ils aient à faire d'efforts particuliers (par ex., interdiction de fumer dans les lieux publics) ; on peut aussi faciliter les décisions favorables à la santé (choix d'aliments sains à la cafétéria ou aménagement de pistes cyclables). Comme collectivité, nous n'avons pas pris l'habitude d'analyser les décisions à prendre à propos du cadre de vie dans l'optique de la santé. Beaucoup de gains pourraient résulter d'une telle approche, permettant ainsi d'évoluer vers une ville en santé.

Première habitude de vie très néfaste, le tabagisme, dont le contrôle constitue sans conteste une priorité. L'initiation au tabac chez les jeunes, phénomène très sensible au coût du tabac, demeure un défi majeur de la prévention primaire. D'ailleurs, la poussée du tabagisme chez les jeunes filles, qui avait été observée au début des années 90 et qui s'est atténuée depuis, nous rappelle que l'intervention est possible même si les acquis sont souvent fragiles. Autre fait encourageant, la récente diminution du tabagisme chez les femmes adultes, laquelle ne s'accompagne pas malheureusement d'un phénomène semblable chez les hommes. Cette différence liée au genre doit demeurer un objectif pour la poursuite des efforts de lutte contre le tabac. Les démarches en vue d'organiser les services d'aide aux fumeurs seront à consolider. L'action sur les environnements, comme les lieux publics et les milieux de travail, qu'il faut maintenir, devrait porter

fruit. Il faut se rappeler cependant que les enfants qui vivent dans les mêmes logements que les fumeurs, eux, ne bénéficient pas des mesures découlant de l'application de la loi québécoise sur le tabac. La situation enviable de Vancouver où les taux de tabagisme sont de moitié inférieurs doit demeurer l'exemple d'un objectif possible.

Un mot enfin sur la santé dentaire. Si nous avons assisté à des gains réels dans l'ensemble de la population, l'enjeu des inégalités demeure puisque la couverture de services assurés par le régime public est très partielle et que le recours aux services peut s'en trouver compromis. De plus, la problématique chez les personnes âgées exerce déjà un impact défavorable sur la qualité de vie de nombreux Montréalais, impact qui pourrait s'accroître dans l'avenir en l'absence d'efforts accrus.

Blessures accidentelles et troubles locomoteurs

Il s'agit d'une problématique pour laquelle nous avons enregistré des succès réels, des succès auxquels nous ne sommes pas arrivés par hasard. Des lois, des efforts d'aménagement sécuritaire des milieux et des véhicules, la mise en place d'un véritable réseau intégré de services de santé adaptés et plusieurs stratégies complémentaires ont permis cette amélioration notable. On peut sans aucun doute parler d'une histoire à succès en santé publique.

Malgré tout, certains secteurs prioritaires émergent de notre analyse. En premier lieu, les risques de blessures chez les piétons et les cyclistes, qui se concentrent surtout dans le centre de la ville où la densité des déplacements est la plus élevée. On note ici aussi la présence d'inégalités sociales : les personnes qui courent le plus de risques sont celles qui doivent davantage se déplacer à pied ou en vélo. Deuxième secteur à surveiller, les blessures survenant en milieu



de travail, qui persistent en grand nombre et expliquent une large part des indemnités versées aux travailleurs de la région. Autre zone prioritaire, celle des chutes et des problèmes ostéo-articulaires chez les aînés, étant donné que de plus en plus de gens continuent de vivre chez eux à un âge avancé.

Pour améliorer encore nos gains dans cette problématique, il nous faut bâtir sur les acquis et se rappeler que les approches les plus efficaces s'appuient à la fois sur un réaménagement du cadre de vie et de l'environnement urbain, de même que sur des approches ciblant des clientèles ou des groupes plus à risque.

Maladies transmissibles

Les services de vaccination demeurent parmi les rares services de santé qui permettent de réelles économies. Toutefois, il est difficile d'en faire bénéficier les divers groupes visés en milieu urbain étant donné

la grande mobilité de la population et l'importance croissante des nouveaux arrivants. Il nous faudra préserver une capacité d'intervention adéquate pour atteindre des niveaux de couverture vaccinale suffisants.

L'infection par le VIH est en phase de transition. D'une part, la propagation de l'infection dans les groupes marginalisés, comme les usagers de drogues injectables, connaît une hausse sensible.

D'autre part, d'une maladie mortelle, elle devient une maladie chronique affectant un nombre croissant de personnes. La survie prolongée de ces personnes s'accompagne d'un élargissement du bassin de la population pouvant transmettre la maladie. Cette situation, conjuguée à la recrudescence des facteurs de risque et à la diminution des comportements préventifs, pourrait accroître le fardeau de l'infection. C'est pourquoi l'infection au VIH demeurera une réelle priorité dans le portfolio de nos activités.

Le relâchement observé de la prévention justifie non seulement nos inquiétudes au sujet de l'infection au VIH, mais il se traduit également par la fréquence croissante des infections transmissibles sexuellement, dont la chlamydia, la gonorrhée ainsi que la syphilis. Ceci nous rappelle l'importance de maintenir comme objectif la prévention de ces infections.

Comme en témoignent certains faits médiatisés récemment, la tuberculose demeure une réalité tout à fait actuelle dans un milieu urbain. La prévalence élevée de la maladie dans les bassins internationaux, avec lesquels interagit fréquemment la métropole, nous force à réaliser qu'elle est vraisemblablement là pour rester. Ces événements récents soulignent l'importance de la vigilance des milieux cliniques, sans lesquels la détection et la prévention de la contagion au sein de la collectivité demeureront inefficaces. Cet enjeu interpelle directement le secteur de la santé, mais aussi nos collègues du milieu communautaire, municipal et de l'immigration, partenaires obligés pour un contrôle efficace de la tuberculose.

Environnement

L'environnement, pris ici dans son sens large, est un déterminant majeur à la base d'une foule de problématiques urbaines de santé. Pensons ici à des facteurs de risque comme la pollution de l'air, de l'eau, la pollution sonore, ou encore l'aménagement urbain et ses impacts sur les quartiers défavorisés et les conditions d'habitation ainsi que l'accessibilité du parc bâti. Dans cette optique, la contribution de la santé publique est de documenter avec grande attention les impacts sur la santé de la qualité de l'air, tant intérieur qu'extérieur, ainsi que les changements climatiques. Cette caractérisation éclairera les décisions aux divers paliers qui exercent une juridiction sur l'une ou l'autre des facettes de l'environnement urbain.

Les services de vaccination demeurent parmi les rares services de santé qui permettent de réelles économies.



Notre Direction entend aussi soutenir ses partenaires, notamment la ville de Montréal, pour mettre sur pied des programmes et des politiques visant à contrôler l'herbe à poux, à améliorer la salubrité des logements et la qualité de l'eau des piscines et des pataugeoires publiques, à intervenir de façon efficace lors d'urgences environnementales et à promouvoir le transport actif et durable.

L'environnement comprend également le milieu du travail. Il s'agit ici d'améliorer l'état de santé des travailleurs en contribuant à assainir les milieux de travail. Chaque année, c'est le tiers des travailleurs de Montréal qui sont visés par des programmes de santé menés par les CLSC et la CSST à propos de plus de 200 agents agresseurs posant des risques : maladies pulmonaires, cancers, intoxications, infections professionnelles, surdité, grossesses anormales, violence en milieu de travail ainsi que troubles musculo-squelettiques.

En ce qui a trait aux milieux à risque, il faudra soutenir les médecins traitants dans l'évaluation clinique de l'origine professionnelle et environnementale des maladies en vue d'en favoriser la déclaration et de mieux connaître ces milieux. Par ailleurs, pour réduire les conséquences de l'exposition aux seringues souillées, il faudra s'assurer de mettre en place un suivi à l'échelle de Montréal et un programme de gestion environnementale des seringues à la traîne.

**Concilier
le développement
économique à court terme
avec des impératifs de protection de l'environnement
à long terme.**

De manière à réaliser cette vision de santé urbain, une philosophie de développement durable devrait animer nos collaborations multisectorielles. De tels objectifs exigent de concilier le développement économique à court terme avec des impératifs de protection de l'environnement à long terme. Une telle approche ne pourra être que très bénéfique à la santé urbaine.

Intégrer les actions à travers un continuum d'interventions

L'action sur chacun de ces thèmes doit bien sûr faire une large place au *prévenir*, notamment à l'aide des actions mises de l'avant dans le plan d'action régional de santé publique. Mais l'action préventive ne peut être considérée isolément, en vase clos. Elle doit s'arrimer aux autres actions si la prévention a échoué ou si elle n'est plus possible.

En ce qui concerne les actions visant à guérir, il faut privilégier l'établissement de réseaux intégrés, s'appuyant sur des responsabilités claires entre les services de la première, de la deuxième et de la troisième ligne, et ce, pour chacun des grands défis de la santé urbaine. La lutte contre les maladies chroniques présente plusieurs lacunes par rapport aux résultats dans les autres grandes villes canadiennes, ce qui exigera de nous une discipline et une détermination de tous les instants. En ce sens, des ententes formelles de collaboration entre les établissements de Montréal, de même qu'entre notre région et les autres, constitueraient des aménagements tout à fait pertinents.

Des approches visant le *soigner* doivent également faire partie du continuum d'intervention. Il importe de rendre accessibles les services de proximité à l'échelle des milieux de vie locaux ou des quartiers. On mettra l'accent sur les services de soutien, dont le soutien psycho-social et le soutien des aidants naturels. Les approches différenciées pour les personnes âgées frêles, ou encore celles qui présentent des troubles graves et persistants de santé mentale, seront à considérer. Les soins de fin de vie représentent un autre enjeu de taille qui tarde à recevoir l'attention qu'il mérite.



Pour une alliance en faveur de la santé urbaine

Face aux défis que pose la santé urbaine, le système de santé et de services sociaux ne peut apporter toutes les réponses, il a besoin d'aide. L'action en faveur de la santé urbaine repose sur un partenariat et une complicité entre la municipalité et les autres paliers gouvernementaux, les organismes communautaires et les autres acteurs de la société civile ainsi que le réseau de la santé et des services sociaux. Sans ce partenariat, sans cette action intersectorielle, l'atteinte de résultats durables ne sera pas possible.

Quelles conditions permettraient-elles de faire de ce partenariat une entreprise fructueuse ?

Une gamme de stratégies complémentaires

Une action efficace en faveur de la santé urbaine exige de recourir à des approches axées à la fois sur l'environnement, sur les décisions individuelles face aux habitudes de vie et sur certains types de services de santé spécifiques. Les approches environnementales représentent celles qui ont le meilleur rapport avantage/coût. Par exemple, la réduction de la teneur en plomb de l'essence, l'aménagement sécuritaire des routes et véhicules ou, plus récemment, les taxes sur le tabac et leur impact sur la consommation des jeunes. À l'opposé, les choix effectués en milieu scolaire concernant

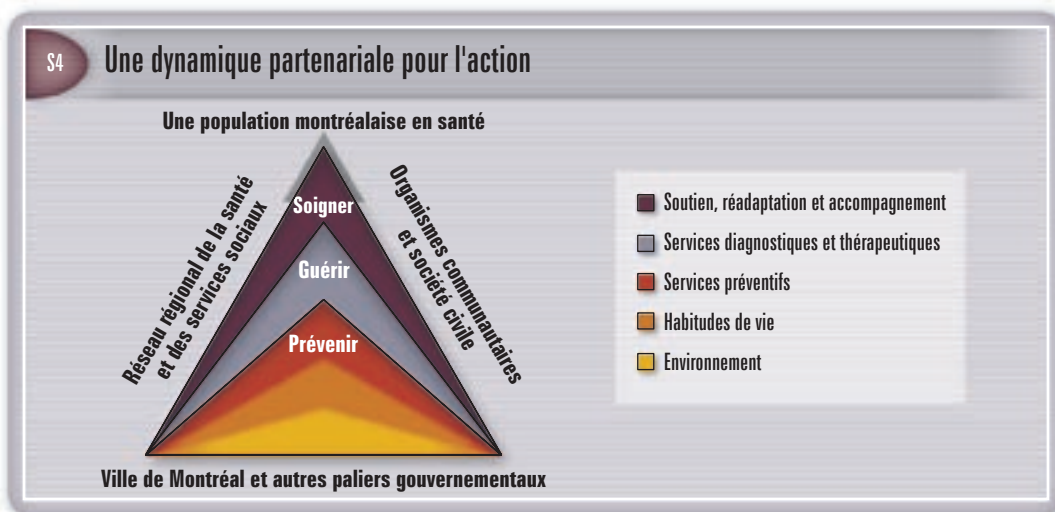
l'activité physique qui a été délaissée, ou encore les politiques alimentaires qui ne sont pas respectées, permettant ainsi l'accès à des aliments camelotes, sont directement associés à des comportements préjudiciables à la santé.

Autre observation préoccupante qui doit orienter l'action, le cumul des facteurs de risque chez une partie de la population s'accompagne d'une croissance exponentielle des problèmes. S'il s'agit d'un fait connu, il nous faut apprendre à mieux intégrer cette réalité. De fait, on parle de plus en plus d'approches intégrées de prévention. De telles approches permettront de mener concurremment diverses stratégies qui participent à l'atteinte d'objectifs à l'égard de plusieurs problèmes de santé.

Enfin, autre élément clé pour une approche efficace, le recours aux services de santé préventifs. Qu'il s'agisse de services conseil, de dépistage ou encore d'intervention précoce sur les facteurs de risque, il existe une large gamme de services préventifs éprouvés que peuvent déployer les intervenants du réseau. Il est crucial d'accroître la part relative qu'occupent les services préventifs par rapport à l'ensemble de l'offre de services.

Réduire les inégalités : le clivage Nord-Ouest / Sud-Est

Une constante émerge des observations que nous présentons dans le présent rapport : il existe un clivage Nord-Ouest / Sud-Est pour une majorité des situations étudiées.



Les problèmes s'expriment d'une manière particulière sur la carte du territoire, en fonction des caractéristiques sociales et économiques des populations résidentes. Dans les processus de prise de décision et d'allocation des ressources, cette question doit demeurer à l'agenda des décideurs. Une réflexion critique sur l'équité à l'intérieur de la ville, basée sur la connaissance des disparités dont nous avons fait largement état, doit mobiliser notre attention et nourrir nos échanges.

Des plans d'action explicites pour dynamiser l'action conjointe

La ville-région montréalaise vit une étape cruciale de son histoire et de son développement. La mise en place de la nouvelle municipalité et de ses arrondissements, jumelée à la structuration de nouveaux mécanismes de gouverne au sein de la Régie régionale, crée un contexte favorable à un réexamen des mécanismes de collaboration qui prévalent entre les deux instances. La publication « Partenariat en action », parue plus tôt cette année, nous offre déjà un profil convaincant de l'efficacité des collaborations et des échanges entre les deux partenaires. Nous espérons que le présent document contribuera à les consolider et à en susciter de nouveaux.

Une voie nous semble à retenir : la systématisation des efforts, par des plans d'action explicites et soutenus par les décideurs et les élus, bien ciblés sur des objectifs et des moyens précis. Le plan d'action régional en santé publique nous offrira très certainement l'opportunité d'aller en ce sens. Ce plan s'intégrera lui-même dans le plan plus global de la Régie régionale, qui proposera les grands engagements à propos des défis que nous avons décrits. Nous souhaitons vivement que la municipalité ainsi que les organismes communautaires nous accompagneront dans cette démarche.

Enfin, il est essentiel d'établir des alliances solides avec les différents réseaux universitaires de la région. En effet, la part relative qu'occupe la recherche en prévention devra s'accroître, en particulier pour développer des stratégies visant à améliorer la santé et le bien-être des Montréalaises et Montréalais. C'est à cette condition que nous pourrons, ensemble, repousser nos limites et mieux servir la population.

Considérer la santé de la population comme un critère pour améliorer notre intervention en faveur de la collectivité urbaine, voilà le défi que nous proposons. C'est ainsi que nous pourrons aussi redonner du souffle à cette idée de « Montréal, Ville en santé », une vision susceptible d'animer et d'orienter l'action de tous ceux et celles qui, par leur travail, sont en mesure de façonner et d'améliorer la santé urbaine. Il s'agit là d'une condition essentielle à l'essor de notre collectivité.



Liste des graphiques

Cartes

C1	Carte de référence des CLSC et sous-régions	p.23
C2	Renouvellement annuel de la population de Montréal ^(6, 19)	p.35
C3	Proportion d'immigrants par CLSC et sous-régions, 1996 ⁽²⁴⁾	p.35
C4	Proportion de la population vivant seule par CLSC et sous-régions, 1996 ⁽²⁴⁾	p.36
C5	Proportion de prestataires d'assistance-emploi (aide sociale) par CLSC et sous-régions, 2002 ⁽¹⁸⁾	p.36
C6	Espérance de vie à la naissance chez les femmes par CLSC et sous-régions, 1994-1998 ^(12, 17)	p.41
C7	Espérance de vie à la naissance chez les hommes par CLSC et sous-régions, 1994-1998 ^(12, 17)	p.41
C8	Taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans par CLSC et sous-régions, 1995-1997 ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾	p.43
C9	Taux d'incidence du cancer du poumon par CLSC et sous-régions, 1994-1998 ^(15, 17)	p.57
C10	Taux de mortalité par cardiopathies ischémiques par CLSC et sous-régions, 1994-1998 ^(12, 17)	p.57
C11	Taux d'hospitalisation pour chutes accidentelles chez les personnes de 65 ans et plus par CLSC et sous-régions, 1995-2000 ^(13, 17)	p.63
C12	Taux d'hospitalisation pour blessures accidentelles chez les enfants de moins de 15 ans par CLSC et sous-régions, 1995-2000 ^(13, 17)	p.63
C13	Taux d'incidence par campylobactériose, salmonellose ou shigellose par CLSC et sous-régions, 1997-2001 ^(11, 17)	p.69
C14	Taux d'incidence de la tuberculose par CLSC et sous-régions, 1997-2001 ^(11, 17)	p.69
C15	Hospitalisations en soins physiques de courte durée selon la région de résidence, 2000-2001 ⁽¹³⁾	p.77

Figures

F1	Répartition de la population de 5 ans et plus, selon la mobilité sur une période de 5 ans, Montréal, 1996 ⁽²⁴⁾	p.25
F2	Proportion de la population âgée de 65 ans et plus, Montréal, 1981 à 2021 ⁽¹⁷⁾	p.25
F3	Nombre annuel d'immigrants dont la région de destination est Montréal, 1995 à 2001 ⁽¹⁹⁾	p.26
F4	Taux d'hospitalisation pour l'asthme selon l'âge et le sexe, Montréal, 1996-2000 ^(13, 17)	p.33
F5	Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada ^(23, 26)	p.35
F6	Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada ^(23, 26)	p.36
F7	Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Montréal, 1981 à 1998 ^(12, 17)	p.38
F8	Variation de la mortalité entre 1981-1983 et 1996-1998 selon la cause et le sexe, Montréal ^(12, 17)	p.38
F9	Espérance de vie à la naissance selon le sexe et la catégorie de revenu, Montréal, 1994-1998 ^(12, 17)	p.39
F10	Taux de mortalité, selon la catégorie de revenu, pour les quatre principales causes de décès, Montréal, 1994-1998 ^(12, 17)	p.39
F11	Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada ⁽²⁶⁾	p.41
F12	Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada ⁽²⁶⁾	p.42
F13	Proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé mentale selon le nombre de facteurs de risque psychosocial, 1998 ⁽⁸⁾	p.43
F14	Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada ⁽²⁶⁾	p.49
F15	Proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé selon le nombre de facteurs de risque, 1998 ⁽⁸⁾	p.51
F16	Proportion de fumeurs actuels selon le sexe, Montréal, 1987 à 2000 ^(1, 8-10)	p.52
F17	Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon, selon le sexe, Montréal, 1981-1983 à 1996-1998 ^(12, 17)	p.52

F18 Taux d'incidence et de mortalité par cancer du côlon et du rectum, selon le sexe, Montréal, 1984-1986 à 1996-1998 ^(12, 15, 17)	p.55
F19 Proportion de personnes ayant certaines mauvaises habitudes de vie, selon la catégorie de revenu, 1998 ⁽⁸⁾	p.55
F20 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada ⁽²⁶⁾	p.57
F21 Taux ajusté de mortalité par blessures accidentelles, selon le sexe, Montréal, 1981-1983 à 1996-1998 ^(12, 17)	p.59
F22 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada ⁽²⁶⁾	p.63
F23 Nombre annuel de nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire, Montréal, 1998 et 2001 ⁽¹¹⁾	p.65
F24 Taux d'incidence par campylobactériose, salmonellose ou shigellose selon la catégorie de revenu, Montréal, 1997-2001 ^(11, 17)	p.67
F25 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada ^(4-5, 20, 26-28)	p.69
F26 Hospitalisations survenues à Montréal selon la région de résidence, 1989-1990 à 2000-2001 ⁽¹³⁾	p.71
F27 Taux de mortalité infantile selon la catégorie de revenu, Montréal, 1989-1993 à 1994-1998 ^(12, 14, 17)	p.72
F28 Proportion de femmes de 50-69 ans ayant subi une mammographie, 1987 à 2000-2001 ^(8-10, 26)	p.72
F29 Taux de certaines interventions pertinentes, Montréal 1990-1991 à 2000-2001 ^(13, 17)	p.73
F30 Nombre quotidien moyen de civières occupées à l'urgence, Montréal, 1995 à 2001 ⁽²¹⁾	p.75
F31 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada ⁽²⁶⁾	p.77
F32 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada ⁽²⁵⁻²⁶⁾	p.77

Schémas

S1.1 L'environnement et les infrastructures	p.13
S1.2 Les caractéristiques de la population de Montréal	p.16
S1.3 Les problématiques de santé urbaine	p.18
S1.4 Les éléments du portrait de santé de la population	p.20
S2 Trois objectifs pour orienter l'action	p.82
S3 Quatre thèmes pour structurer l'action	p.83
S4 Une dynamique partenariale pour l'action	p.87

Tableaux

T1 Comparaisons des sous-régions de Montréal ^(17, 24)	p.35
T2 Comparaisons des sous-régions de Montréal ^(18, 22, 24)	p.36
T3 Comparaisons des sous-régions de Montréal ^(12, 17)	p.41
T4 Comparaisons des sous-régions de Montréal ^(2-3, 12, 16-17, 22)	p.49
T5 Comparaisons des sous-régions de Montréal ^(12, 15, 17)	p.57
T6 Comparaisons des sous-régions de Montréal ^(13, 17)	p.63
T7 Comparaisons des sous-régions de Montréal ^(12-13, 17)	p.77
T8 Les faits saillants de la performance du système de santé montréalais	p.82

Sources des graphiques

1. Brochu, D. et J. Gratton (2001). *Enquête de surveillance du tabagisme à Montréal-Centre 2000*, Montréal, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre, 46 p.
2. Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.
3. Centres Jeunesse de Montréal.
4. Calgary Health Region.
5. City of Ottawa Public Health Branch.
6. Duchesne, L. (2002). *La situation démographique au Québec, Bilan 2001, Les naissances : les jumeaux, le poids des nouveau-nés et la mortalité infantile*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 274 p.
7. Environnement Canada.
8. Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998.
9. Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1992-1993.
10. Institut de la statistique du Québec, Enquête Santé Québec 1987.
11. Institut national de santé publique du Québec, Laboratoire de la santé publique, Fichier central MADO.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, fichier des décès.
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, fichier des naissances.
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, fichier des tumeurs.
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, données sur les grossesses.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Service du développement de l'information, Direction de la gestion de l'information, fichier des estimations de population, version février 2001 (produit électronique).
18. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, données de l'assistance-emploi.
19. Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration du Québec.
20. Ontario Ministry of Health.
21. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
22. Service de police de la ville de Montréal (produit électronique)
23. Statistique Canada, recensement de 2001.
24. Statistique Canada, recensement de 1996
25. Statistique Canada (compilations spéciales).
26. Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs sur la santé*, volume 2002, no1.
27. Vancouver Coastal Health Authority.
28. Winnipeg Regional Health Authority.

Pour en savoir plus

La santé urbaine fait l'objet d'innombrables recherches. À titre d'information, nous vous en proposons quelques-unes.

Burnett, R. T., Cakmak, Brook, J. R., *The Effect of the Urban Ambient Air Pollution Mix on Daily Mortality Rates in 11 Canadian Cities*, « Canadian Journal of Public Health », 89 (3) p. 152-156, 1998.

Communauté urbaine de Montréal, *Rapport annuel de la qualité de l'air 2000*, Sommaire des résultats, 2001.

Fafard, L., *Présentation des résultats du réseau de surveillance pollinique de l'Ambrosia artemisiifolia L. pour l'année 1996*, 1996.

Groupe de travail libéral du premier ministre sur les questions urbaines, *La stratégie urbaine du Canada, Une vision pour le XXI^e siècle*, Rapport d'étape, avril 2002.

INRS-Urbanisation, *L'étude sur la problématique québécoise concernant l'aménagement du territoire et les changements climatiques*, Rapport final, 1999.

INRS-Urbanisation, *Le portrait environnemental de l'île de Montréal*, 2000.

Ministère des transports du Québec, *Vers un plan de transport pour la région de Montréal, Phase 1 : choisir, diagnostic et orientations*, Document de référence, <http://www.mtq.gouv.ca/document/statistiques/cyclables.htm>, 1994.

Perron, Y. et C. Strohenger, *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations, Présentation et interprétation*, Ottawa, Statistique Canada, 265 p., 1985.

Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, *Prévention de la rhinite allergique et contrôle de l'herbe à poux sur le territoire de Montréal-Centre*, Rapport d'activités, 1995.

Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, *Enquête téléphonique sur la possession et l'acquisition d'un système de chauffage au bois dans la région de Montréal*, novembre 2000.

Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, *Smog et Santé*, août 2001.

RMQA, *Pollution atmosphérique et impacts sur la santé et l'environnement dans la grande région de Montréal*, 1998.

Statistique Canada, *État de santé et comportement influant sur la santé des immigrants*, Supplément aux Rapports sur la santé, vol. 13, 2002.

Statistique Canada, *La santé mentale des immigrants au Canada*, Supplément aux Rapports sur la santé, vol. 13, 2002.

Ville de Montréal, *Données 2001, Réseau de surveillance de la qualité de l'air de la ville de Montréal*, <http://www.rsqa.qc.ca> 2001.

Ville de Montréal, Service du développement économique et urbain, Division de la planification urbaine et de la réglementation, *Travaux préparatoires au Plan d'urbanisme de Montréal*, Annexe 1 : Synthèse des profils socio-démographiques de l'île de Montréal, 2001.