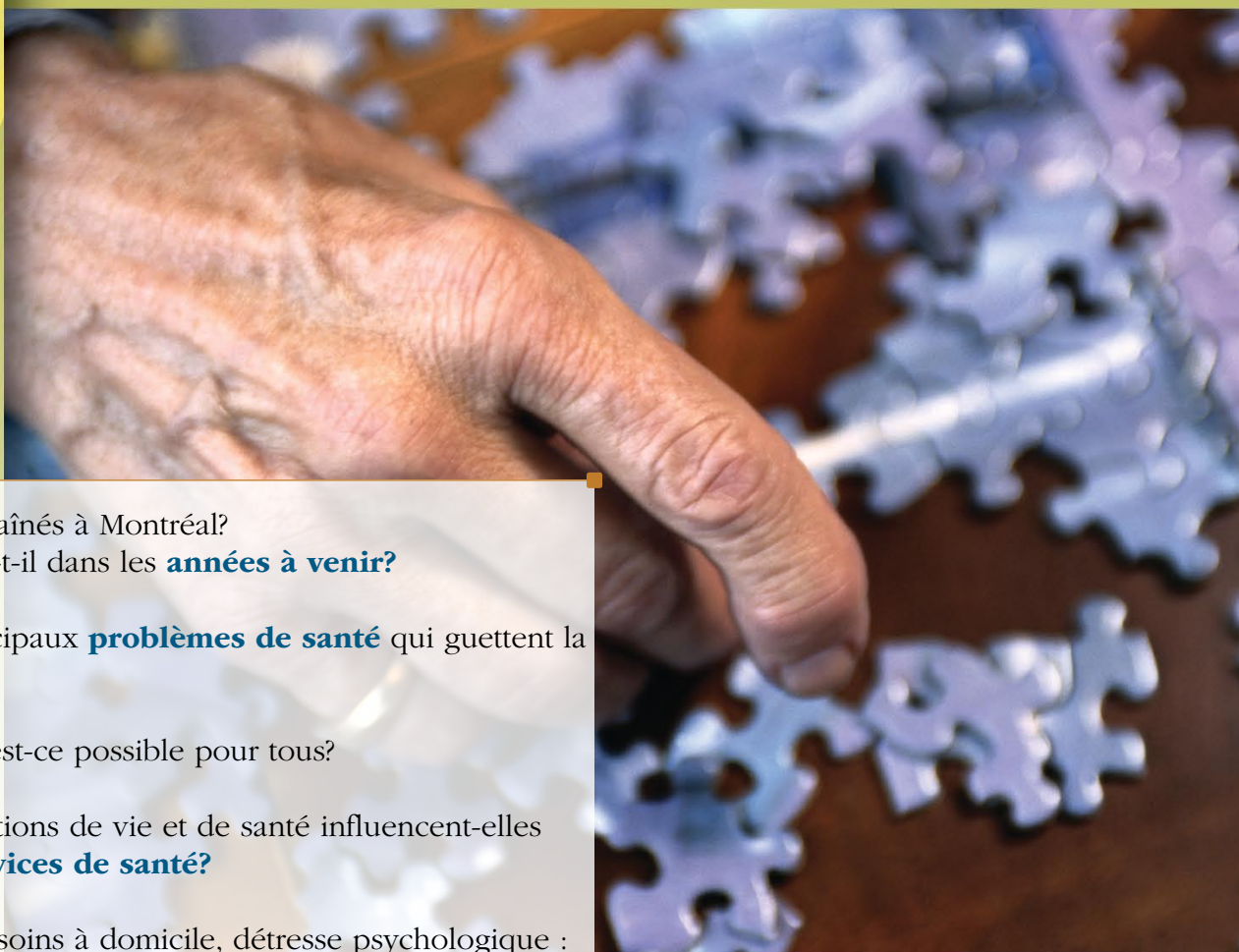


Vieillir à Montréal

Un portrait des aînés



Combien y a-t-il d'aînés à Montréal?

Combien y en aura-t-il dans les **années à venir**?

Quels sont les principaux **problèmes de santé** qui guettent la population âgée?

Vieillir en santé, est-ce possible pour tous?

Comment les conditions de vie et de santé influencent-elles l'utilisation des **services de santé**?

Perte d'autonomie, soins à domicile, détresse psychologique : où se trouvent **les aînés les plus vulnérables**?

Une réalisation du secteur
Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM)
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Rédaction

Emmanuelle St-Arnaud-Trempe
Christiane Montpetit

Avec la collaboration de

Sadoune Ait Kaci Azzou
Carl Drouin
Michel Fournier
Jean Gratton
James Massie

Les auteurs remercient les personnes suivantes pour leurs commentaires et suggestions aux différentes étapes de la réalisation de ce projet

Serge Chevalier	Kosal Khun
Danièle Dorval	Jean-Pierre Lavoie
Mélissa Gagné	Paule Lebel
Manon Hudson	Jean-Luc Moisan

Cartographie

Maryam Bazargani
Kosal Khun
Françoise Hoarau
James Massie

Graphisme

Sylvain Moses

NOTE : La 2^e édition est justifiée par la révision du tableau à la page 22.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2008)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-760-9 version PDF (2^e édition, 2008)

ISBN 978-2-89494-754-8 version imprimée (1^{re} édition, 2008) Prix : 10,00 \$

ISBN 978-2-89494-755-5 version PDF (1^{re} édition, 2008)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2008



Ce portrait présente les informations les plus récentes concernant la situation socioéconomique des aînés montréalais, leurs habitudes de vie et leur état de santé de même que leur mode d'utilisation des soins de santé. Il tire principalement parti des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 3.1), menée en 2005, et de celles du recensement de 2006.

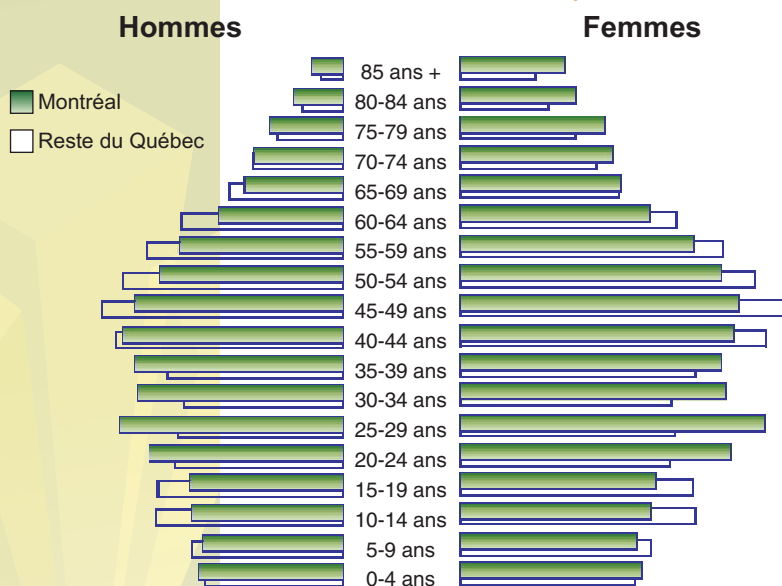
En appui à l'implantation du programme « perte d'autonomie liée au vieillissement » implanté dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), ce portrait réunit des informations de nature descriptive sur les principaux problèmes de santé affectant les personnes de 65 ans et plus. Il explore aussi certaines conséquences du déclin de l'état de santé lié au vieillissement, dont la dépendance envers les autres pour accomplir des activités de la vie quotidienne, et les répercussions sur l'utilisation des soins de santé.

Le portrait fournit enfin des informations permettant d'identifier la vulnérabilité des aînés sur les différents territoires socio-sanitaires (CSSS et CLSC) montréalais.

Un vieillissement accéléré

En 2006, selon le recensement, on dénombre 286 560 personnes âgées de 65 ans et plus à Montréal. Elles représentent 16% de la population totale, une proportion plus élevée que pour le reste du Québec (14%). Les femmes sont largement majoritaires dans ce groupe: elles représentent 56% des Montréalais âgés de 65 à 74 ans et 65% des 75 ans et plus.

Pyramide D'ÂGES



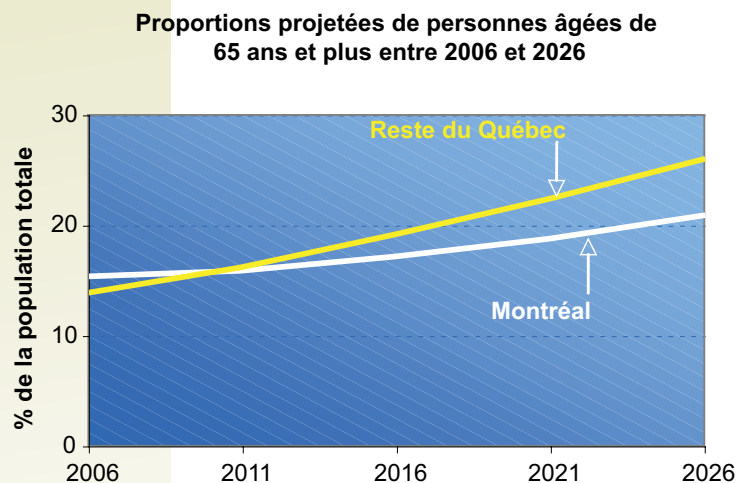
Source : Recensement 2006, Statistique Canada

En 2006, les immigrants comptent pour 38% des aînés montréalais. Parmi les immigrants âgés de 65 ans et plus, la grande majorité sont arrivés avant 1970 (66%) et on trouve très peu d'immigrants de ce groupe d'âge installés il y a moins de 10 ans (5%).

En 2026, on prévoit qu'un Montréalais sur cinq (21%) sera âgé de 65 ans ou plus. Toutefois, contrairement à ce qu'on observe actuellement, la proportion de personnes âgées sera alors plus importante dans le reste du Québec qu'à Montréal. Dans les autres régions, certains facteurs comme la faible immigration et la mobilité des groupes d'âge plus jeunes agiraient de façon à gonfler la proportion des 65 ans et plus.

Parmi les aînés, la proportion des hommes tendra à augmenter d'ici 2026, grâce, entre autres, à l'allongement considérable de la survie masculine depuis 20 ans, alors que les progrès des femmes ont ralenti pendant la même période.

Les AÎNÉS dans l'avenir



Source : Projections démographiques, Institut de la Statistique du Québec

Proportion plus grande d'aînées vivant seules

En 2006, sur les 286 560 personnes âgées de 65 ans et plus résidant à Montréal, la très grande majorité vivaient à la maison (92%), c'est-à-dire en ménage privé. C'est un peu plus qu'en 2001 (91%).

Plus seuls qu'AILLEURS AU QUÉBEC

	Île de Montréal %	Reste du Québec %
Personnes vivant seules (tous âges)	17,0	12,0
Personnes âgées vivant seules	35,9	29,5
Femmes âgées vivant seules	45,8	38,8
75 ans et plus (parmi les femmes âgées vivant seules)	59,4	54,9
Hommes âgés vivant seuls	21,5	18,0
75 ans et plus (parmi les hommes âgés vivant seuls)	47,5	41,8

Source : Recensement 2006, Statistique Canada

Chez les 75 ans et plus, un aîné sur deux réside en ménage privé. Les autres habitent en ménages collectifs, soit en institutions de santé, publiques ou privées, ou encore en communauté religieuse. À Montréal en 2006 et 2007, un peu plus de 12 000 personnes âgées vivaient de façon permanente en Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD). Depuis 2002-2003, on observe une légère décroissance du nombre total de demandes d'hébergement dans ce groupe d'âge. Le taux d'institutionnalisation chez les 75 ans et plus entre 2002 et 2005 est passé de 6,5% à 6,3%.¹

Parmi les personnes âgées vivant en ménage privé, la proportion des personnes résidant seules est plus élevée à Montréal qu'ailleurs au Québec. Les femmes sont deux fois plus susceptibles de vivre seules que les hommes du même âge. L'espérance de vie plus longue des femmes et le fait que les hommes qui s'unissent à une femme le font souvent avec des partenaires plus jeunes peuvent expliquer cette différence. La proportion d'aînées vivant seules est plus importante à Montréal que dans le reste du Québec. De plus, parmi ces femmes âgées seules, près de 60% ont plus de 75 ans.

Des territoires plus touchés que d'autres

Alors que la proportion totale des Montréalais âgés de plus de 65 ans (en ménages privés et collectifs) est de 16%, certains CSSS accueillent dans leurs territoires des proportions d'âinés plus élevées (voir tableau en fin de document).

Comme l'illustre la première carte présentant la situation par CLSC en 2006, la proportion de personnes de 65 ans et plus varie aussi sensiblement selon le secteur. Elle passe de 9% dans le CLSC du Plateau-Mont-Royal à 25% dans celui de René-Cassin.

On remarque aussi que la part des 75 ans et plus qui sont, on le verra, plus vulnérables sous plusieurs aspects, est significativement plus importante dans certains territoires où ils constituent plus de la moitié des âinés de 65 ans et plus, soit dans les CSSS Cavendish, de la Montagne, de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Lucille-Teasdale et d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

Déjà aux prises avec ce vieillissement variable, le défi supplémentaire, pour ces différents réseaux locaux, est de s'adapter aux changements dans la courbe démographique pressentis pour les années futures. C'est ce que souligne la deuxième carte, montrant l'augmentation prévue du groupe des 65 ans et plus entre 2006 et 2026 dans les CLSC.

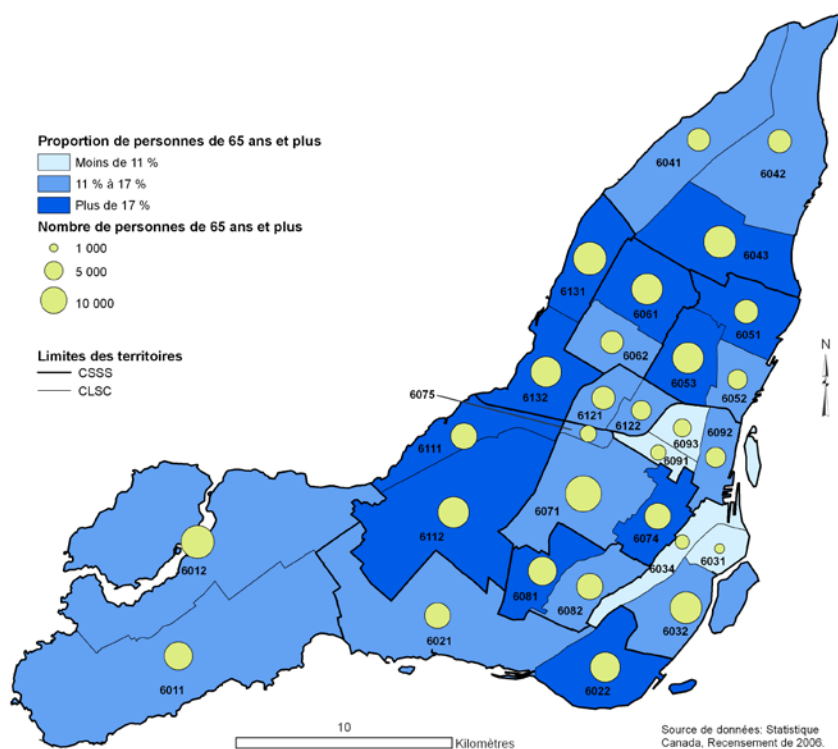
Les perspectives démographiques reposent sur des hypothèses portant sur la fécondité, la mortalité et la migration. Elles ne peuvent toutefois prévoir, à l'échelle locale notamment, les phénomènes socioéconomiques qui pourraient modifier la mobilité résidentielle des âinés. Elles fournissent tout de même des indications utiles, si la tendance démographique se maintient, pour se préparer.

Notons que les augmentations les plus marquées ne sont pas nécessairement prévues pour des territoires où la proportion d'âinés est déjà très élevée.

En fait, trois des quatre territoires qui comportent le moins d'âinés en 2006 comptent parmi ceux qui devraient connaître une augmentation de plus de 60% de leur nombre d'ici 2026 : les CLSC du Plateau-Mont-Royal, Saint-Louis-du-Parc et de Pointe Saint-Charles. Notons que dans ces trois cas, les effectifs supplémentaires attendus pour 2026 sont relativement faibles (entre 1 200 et 3 400 personnes) si l'on compare avec d'autres territoires où les augmentations prévues sont de plus de 10 000 personnes, comme dans les CLSC du Lac-Saint-Louis et de Pierrefonds. Toutefois, comme leur nombre au départ n'était déjà pas très élevé, ces ajouts contribueraient à faire presque doubler le nombre d'âinés dans ces territoires.

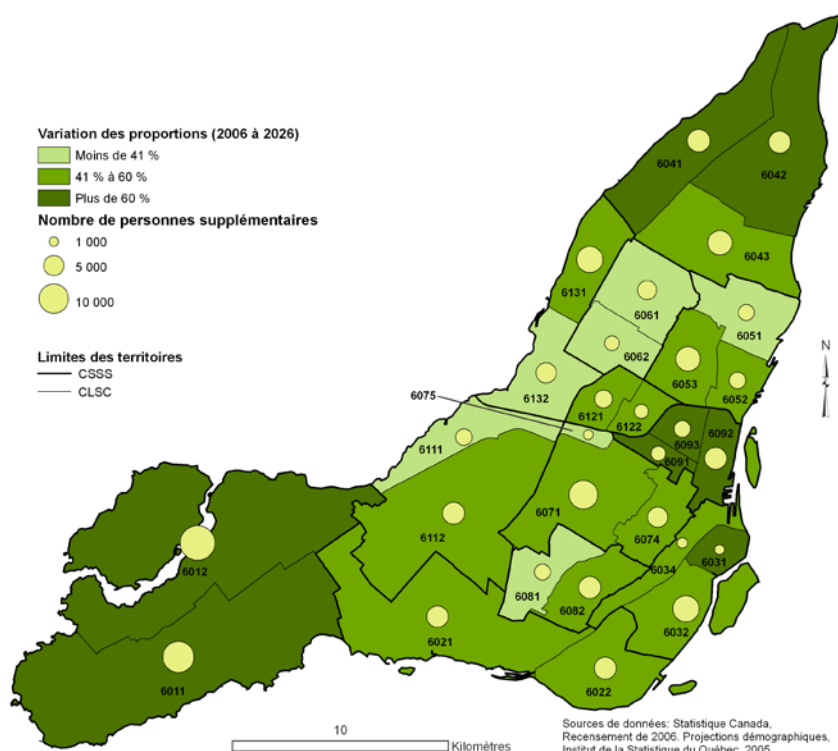
Les plus fortes hausses sont prévues dans les secteurs des CLSC du Lac-Saint-Louis, des Faubourgs et de Pierrefonds, où le nombre d'âinés augmentera respectivement de 97%, 94% et 91%.

Répartition des aînés sur le territoire montréalais en 2006



Source : Recensement 2006, Statistique Canada

Variations projetées, d'ici 2026, dans le groupe des 65 ans et plus



Source : Recensement 2006, Statistique Canada; Projections démographiques, Institut de la Statistique du Québec

Secteurs de CLSC

- 6011 Lac-Saint-Louis
- 6012 Pierrefonds
- 6021 Dorval-Lachine
- 6022 LaSalle
- 6031 Pointe Saint-Charles
- 6032 Verdun
- 6034 Saint-Henri
- 6041 Rivière-des-Prairies
- 6042 Pointe-aux-Trembles – Montréal-Est
- 6043 Mercier-Est – Anjou
- 6051 Olivier-Guimond
- 6052 Hochelaga-Maisonneuve
- 6053 Rosemont
- 6061 Saint-Léonard
- 6062 Saint-Michel
- 6071 Côte-des-Neiges
- 6074 Métro
- 6075 Parc-Extension
- 6081 René-Cassin
- 6082 Notre-Dame-de-Grâce – Montréal-Ouest
- 6091 Saint-Louis-du-Parc
- 6092 des Faubourgs
- 6093 Plateau-Mont-Royal
- 6111 Bordeaux-Cartierville
- 6112 Saint-Laurent
- 6121 Villeray
- 6122 La Petite-Patrie
- 6131 Montréal-Nord
- 6132 Ahuntsic

Plus pauvres à Montréal

De 2000 à 2005, la proportion d'ainés vivant sous le seuil du faible revenu* (SFR) a légèrement diminué sur l'île, passant de 31% à 28%.



Cette proportion demeure cependant plus élevée que pour l'ensemble du Québec (20%). De plus, les disparités géographiques sur le plan du revenu sont très marquées à l'intérieur du territoire montréalais. Alors que la proportion de personnes âgées sous le SFR est à son plus bas dans le CSSS de l'Ouest-de-l'Île (16%), elle dépasse de façon significative la moyenne montréalaise dans les CSSS d'Achilles, de Montréal-Nord, de Lucille-Teasdale, du Sud-Ouest-Verdun, du Cœur-de-l'île et Jeanne-Mance. Dans les territoires des CLSC de Pointe Saint-Charles, des Faubourgs et de Hochelaga-Maisonneuve, c'est un aîné sur deux qui vit sous le seuil de faible revenu.

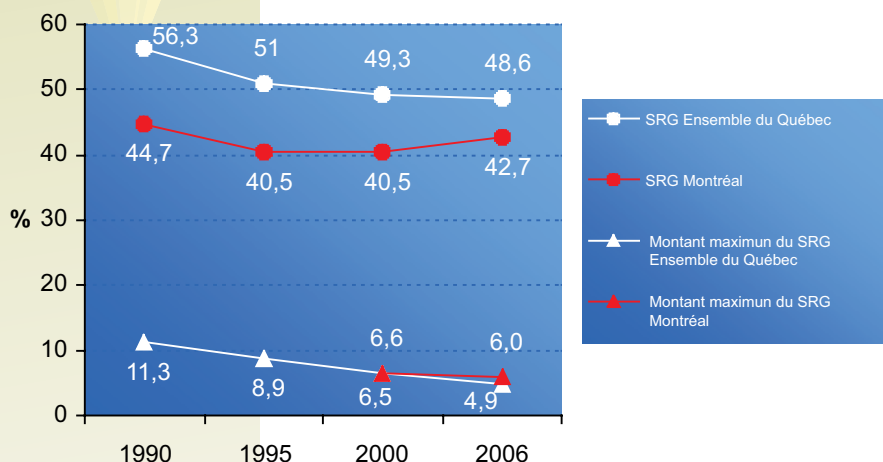
La proportion de personnes à faible revenu augmente chez les 75 ans et plus, et est beaucoup plus élevée chez les femmes et chez les personnes âgées considérées hors famille, un concept qui inclut celles qui vivent seules (83% des aînés hors famille), avec des personnes apparentées (12%) ou non apparentées (5%). Le fait que les femmes âgées vivent plus souvent seules combiné à leur fragilité économique est une donnée préoccupante.

D'autres indicateurs socioéconomiques témoignent aussi de cette précarité économique des aînés montréalais. D'abord, 43% des personnes âgées bénéficient du programme de supplément de revenu garanti (SRG) alloué aux aînés recevant la prestation de la sécurité de la vieillesse du gouvernement fédéral et dont les revenus autres sont faibles ou nuls. Les femmes sont plus souvent bénéficiaires (47,5%) que les hommes (35,5%). On note aussi qu'à Montréal, le pourcentage d'aînés recevant le montant maximum du SRG est plus élevé que dans l'ensemble du Québec. Signe d'un manque d'avoirs également, on remarque que 54% des aînés montréalais sont locataires contre 35% pour les autres régions québécoises.

Malgré un portrait financier peu favorable, les aînés de Montréal sont un peu plus scolarisés qu'ailleurs au Québec. Ils sont proportionnellement moins nombreux à ne détenir aucun diplôme, soit 44%, contre 49% pour le reste du Québec. Par contre, on note à ce niveau un écart important selon le sexe : si 38% des hommes âgés sont si peu scolarisés, c'est près de la moitié des femmes (48%) qui sont dans cette situation.

Supplément de REVENU GARANTI

Proportion des personnes de 65 ans et plus bénéficiant du supplément de revenu garanti (SRG) pour Montréal et pour l'ensemble du Québec



Source : Sécurité de la vieillesse, Développement des ressources humaines Canada (DRHC)

*Les SFR sont établis en fonction de la part du revenu dépensée par la moyenne des familles canadiennes pour les biens dits essentiels (logement, vêtement et nourriture). Les seuils de faible revenu sont calculés en tenant compte de la taille de la famille et de la taille de la communauté où elle réside. Ils sont ajustés annuellement, d'après l'indice des prix à la consommation.

La pauvreté : UN RISQUE POUR LA SANTÉ

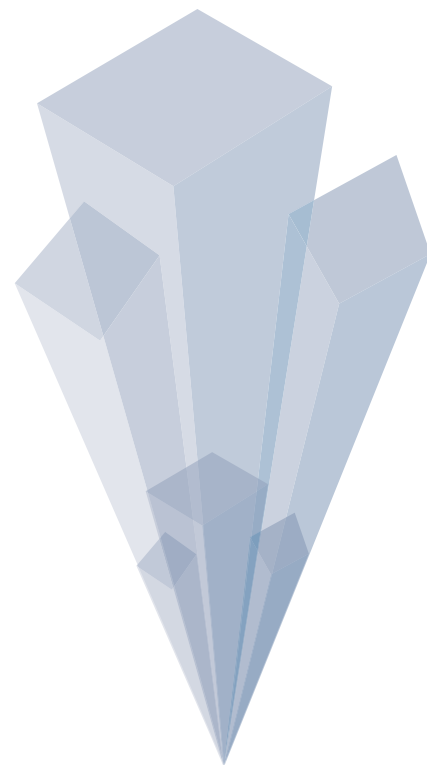
Outre l'accès aux biens matériels, la scolarité et le revenu sont des déterminants importants de la santé par l'influence qu'ils exercent entre autres sur certains facteurs de risque. Chez les aînés, on observe des différences significatives en matière d'habitudes de vie selon le statut socioéconomique. Les données de l'ESCC révèlent des proportions de fumeurs et d'inactifs plus élevées parmi les aînés disposant d'un faible revenu ou ne possédant pas

de diplôme d'études secondaires que chez ceux qui vivent avec un revenu moyen ou élevé ou qui sont plus scolarisés. Toujours selon cette enquête, la scolarité influence l'indice de masse corporelle : les personnes âgées ne possédant pas de diplôme d'études secondaires souffrent plus souvent d'embonpoint (38%) ou d'obésité (20%) que les aînés plus scolarisés (33% et 13%, respectivement).

Habitudes de vie et vieillissement

À tout âge, les habitudes de vie jouent un rôle déterminant pour la santé. Si, à Montréal, les aînés fument moins et consomment moins d'alcool que les adultes plus jeunes, ils sont par contre moins actifs physiquement.

Le quart des Montréalais de 65 ans et plus (26%) ont déclaré être inactifs durant leurs loisirs. Jusqu'à 74 ans, les hommes âgés sont plus inactifs que les femmes (25% contre 19%, respectivement). La tendance est cependant inversée lorsqu'on passe le cap des 75 ans, après lequel 37% des femmes sont inactives, alors que la proportion chez les hommes est significativement plus basse (19%). Une part de l'explication peut être qu'elles sont plus souvent sous le seuil de faible revenu, moins scolarisées et qu'elles résident plus fréquemment seules, tous des facteurs associés à un faible niveau d'activité physique. Un autre facteur pourrait être que les femmes, on le verra, sont plus souvent affectées par des problèmes de santé. Globalement toutefois, nos aînés sont plus actifs que dans le reste du Québec, où 33% des personnes âgées sont considérées inactives.



TABAGISME en baisse?

Bien que les données indiquent que les aînés fument moins que les autres groupes d'âge, il ne faut pas en conclure automatiquement à l'adoption ou au maintien de plus saines habitudes de vie par la population plus âgée. En fait, les méfaits du tabac se manifestent davantage avec l'âge, augmentant le risque de décès chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. Ce phénomène est accentué chez les aînés à cause de la période de latence souvent longue pour certaines maladies (jusqu'à une vingtaine d'année pour le cancer du poumon). On le constate : le taux de mortalité par cancer du poumon monte en flèche dès l'âge de 65 ans. Ainsi, l'Agence de la santé publique du Canada estime que parmi les nouveaux cas de ce type de cancer en 2008, plus de la moitié seront diagnostiqués chez des personnes de 70 ans ou plus.² Les don-

nées sur le tabagisme obtenues pour différents sous-groupes de personnes âgées sont cohérentes avec cette hypothèse : alors que 15% des Montréalais âgés de 65 à 74 ans sont des fumeurs, cette proportion baisse à 10% pour les 75 ans et plus. Les fumeurs pourraient donc être relativement moins nombreux en partie parce qu'ils survivent moins longtemps. Signe encourageant du moins : plus on vieillit, plus on essaie d'arrêter de fumer. Selon les données récentes de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : 62% des fumeurs âgés de plus de 45 ans ont tenté d'arrêter de fumer durant les 12 derniers mois, comparativement à des proportions variant de 31% à 40% chez les moins de 24 ans. On retrouve une plus grande proportion de fumeurs parmi les aînés à faible revenu, peu scolarisés ou vivant seuls.

Obésité : les Montréalaises âgées plus touchées

Le taux d'obésité, défini comme la proportion de personnes ayant un indice de masse corporel (IMC) supérieur ou égal à 30, est plus élevé chez les femmes, mais uniquement pour le groupe des 65 à 74 ans (25%, contre 15% pour les hommes du même âge).

Les hommes font toutefois plus d'embonpoint (IMC entre 25 et 30). La différence entre les sexes disparaît complètement au-delà de 75 ans, la proportion d'obèses à cet âge diminuant à 12% chez les femmes et 13% chez les hommes. Ailleurs au Québec, cet écart entre les sexes est inexistant. Les Montréalaises âgées de 65 à 74 ans sont donc plus nombreuses à être obèses que le reste de la population québécoise du même âge, peu importe le sexe. Il faudrait investiguer davantage pour comprendre cette différence entre les femmes et les hommes montréalais qui semble s'estomper après 74 ans, et celle entre les Montréalaises et les autres Québécoises, pourtant plus sédentaires.

Néanmoins, lorsqu'on considère tous les aînés présentant un surplus de poids (embonpoint et obésité), on remarque que ce sont les hommes qui arrivent au premier rang, avec 57% de surplus de poids, contre 49% pour les femmes. Ce résultat est comparable à ce que l'on peut observer ailleurs dans la province. On remarque de plus qu'à Montréal, les personnes âgées peu scolarisées, immigrantes ou vivant seules sont plus susceptibles de présenter un surplus de poids.



L'état de santé général

Lorsqu'on s'intéresse aux personnes âgées, la mesure de l'espérance de vie à 65 ans donne une bonne idée de l'état de santé global de ce groupe.

Selon les données de 2005, les Montréalaises de 65 ans peuvent s'attendre à vivre encore 19,5 ans et, dans le cas des hommes, c'est 16,5 ans de vie qui leur reste. Ces données sont similaires à celles que l'on peut observer ailleurs au Québec. Par contre, chez une population âgée, l'état de santé durant ces années de vie doit aussi être pris en considération. Quand on considère l'espérance de vie sans incapacités à 65 ans, elle est considérablement plus faible et la situation est similaire pour les deux sexes : 10 années pour les femmes, et 9,5 pour les hommes (données de 2001). Ce qui signifie que bien que les femmes aient une espérance de vie à 65 ans plus longue, la moitié de cette période, ou dix années sur 20, sera marquée par des incapacités.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont les principales responsables des hospitalisations chez la population âgée montréalaise. Ces maladies constituent aussi la première cause de décès chez les femmes; chez les hommes, elles sont à égalité avec les tumeurs.

Perception de l'état de santé

La plupart des aînés montréalais ont une perception relativement bonne de leur santé. Par contre, on remarque des écarts significatifs en fonction de l'âge. Alors que près de 80% des gens âgés de 65 à 74 ans se disent en bonne, très bonne ou excellente santé, cette proportion n'atteint plus que 68% après 75 ans, résultats que l'on peut facilement expliquer par le fait que l'état de santé physique tend à se détériorer avec l'âge.

Outre l'âge, certains facteurs socioéconomiques influencent également la perception de la santé : elle est plus souvent positive chez les aînés se situant dans les catégories de revenu moyen ou élevé, chez ceux dont la scolarité inclut au moins un diplôme d'études secondaires (DES) et chez les aînés non immigrants.

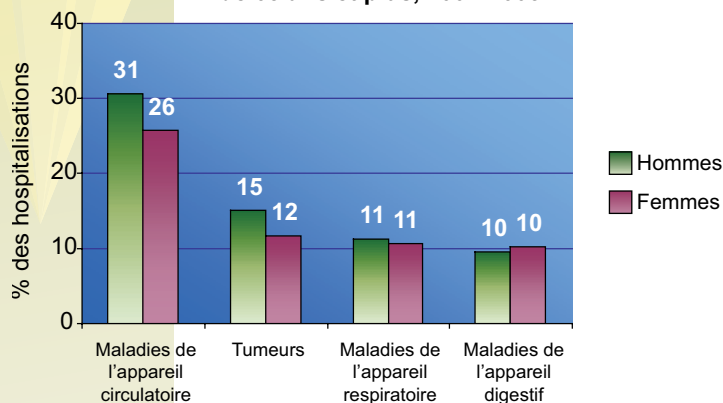
Prévalence élevée des problèmes de santé chroniques

À Montréal, neuf personnes âgées sur dix souffrent d'au moins un problème de santé chronique. Les problèmes les plus prévalents dans la population âgée montréalaise sont l'arthrite et les rhumatismes et l'hypertension, qui affectent respectivement 43% et 40% de la population âgée. Viennent ensuite les problèmes oculaires chroniques, comme le glaucome ou les cataractes (voir graphique page suivante). À l'exception du cancer et du diabète, toutes les maladies sont plus prévalentes chez les aînés de 75 ans et plus que chez les aînés plus jeunes, tendance observable pour les deux sexes. Pour le diabète, toutefois, il s'agit d'un résultat qui ne concorde pas avec les données du fichier provincial sur la prévalence de cette maladie, plus faibles, indiquant un taux de prévalence supérieur chez les plus de 75 ans.

La présence d'au moins une maladie chronique est plus rare parmi les personnes âgées dont le

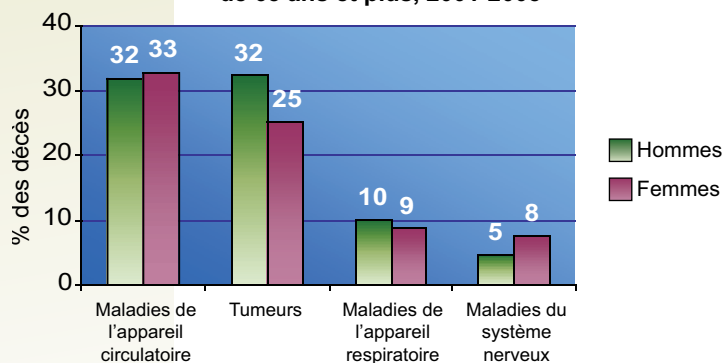
HOSPITALISATIONS et DÉCÈS

Principales causes d'hospitalisation chez les Montréalais de 65 ans et plus, 2001-2005



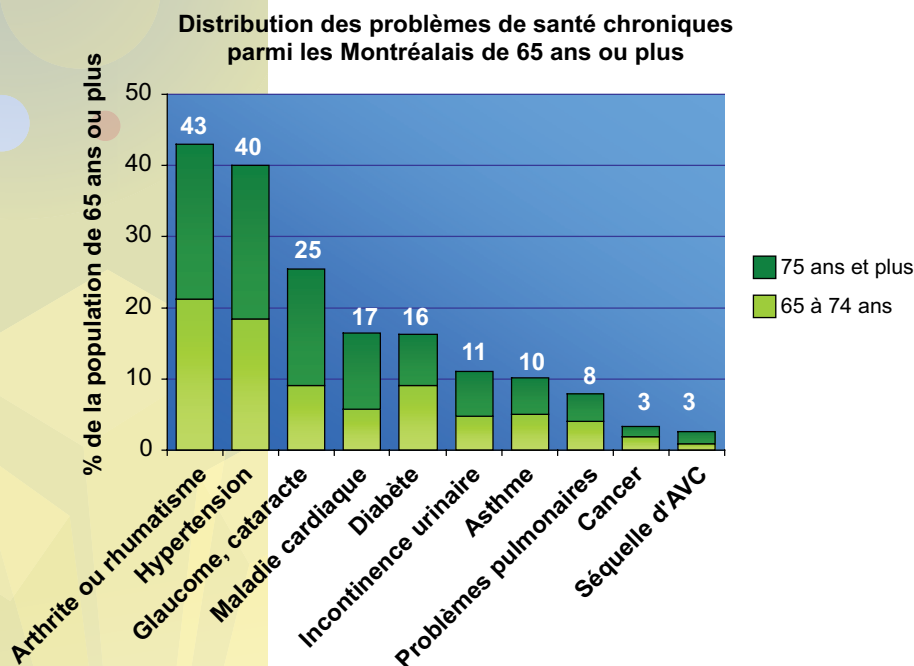
Source : Fichier des hospitalisations (Med-Écho), MSSS

Principales causes de décès chez les Montréalais de 65 ans et plus, 2001-2005



Source : Fichier des décès, MSSS

Principaux problèmes de santé CHRONIQUES



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1 (2005)

poids est considéré comme normal que parmi les aînés obèses, qui font de l'embonpoint ou dont le poids est insuffisant. Disposer d'un faible revenu, vivre seul et être inactif physiquement ont aussi une influence importante sur la possibilité de souffrir d'au moins une maladie chronique.

Cependant, les données disponibles, provenant d'une étude transversale, ne permettent pas de conclure à une relation de cause à effet. En d'autres mots, en ce qui concerne ce portrait, on ne peut déterminer si, par exemple, un poids normal ou la pratique d'activité physique protège contre les maladies chroniques, ou si, inversement, la présence d'un problème chronique contribue à réduire le niveau d'activité physique, influençant ainsi le poids.



Un fardeau plus souvent FÉMININ?

Au total, une proportion significativement plus élevée de femmes est aux prises avec au moins un problème de santé chronique (93% contre 87% pour les hommes), ce qui pourrait à première vue s'expliquer par le fait que les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes. La différence persiste malgré tout même lorsque la proportion est calculée distinctement pour les 65 à 74 ans et pour les 75 ans et plus.

Considérés individuellement, toutefois, les problèmes de santé chroniques n'affectent pas toujours plus les femmes. Si la prévalence de l'arthrite et des problèmes oculaires chroniques est significativement plus élevée chez les femmes, le diabète et les maladies cardiaques sont le lot d'une plus grande proportion d'hommes.

Perte d'autonomie

Les divers problèmes de santé éprouvés par les personnes âgées peuvent, à différents degrés, limiter leurs activités.



À Montréal, 21% des aînés ont affirmé avoir souvent de la difficulté à voir, entendre, communiquer, marcher, se pencher, apprendre ou faire d'autres activités semblables. Cette proportion est fortement liée à l'âge, passant de 13% entre 65 et 74 ans à 31% au-delà de cet âge. Alors qu'on peut avoir une incapacité légère et continuer d'être autonome, la perte d'autonomie représente un état de dépendance de la personne envers une aide extérieure. Cette dépendance, telle que définie dans ce document, englobe les incapacités à se laver, s'habiller, manger, se déplacer dans la maison, préparer les repas, se rendre à des rendez-vous et faire des courses. Globalement, 17% des Montréalais âgés vivant en ménages privés sont en perte d'autonomie.

Si, à première vue, les femmes semblent être plus nombreuses dans cette condition que les hommes, on note, en y regardant de plus près, que cette différence existe seulement à partir de 75 ans. Comme on pouvait s'y attendre, peu importe le sexe, la prévalence de la perte d'autonomie augmente avec l'âge, passant de 11% chez les 65-74 ans à 24% chez les 75 ans et plus.

Les personnes âgées les moins scolarisées (DES non obtenu) ou disposant d'un faible revenu sont en plus grande proportion en perte d'autonomie (respectivement 21% et 20%) par rapport à celles qui ont obtenu un DES ou qui ont un revenu moyen ou élevé (13% dans les deux cas).

Utilisation des services de santé

Services de santé en général

La fréquence des hospitalisations et des consultations médicales sont de bons indicateurs du niveau d'utilisation des services de santé. Le nombre annuel moyen de consultations médicales dans la population générale augmente de façon significative avec l'âge, passant de 1,7 pour les 12 à 17 ans, à 3,9 pour les 65 ans ou plus.

Le revenu et l'éducation ne semblent pas liés à l'accès aux services de santé. Le nombre de consultations médicales chez les aînés montréalais est plutôt associé aux variables liées à la santé, telles que la présence de maladies chroniques, ou encore à un état de santé perçu comme passable ou mauvais. La proportion d'aînés ayant un médecin de famille (90%) est supérieure à celle des autres groupes d'âges et est également indépendante de variables socioéconomiques.

Par contre, les aînés moins scolarisés ou disposant d'un revenu peu élevé sont plus susceptibles d'avoir été hospitalisés au moins une fois au cours de la dernière année. Ce constat est

cohérent avec l'observation énoncée plus haut d'une moins bonne santé perçue chez les moins scolarisés et les moins favorisés financièrement. À l'instar du nombre de consultations médicales, la proportion de personnes ayant été hospitalisées au cours des 12 derniers mois augmente avec l'âge, passant du simple au triple entre les 12-17 ans et les 65 ans et plus. Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées, il faudra ainsi s'attendre à une pression importante sur les services de santé.

Soins à domicile

Au total, 18% des aînés montréalais ont eu besoin de soins à domicile (médicaux ou autres) dans l'année précédant l'enquête. Comme on pouvait s'y attendre, cette proportion grimpe jusqu'à 25% si on considère seulement les personnes de 75 ans ou plus. Ces besoins exprimés ne semblent cependant pas toujours comblés.

Ainsi, 15% des Montréalais de 65 ans ou plus ont affirmé avoir effectivement reçu des soins à domicile au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, un peu plus de la moitié (56%) sont considérés en perte d'autonomie. Par contre, si on

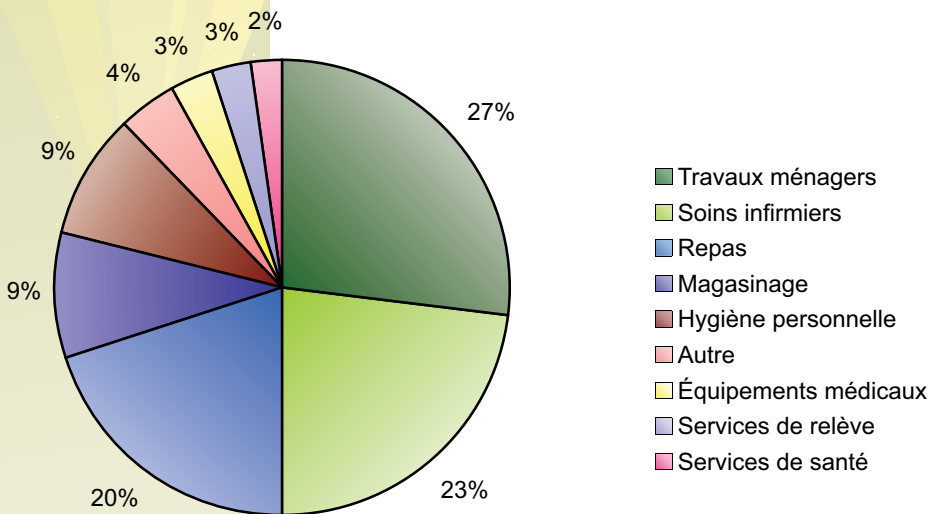
considère toutes les personnes en perte d'autonomie, seulement 51% d'entre elles ont effectivement reçu des soins. Près des trois quarts (73%) des bénéficiaires de soins à domicile, selon l'ESCC, sont des femmes. Cette proportion élevée pourrait s'expliquer par le fait que la majorité (66%) des personnes bénéficiaires de soins à domicile sont âgées de 75 ans ou plus, un groupe à prédominance féminine. Selon l'enquête, les aînés les plus susceptibles d'avoir besoin de soins à domicile sont ceux vivant seuls, disposant d'un faible revenu et les immigrants. Il est toutefois important de garder à l'esprit que plusieurs de ces caractéristiques sont souvent combinées, et qu'il devient difficile de déterminer laquelle est la plus influente. Par exemple, les personnes les plus âgées sont en plus grande proportion des femmes, vivent plus souvent seules et ont un revenu en moyenne moins élevé que les plus jeunes.

Les types de soins reçus mentionnés les plus fréquemment sont les travaux ménagers, les soins infirmiers et la préparation des repas. L'aide à domicile reçue est surtout de source gouvernementale (53%). Par contre, une proportion considérable de soins à domicile ont été fournis par une agence privée (22%), ou proviennent de sources non officielles, telles un conjoint, la famille, un ami, un voisin ou un bénévole (20%).

Certains aînés ont déclaré avoir eu besoin de soins à domicile durant l'année précédant l'enquête, mais n'en avoir pas reçu. Parmi les personnes âgées autonomes, 3% ont déclaré avoir eu des besoins de soins à domicile non satisfaits, chez les personnes en perte d'autonomie, cette proportion fait un bond significatif à 15%. Par exemple, 40% des aînés en perte d'autonomie ont déclaré avoir besoin d'aide pour préparer les repas, mais parmi elles, un peu moins du tiers ont effectivement reçu de l'aide à domicile à cet effet au cours de la dernière année. Le besoin le plus souvent évoqué pour les soins non reçus est la préparation ou la livraison des repas, à 65%.

Parmi les raisons évoquées par les aînés (autonomes ou non) pour la non obtention des soins à domicile dont ils avaient besoin, la longueur des listes d'attente occupe le premier rang (37%).

Type de SOINS À DOMICILE reçus



Fragilité et détresse psychologique

Parmi tous les groupes d'âge, la catégorie des 65 ans et plus est, de façon persistante, celle qui présente les résultats les plus encourageants de santé mentale.

Par exemple, selon l'ESCC, c'est dans ce groupe que l'on note la plus faible proportion de personnes ayant envisagé le suicide de façon sérieuse au cours des 12 derniers mois (1,1%). Il faut toutefois interpréter ce résultat avec prudence, car selon une récente étude³, les

hommes âgés de 65 ans et plus affichent des taux de mortalité par suicide qui les placent au troisième rang, après les 35-49 ans et les 50-64 ans. Il pourrait y avoir ainsi une sous-déclaration, liée entre autres à une perception plus négative du suicide de la part d'ainés qui sont souvent plus croyants et pratiquants que les générations plus jeunes.

Le très faible taux d'ainés ayant déclaré avoir songé au suicide rend fort difficile l'identification de facteurs associés

à ce problème. Un élément ressort clairement, par contre : les personnes vivant seules sont, de façon significative, plus susceptibles que les autres d'avoir eu des pensées suicidaires sérieuses dans la dernière année. Ces personnes tendent également à être moins satisfaites de leur vie en général.

Dans la même lignée que leur faible propension à avoir des pensées suicidaires, les aînés montréalais ont globalement une perception plutôt positive de leur santé mentale : 95,7% d'entre eux l'évaluent à bonne, très bonne ou excellente. On remarque tout de même un écart significatif entre les aînés qui ont un diplôme et ceux qui n'en possèdent pas, ces derniers évaluant moins bien leur santé mentale. Le même phénomène s'observe, avec moins de force

cependant, pour les personnes âgées vivant avec un faible revenu, par rapport à celles qui ont un revenu moyen ou élevé.

L'ESCC comporte un indice de détresse psychologique basé sur six questions. Cet indice permet d'assigner à chaque individu un score faible ou élevé de détresse psychologique. Parmi tous les groupes d'âge, les personnes de 65 ans et plus sont les moins touchées par la détresse psychologique. Ce résultat concorde donc avec les données présentées dans la littérature existante. Toutefois, une analyse récente de la détresse psychologique chez les Québécois à partir des données d'ESCC indique, pour l'échelle de détresse, que la non-réponse chez les aînés atteint 11%, alors qu'elle est de 4,5% pour l'ensemble des répondants. Ceci pourrait avoir pour effet une sous-estimation de la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique à cet âge, la plus faible parmi tous les groupes d'âge.⁴

Au total, près d'un cinquième des aînés montréalais présentent un indice de détresse psychologique élevé. Cette proportion est similaire à celle observée dans le reste de la province. Si l'âge ne semble pas influencer le niveau de détresse, les personnes âgées de sexe féminin, dans la catégorie de revenu inférieure et peu scolarisées sont plus susceptibles que les autres d'avoir un score élevé de détresse psychologique. De même, 24% des aînés vivant seuls ont un indice élevé, alors que cette proportion baisse à 15% pour ceux qui ne vivent pas seuls.

On remarque donc des résultats en santé mentale généralement plus inquiétants lorsque les personnes âgées combinent certaines caractéristiques : vivre seul, pauvreté et faible scolarité. Une tendance qui rappelle ce qu'on a pu observer pour les habitudes de vie ou la perte d'autonomie, illustrant de façon plus concrète les effets à long terme sur la santé de la défavorisation matérielle et sociale.

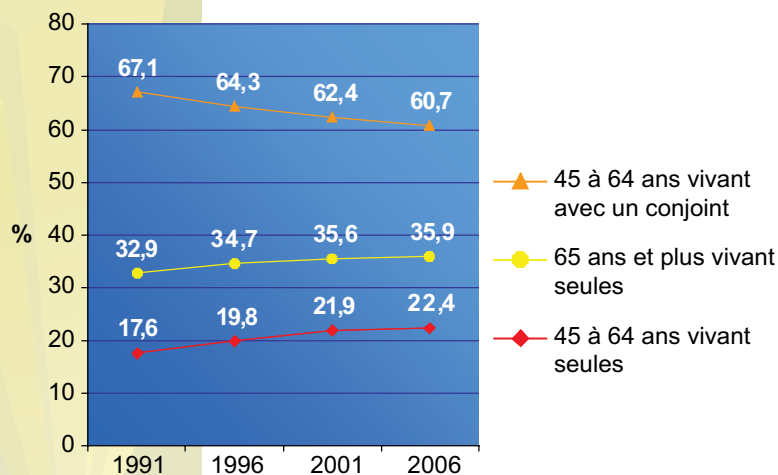


Profil des futurs aînés

Les personnes âgées de 45 à 64 ans composent la prochaine génération d'aînés à Montréal.

Étant donné leur nombre important (ils comptent pour 26% de la population totale) et leur entrée massive dans l'âge d'or très prochainement, il est important de s'interroger sur leurs particularités et d'avoir une idée des implications possibles sur le système de santé dans l'avenir.

Les récentes enquêtes ont montré entre autres une
Modalités de vie depuis 1991



Source : Statistique Canada, Recensements 1991, 1996, 2001 et 2006

nette augmentation de l'obésité et de l'inactivité chez les baby-boomers depuis dix ans,^{2,5} caractéristiques qui peuvent compromettre sérieusement la santé de cette cohorte. On s'attend aussi à rencontrer plus de problèmes de drogue et d'alcool lorsque cette cohorte atteindra 65 ans comparé à la cohorte des aînés actuels,^{5,6} vu leur usage de substances plus répandu depuis leur jeune âge. On pourrait aussi faire face à davantage de problèmes de santé mentale. Les récentes données sur l'évolution du taux de mortalité par suicide au Québec montrent que depuis 2000, les taux de suicide chez les 50 à 64 ans n'ont pas diminué, contrairement à ce qu'on observe chez les autres groupes d'âge où les taux sont sensiblement plus bas. De plus, l'importance relative du suicide parmi l'ensemble des décès augmente dans ce groupe d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.³

Au sein de cette cohorte, on note depuis 1991 une hausse significative de la proportion de personnes seules ou monoparentales. Chez les 65 ans et plus, l'augmentation de la proportion de personnes seules apparaît déjà également de façon claire. On sait aussi que la génération des baby boomers a eu relativement peu d'enfants comparativement aux générations précédentes et que le nombre d'enfants par famille tend à diminuer. Cette génération est aussi en bonne partie associée à une hausse du nombre de ruptures d'union au Québec. On peut donc s'attendre à ce que les aînés de demain soient plus nombreux à vivre seuls et bénéficient de moins de support de leur famille ce qui, selon des experts, pourrait augmenter les besoins en services de maintien à domicile d'environ 80% d'ici 2031.⁶

D'un autre côté, cette génération est beaucoup plus scolarisée que les aînés actuels, un élément rassurant si on se fie aux associations positives entre le niveau de scolarité et la santé.



Vulnérabilité variable selon les territoires

L'analyse des données de l'ESCC a permis de faire ressortir trois grands enjeux de santé publique : **la perte d'autonomie, la détresse psychologique et le besoin de soins à domicile.**

Dans la mesure où les réseaux locaux se sont vus conférer de nouvelles responsabilités en matière de santé publique, il est important de pouvoir apprécier l'ampleur de ces trois phénomènes à une échelle géographique plus fine que celle de la région sociosanitaire de Montréal. Cependant, la taille de l'échantillon montréalais de l'enquête ne permet pas ce genre de traitement. L'indice de vulnérabilité a été conçu pour pallier cette lacune.

Principe de base de l'indice de vulnérabilité

Deux sources d'information ont été utilisées pour produire ce portrait : l'ESCC et le recensement. D'une part, l'ESCC regorge d'informations socio-sanitaires qui ne peuvent pas être utilisées à une échelle locale et, d'autre part, le recensement permet une analyse géographique très fine, notamment des réalités socioéconomiques, sans toutefois contenir des données de santé. L'idée de l'indice est de combiner les avantages de ces deux sources de données.

Limites

Il est important de garder à l'esprit que l'indice est basé uniquement sur les données disponibles à la fois dans le recensement et dans l'ESCC, et donc que plusieurs caractéristiques ne peuvent être prises en considération. Bien que non exhaustif, l'indice de vulnérabilité s'avère un outil utile pour représenter de façon géographique un agrégat de caractéristiques liées au vieillissement.

Composition de l'indice

Enjeu	Facteurs d'influence retenus dans le calcul de l'indice
Perte d'autonomie	• Sexe • Âge • Vivre sous le seuil de faible revenu • Scolarité
Détresse psychologique	• Vivre sous le seuil de faible revenu • Scolarité • Vivre seul
Besoin de soins à domicile	• Sexe • Âge • Vivre sous le seuil de faible revenu

MÉTHODOLOGIE

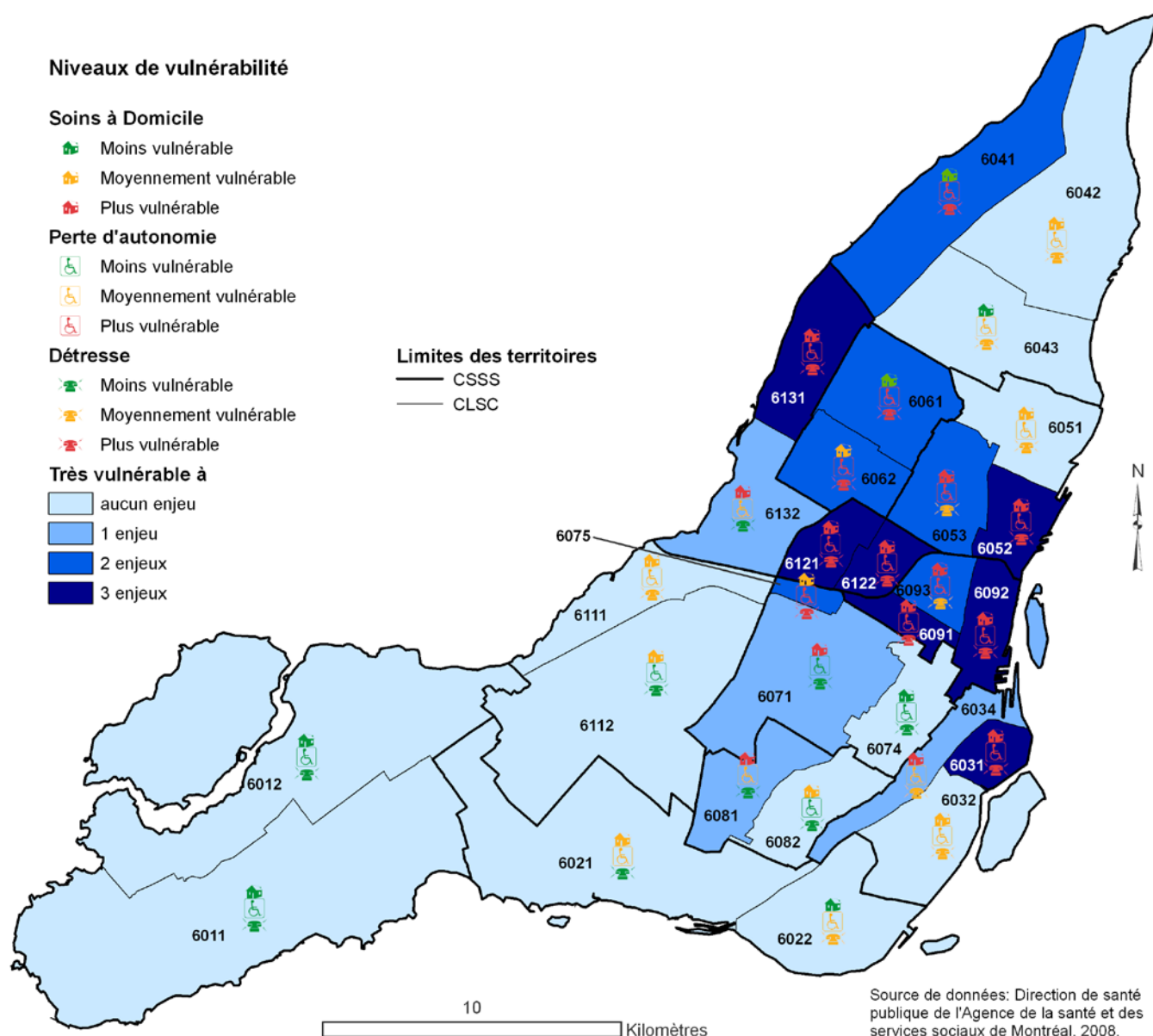
Dans un premier temps, une analyse multivariée a été effectuée à partir des données de l'ESCC à l'échelle montréalaise. Ce type d'analyse statistique tient compte du rôle de plusieurs facteurs en même temps pour déceler les plus significatifs associés aux trois enjeux étudiés. Il est ainsi possible que des variables qui étaient associées à l'enjeu lorsque prises séparément ne le soit plus lorsque d'autres facteurs sont pris en compte simultanément. Les variables testées ont été sélectionnées sur la base de leur disponibilité à la fois dans l'ESCC et dans le recensement, et sont donc toutes des variables sociodémographiques ou économiques : sexe, âge, revenu, scolarité, modalité de vie et immigration. Cette analyse a permis de déterminer les facteurs d'influence associés à chaque enjeu, et de mesurer l'intensité de leur effet dans les trois cas. L'immigration n'a eu d'effet significatif sur aucune de ces problématiques et n'a donc pas été inclus dans l'indice.

Une fois les valeurs de ces effets connues, il a été possible de les assigner aux variables de recensement correspondantes, à l'échelle désirée; dans le cas présent, par secteur de CLSC. Par exemple, connaissant les effets indépendants sur la perte d'autonomie du fait d'être une femme, d'avoir plus de 75 ans, de ne pas avoir terminé d'études secondaires et de

vivre sous le seuil de faible revenu, on multiplie ces effets par la proportion, dans un territoire donné, de femmes, de personnes de 75 ans ou plus, de personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (D.E.S.) et de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (toujours parmi les personnes de 65 ans et plus). En additionnant chacun de ces produits, on obtient, pour chaque territoire, une valeur précise de l'indice, les valeurs les plus élevées représentant un niveau de vulnérabilité supérieur.

À l'étape suivante, les territoires sont ordonnés afin de pouvoir les classer. Les 29 secteurs de CLSC ont été ici divisés en terciles, en tenant compte de la population de chacun. En d'autres mots, les territoires ayant les valeurs de l'indice les plus faibles forment le premier tercile, jusqu'à concurrence de l'équivalent de 33% de la population âgée montréalaise, et ainsi de suite pour les deux autres terciles. Le nombre de CLSC dans chaque tercile peut donc varier, dépendamment du nombre d'ânés qu'ils représentent. Les terciles sont traduits en termes de vulnérabilité : le premier tercile correspond à une vulnérabilité moins élevée, le deuxième à une vulnérabilité moyenne et le troisième, à une vulnérabilité plus élevée.

Répartition de la vulnérabilité sur le territoire montréalais



Secteurs de CLSC

6011 Lac-Saint-Louis
 6012 Pierrefonds
 6021 Dorval-Lachine
 6022 LaSalle
 6031 Pointe Saint-Charles
 6032 Verdun
 6034 Saint-Henri
 6041 Rivière-des-Prairies
 6042 Pointe-aux-Trembles – Montréal-Est
 6043 Mercier-Est – Anjou
 6051 Olivier-Guimond
 6052 Hochelaga-Maisonneuve
 6053 Rosemont
 6061 Saint-Léonard
 6062 Saint-Michel

6071 Côte-des-Neiges
 6074 Métro
 6075 Parc-Extension
 6081 René-Cassin
 6082 Notre-Dame-de-Grâce – Montréal-Ouest
 6091 Saint-Louis-du-Parc
 6092 des Faubourgs
 6093 Plateau-Mont-Royal
 6111 Bordeaux-Cartierville
 6112 Saint-Laurent
 6121 Villeray
 6122 La Petite-Patrie
 6131 Montréal-Nord
 6132 Ahuntsic

Des résultats concordants, d'autres surprenants

Une tendance générale se dégage de l'analyse de la carte : les territoires des extrémités (est et, de façon plus marquée, ouest) cumulent moins de risques pour les enjeux liés au vieillissement que ceux du centre de l'île. Le risque n'est pas nécessairement plus élevé sur les territoires où la part de la population âgée est plus importante ni sur ceux où sont prévues des augmentations sensibles. Rappelons que l'indice a pour but de qualifier le niveau relatif de vulnérabilité des personnes âgées d'un territoire, peu importe leur nombre ou leur proportion. Notons par exemple les CLSC de Pierrefonds et du Lac-Saint-Louis, qui comptent respectivement 12% et 15% de personnes âgées, des proportions à peine sous la moyenne montréalaise, et qui présentent un niveau de vulnérabilité moins élevé pour chacun des trois enjeux. À l'inverse, les sept secteurs de CLSC sur l'île qui sont les plus vulnérables sur les trois plans (CLSC de Montréal-Nord, de Villieray, de La Petite Patrie, Saint-Louis-du-Parc, Hochelaga-Maisonneuve, des Faubourgs et de Pointe Saint-Charles) ne sont pas tous des territoires où la proportion de personnes âgées est très élevée. Ils ont en commun toutefois d'être beaucoup plus défavorisés que les territoires des extrémités.

À l'instar de ces sept CLSC, plusieurs secteurs se retrouvent au même niveau de vulnérabilité pour la perte d'autonomie, la détresse psychologique et le besoin de soins à domicile, c'est-à-dire qu'ils sont soit les moins vulnérables, moyennement vulnérables ou les plus vulnérables pour les trois enjeux, phénomène auquel on pouvait s'attendre puisque les variables retenues pour le calcul des trois indices sont, à quelques différences près, les mêmes. Ces petites différences semblent toutefois jouer un rôle important dans certains secteurs de CLSC pour lesquels les résultats aux trois indices ne concordent pas nécessairement.

Prenons les cas surprenants des territoires où les aînés se trouvent à des niveaux de vulnérabilité parmi les plus élevés pour la perte d'autonomie et la détresse psychologique, mais à un niveau de vulnérabilité le moins élevé pour le besoin de soins à domicile. Étonnant en effet, car les résultats de l'ESCC nous apprennent que les personnes en perte d'autonomie ou en détresse psychologique sont beaucoup plus susceptibles que les autres d'avoir un besoin de soins à domicile. Selon ce constat, on pourrait s'attendre à ce que les territoires vulnérables aux deux premiers enjeux le soient aussi au troisième. Sous cet

angle, la plupart des territoires suivent la tendance, à quatre exceptions près : les territoires des CLSC de Saint-Léonard, de Rivière-des-Prairies, de Mercier-Est-Anjou et de LaSalle. Dans ces quatre territoires, le degré de vulnérabilité est plus élevé ou moyen pour la détresse psychologique et la perte d'autonomie, mais moins élevé pour le besoin de soins à domicile. En d'autres mots, malgré une forte propension aux problèmes de santé qui sont normalement associés avec un besoin en soins à domicile, on estime un faible risque que les aînés de ces deux territoires aient besoin de recevoir ce type de soins.

Or l'examen, dans ces territoires, des facteurs utilisés dans la production des trois indices révèle que les aînés de ces quatre CLSC ne sont ni plus âgés qu'ailleurs à Montréal, ni des femmes en plus grande proportion, mais qu'il y a significativement moins de personnes sous le seuil du faible revenu et moins de personnes âgées vivant seules (voir tableau à la fin). Ils présentent un facteur de risque, toutefois : ils sont plus nombreux qu'ailleurs sur l'île à ne détenir aucun diplôme d'études secondaires. Lorsqu'on sait que l'indice de vulnérabilité pour le besoin de soins à domicile est le seul parmi les trois à ne pas contenir la variable de scolarité, on peut aisément comprendre le résultat final : les aînés de ces secteurs pourraient être plus vulnérables à la détresse psychologique et à la perte d'autonomie, en grande partie en raison de leur faible scolarité, mais seraient moins vulnérables au besoin de soins à domicile, que l'on sait lié au sexe, à l'âge et au faible revenu, puisque ces facteurs de risque sont peu présents dans ces territoires.

Les CLSC d'Ahuntsic, de Côte-des-Neiges et René-Cassin présentent aussi des résultats surprenants : ils sont moins vulnérables à certains problèmes comme la perte d'autonomie et la détresse psychologique, mais sont plus vulnérables en ce qui concerne le besoin de soins à domicile. On sait que les soins à domicile dans l'ESCC n'englobent pas seulement les soins de santé ou médicaux et que parmi les soins reçus par les personnes âgées, avec ou sans perte d'autonomie, les travaux ménagers apparaissent comme les plus fréquents. Les personnes âgées de ces territoires, où on trouve davantage de personnes de 75 ans et plus et significativement plus de personnes vivant seules (CLSC de Côte-des-Neiges et d'Ahuntsic), peuvent ainsi avoir quand même un grand besoin de soutien, même en relativement bonne santé physique et mentale.

Identifier les populations vulnérables pour mieux cibler les interventions

Le réseau de la santé montréalais fait face à des défis bien particuliers en matière de vieillissement, certains auxquels il est confronté dès maintenant, d'autres qui le guettent très bientôt.

Le portrait des aînés met en lumière la fragilité de certains sous-groupes de la population âgée qui méritent d'être suivis de plus près, dans une optique de planification de l'offre de services aux aînés. Globalement, ce sont les plus âgés des aînés, les femmes, les immigrants, les personnes âgées vivant seules, celles étant peu scolarisées et les plus pauvres, qui adoptent plus souvent des habitudes de vie moins favorables à la santé, courent davantage de risque de développer des maladies chroniques et paraissent les plus vulnérables face aux enjeux de la perte d'autonomie, de la détresse psychologique et du besoin de soins à domicile. Le cumul de ces caractéristiques entraîne un risque accru pour la santé. D'ailleurs, la carte illustrant la vulnérabilité des territoires relativement au vieillissement le montre bien : ceux qui sont sensibles aux trois enjeux sont les mêmes qui, comme on peut le voir au tableau à la fin, cumulent plusieurs facteurs de risque, les plus communs d'entre eux étant le faible revenu, une faible scolarité et le fait de vivre seul.

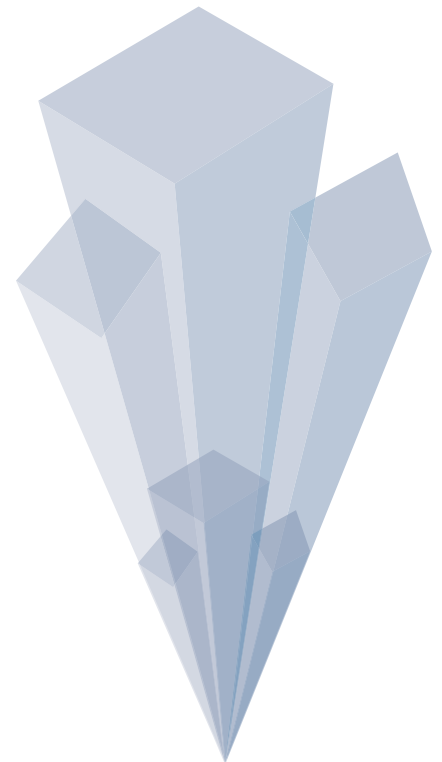
L'identification de ces populations vulnérables est un préalable nécessaire pour bien cibler les interventions et les programmes visant l'amélioration de leur situation. Bien que globalement, les CSSS investissent de plus en plus dans les services à la communauté et les soins à domicile, il semble que les dépenses consacrées à ces services soient variables selon les territoires⁴. Il pourrait être profitable, à la lumière de ces récentes données sur la santé des personnes âgées et dans une perspective d'adaptation au vieillissement de la population, de s'interroger sur l'adéquation de l'offre de services et de ressources aux besoins des aînés, en particulier dans ces territoires où ils cumulent les vulnérabilités, quelque soit leur nombre et la part qu'ils représentent. Par contre, les défis face au vieillissement ne pourraient être relevés uniquement par le réseau de la santé.

Faute de données sur les réseaux sociaux, entre autres, ce portrait ne couvre pas toutes les dimensions essentielles à la qualité de vie et au maintien d'une bonne santé chez les aînés. Les politiques sociales changeantes (entre autres la

désinstitutionnalisation, le virage ambulatoire, la réduction de la durée des hospitalisations) provoquent une modification des soins aux aînés qui sont de plus en plus déplacés des soins officiels en établissement vers les soins familiaux non officiels à l'intérieur de la communauté. Or le réseau social des personnes âgées en perte d'autonomie est en pleine mutation et les personnes âgées ne disposent pas toutes de la présence de parents, d'amis ou de voisins pour leur venir en aide. Ainsi, les aînés les moins avantagés paraissent être les personnes âgées qui vivent sans conjoint (avec ou sans enfant), et surtout les femmes sans conjoint ni enfant survivant qui vivent souvent seules.⁸ On remarque en plus que la proportion de la population qui prodigue des soins aux aînés est variable sur le territoire montréalais (voir tableau) et qu'elle n'est pas très élevée, tout au plus 21% dans le CLSC du Lac-Saint-Louis. Certains territoires où les aînés sont pourtant vulnérables en ce qui concerne les trois enjeux sont parmi ceux qui présentent les pourcentages les plus faibles pour les soins aux aînés, comme les CLSC de La Petite Patrie, de Villeray, Saint-Louis-du-Parc, de Hochelaga-Maisonneuve et de Pointe Saint-Charles. Avec le vieillissement de la population se pose de plus en plus la nécessité de mesures de soutien pour tenir compte des difficultés qu'occasionneront, pour les aidants naturels (principalement des femmes) la difficulté à concilier le travail et la double responsabilité des soins aux enfants et aux aînés. Les transformations des sources traditionnelles de soutien conjuguées au fait que la population âgée est plus concentrée sur le territoire de l'île de Montréal qu'ailleurs dans la grande région métropolitaine font en sorte que les membres des communautés doivent développer les solidarités et se constituer de nouveaux réseaux d'entraide.

Il faudra veiller également à soutenir un environnement urbain favorable. À titre d'exemple, l'Organisation mondiale de la santé a identifié récemment plusieurs composantes relatives aux environnements sociaux, communautaires et aux aménagements urbains nécessaires pour faire des villes des « amies » des aînés⁹ et favoriser leur

autonomie et leur sécurité. Parmi celles-ci, en plus des services de santé accessibles et suffisants, un ensemble d'éléments relatifs à l'aménagement urbain qui sont déjà présents dans certains quartiers devraient être au rendez-vous de façon plus généralisée, notamment : des logements adaptés, accessibles tant physiquement que financièrement, et sécuritaires, des voies de circulation et une signalisation sûres pour conducteurs et piétons, des transports publics sécuritaires, adaptés, accessibles et abordables, des services d'aide aux travaux et à l'entretien ménagers, des lieux et programmes de rencontres et de loisirs actifs, de même que des commerces, services bancaires et professionnels accessibles. En somme, tout un défi qui interpelle tant les élus municipaux, le milieu communautaire que les résidents montréalais dans l'ensemble.



Données socioéconomiques et sociosanitaires sur les aînés montréalais par territoire de CSSS et de CLSC

	% 65 ans et plus	Nombre de 65 ans et plus en 2006	% 75 ans et plus (parmi les 65 ans et plus)	% 65 ans et plus projeté pour 2026	% femmes	% ne possédant pas de diplôme d'études secondaires (DES)	% vivant sous le seuil de faible revenu	% personnes vivant seules	Espérance de vie à 65 ans (années)		Taux d'institutionnalisation *	% des 15 ans et plus prodiguant des soins aux aînés**
									Hommes	Femmes		
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	13	27 395	47	22	56	24	16	26	18,6	21,7	5,8	20
CLSC du Lac-Saint-Louis	15	11 780	52	25	55	18	12	29	19,0	23,4	n.d.	21
CLSC de Pierrefonds	12	15 625	43	20	57	29	19	23	18,2	20,7	n.d.	19
CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	17	22 975	49	23	61	46	25	34	16,6	20,1	6,7	19
CLSC de Dorval-Lachine	16	9 620	53	23	62	39	26	36	16,1	19,5	n.d.	19
CLSC de LaSalle	18	13 350	47	23	59	50	24	33	16,9	20,7	n.d.	18
CSSS du Sud-Ouest – Verdun	14	19 135	47	19	61	50	34	41	15,1	18,9	6,3	16
CLSC de Verdun	15	14 740	48	21	61	50	31	40	15,8	19,5	n.d.	17
CLSC de Saint-Henri	10	2 945	47	14	58	46	39	45	12,9	17,0	n.d.	14
CLSC de Pointe-Saint-Charles	11	1 470	41	18	61	65	50	47	14,4	17,7	n.d.	13
CSSS de la Pointe-de-l'Île	16	30 600	47	24	60	52	25	31	16,3	20,3	8,8	18
CLSC de Mercier-Est – Anjou	18	15 015	46	25	61	47	25	34	16,3	20,7	n.d.	18
CLSC de Pointe-aux-Trembles – Montréal-Est	15	7 980	46	25	59	52	28	30	15,1	18,2	n.d.	19
CLSC de Rivière-des-Prairies	14	7 590	49	23	58	62	23	28	17,4	22,5	n.d.	19
CSSS Lucille-Teasdale	16	28 255	52	22	63	51	35	43	15,9	19,6	5,9	17
CLSC de Hochelaga-Maisonneuve	12	5 630	49	17	63	62	49	46	13,2	17,1	n.d.	15
CLSC Olivier-Guimond	21	8 555	51	26	62	47	26	36	16,1	18,9	n.d.	19
CLSC de Rosemont	17	14 065	53	23	64	49	35	45	17,3	21,5	n.d.	17
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	17	21 580	45	20	58	67	27	27	18,3	21,9	6,8	18
CLSC de Saint-Léonard	20	13 965	44	22	57	66	24	25	18,9	23,3	n.d.	19
CLSC de Saint-Michel	14	7 615	47	17	60	69	33	30	17,3	20,4	n.d.	16
CSSS de la Montagne	15	32 900	52	18	60	26	26	39	19,0	22,5	5,1	16
CLSC de Côte-des-Neiges	14	18 720	54	17	62	22	27	40	19,0	22,4	n.d.	16
CLSC Métro	17	10 165	53	20	58	12	19	43	18,5	22,2	n.d.	15
CLSC de Parc-Extension	13	4 005	40	14	55	72	41	29	20,6	24,7	n.d.	15
CSSS Cavendish	18	21 900	58	21	61	30	22	37	18,7	22,0	5,4	19
CLSC René-Cassin	25	11 985	62	26	60	30	20	37	19,1	22,6	n.d.	20
CLSC de Notre-Dame-de-Grâce – Montréal-Ouest	14	9 915	53	18	62	29	25	37	18,4	21,4	n.d.	17
CSSS Jeanne-Mance	10	14 240	49	17	58	52	46	50	14,7	19,6	7,0	13
CLSC des Faubourgs	13	6 085	50	23	56	53	54	54	13,9	18,5	n.d.	13
CLSC du Plateau-Mont-Royal	9	4 705	50	14	60	44	41	53	14,0	19,9	n.d.	12
CLSC Saint-Louis-du-Parc	9	3 465	48	13	60	60	41	41	17,7	21,6	n.d.	13
CSSS de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent	18	24 290	53	21	61	36	26	31	19,3	22,7	6,6	18
CLSC de Bordeaux-Cartierville	19	10 290	50	20	61	40	27	30	18,8	22,0	n.d.	18
CLSC de Saint-Laurent	18	14 005	55	21	61	33	25	32	19,7	23,3	n.d.	18
CSSS du Cœur-de-l'Île	13	13 450	50	17	62	59	39	41	16,9	21,3	6,1	15
CLSC de La Petite-Patrie	12	5 605	51	16	63	56	45	46	15,6	19,7	n.d.	15
CLSC de Villieray	13	7 845	50	17	61	61	36	38	18,1	23,0	n.d.	14
CSSS d'Ahuetsic et Montréal-Nord	18	29 815	53	23	63	50	32	40	16,9	20,4	6,8	18
CLSC d'Ahuetsic	18	13 895	54	21	63	42	30	42	16,8	20,6	n.d.	18
CLSC de Montréal-Nord	19	15 935	51	25	62	56	34	39	16,9	20,3	n.d.	17
Montréal	16	286 560	50	21	60	44	28	36	17,2	20,9	6,3	17

Source : Statistique Canada – Recensement 2006 et ESCC cycle 3.1 (2005), MSSS-Fichier des décès 2001-2005, ISQ-Projections démographiques

*Taux d'institutionnalisation chez les 75 ans et plus (%)

** Peu importe le temps consacré

Références

1. Danvoye, Marik. *Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), Portrait des indicateurs du tableau de bord stratégique 2005-2006*. Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.
2. Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*. Toronto, Canada.
3. St-Laurent, Danielle et Gagné, Mathieu. *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*. Institut national de santé publique du Québec, 2008.
4. Camirand, Hélène et Nanhon, Virginie. « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 ». Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Zoom santé*, Septembre 2008. Institut de la Statistique du Québec.
5. Phillips P, Katz A. « Substance misuse in older adults: an emerging policy priority ». *Nursing Times Research* 2001; 6: pages 898-905.
6. Patterson TL, Jeste DV. « The potential impact of the baby-boom generation on substance abuse among elderly persons ». *Psychiatric Services* 1999; pages 1184-1188.
7. Légaré, Jacques et al. *Les baby-boomers âgés pourront-ils compter sur l'aide de leur famille?* Québec, Fonds de recherche sur la société et la culture, 2006.
8. Martel L, Légaré J. « Avec ou sans famille proche à la vieillesse: une description du réseau de soutien informel des personnes âgées selon la présence du conjoint et des enfants ». *Cahiers québécois de démographie* 2001; 30: pages 89-114.
9. Organisation mondiale de la santé. *Guide mondial des villes-amies des aînés*, 2007.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

