

*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<sup>e</sup> trimestre 2002**  
**Bibliothèque nationale du Québec**  
**Bibliothèque nationale du Canada**

**ISBN : 2-89494-367-9**



# Le défi de la santé urbaine

3



# 3 Le défi de la santé urbaine

**E**

*EN CE DÉBUT DE 21<sup>E</sup> 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.

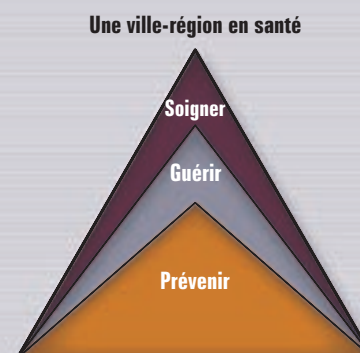
**L'accessibilité universelle aux services de santé compense en partie les inégalités sociales de la santé observables à Montréal.**

**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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espérance de vie parmi les plus élevées au monde, mais moindre que les grandes villes canadiennes</li> <li>• Par rapport aux villes canadiennes, surmortalité pour les maladies chroniques, mais le meilleur bilan pour la mortalité par blessures accidentelles</li> <li>• Taux d'incapacité moindre qu'ailleurs au Canada</li> <li>• Habitudes de vie défavorables à la santé à des niveaux préoccupants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitale des inégalités sociales au pays</li> <li>• Problèmes de santé surreprésentés parmi les groupes vulnérables, eux-mêmes surreprésentés à Montréal</li> </ul>
Réactivité du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montréal, pierre angulaire des services de santé spécialisés au Québec</li> <li>• La vocation suprarégionale se maintient dans le contexte de réduction des ressources</li> <li>• Difficultés dans l'organisation des services ambulatoires et de 1<sup>e</sup> ligne par rapport aux grandes villes canadiennes</li> <li>• Collaborations complexes et intégration insuffisante des composantes du réseau</li> <li>• Recul des services préventifs au cours des dernières années</li> <li>• Pression continue et qui s'accroît sur les salles d'urgence</li> <li>• Niveaux de satisfaction élevés des citoyens, mais à la baisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstacles à l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles et les groupes marginalisés</li> <li>• Problèmes d'adéquation, en particulier pour les aînés en perte d'autonomie, les personnes présentant des maladies chroniques et des troubles de santé mentale</li> <li>• Pas de réduction significative des écarts socio-économiques en fait d'utilisation des services hospitaliers ces dernières années</li> </ul>
Financement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentration des dépenses et des déficits à Montréal</li> <li>• Investissement minimal en prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès universel indépendamment du revenu grâce à un mode de financement public fondé sur la fiscalité</li> <li>• Problèmes d'accès liés au revenu pour les services non couverts par le régime public</li> </ul>

## 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



- Adaptation, intégration sociale et santé mentale
- Maladies chroniques
- Maladies transmissibles
- Blessures et troubles locomoteurs
- Santé environnementale

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.*

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 santé 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



**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.**

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.

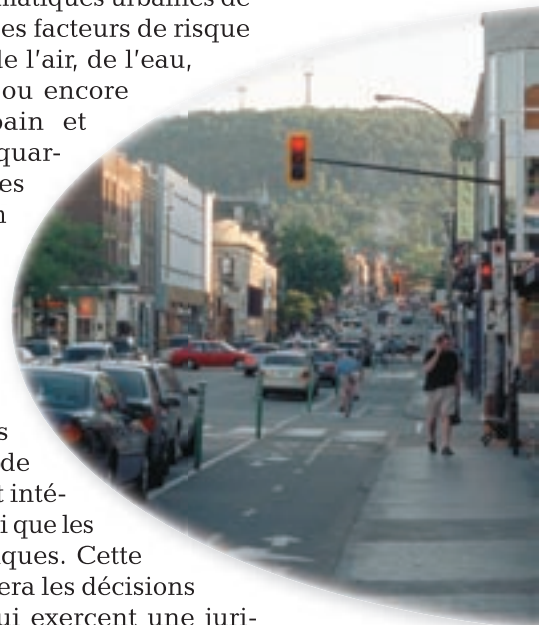
Le relâchement observé de la prévention justifie non seulement nos inquiétudes au sujet de l'infection au VIH, mais il se traduit également par la fréquence croissante des infections transmissibles sexuellement, dont la chlamydia, la gonorrhée ainsi que la syphilis. Ceci nous rappelle l'importance de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

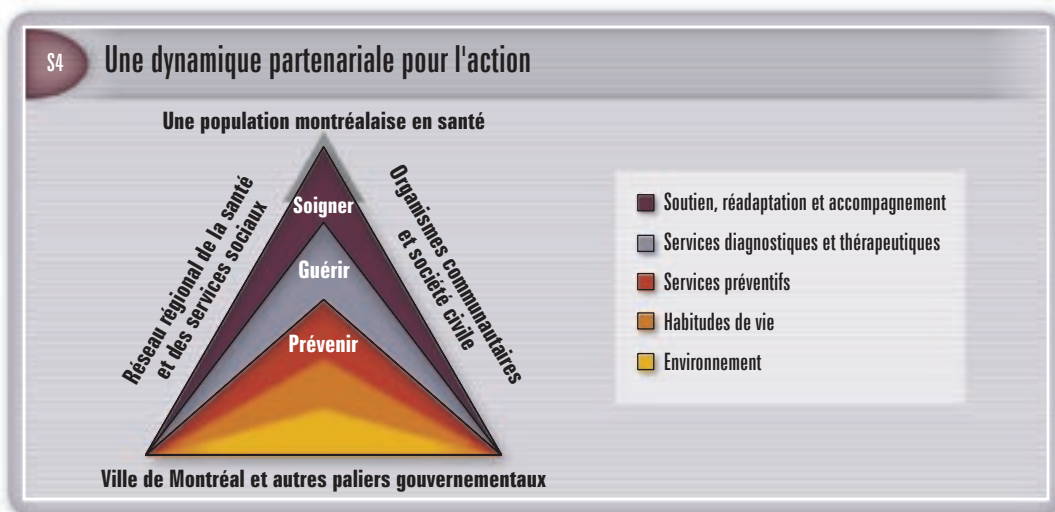
l'activité physique qui a été délaissée, ou encore les politiques alimentaires qui ne sont pas respectées, permettant ainsi l'accès à des aliments camelotes, sont directement associés à des comportements préjudiciables à la santé.

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

## Figures

F1	Répartition de la population de 5 ans et plus, selon la mobilité sur une période de 5 ans, Montréal, 1996 <sup>(24)</sup> .....	p.25
F2	Proportion de la population âgée de 65 ans et plus, Montréal, 1981 à 2021 <sup>(17)</sup> .....	p.25
F3	Nombre annuel d'immigrants dont la région de destination est Montréal, 1995 à 2001 <sup>(19)</sup> .....	p.26
F4	Taux d'hospitalisation pour l'asthme selon l'âge et le sexe, Montréal, 1996-2000 <sup>(13, 17)</sup> .....	p.33
F5	Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(23, 26)</sup> .....	p.35
F6	Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(23, 26)</sup> .....	p.36
F7	Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Montréal, 1981 à 1998 <sup>(12, 17)</sup> .....	p.38
F8	Variation de la mortalité entre 1981-1983 et 1996-1998 selon la cause et le sexe, Montréal <sup>(12, 17)</sup> .....	p.38
F9	Espérance de vie à la naissance selon le sexe et la catégorie de revenu, Montréal, 1994-1998 <sup>(12, 17)</sup> .....	p.39
F10	Taux de mortalité, selon la catégorie de revenu, pour les quatre principales causes de décès, Montréal, 1994-1998 <sup>(12, 17)</sup> .....	p.39
F11	Comparaisons à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(26)</sup> .....	p.41
F12	Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(26)</sup> .....	p.42
F13	Proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé mentale selon le nombre de facteurs de risque psychosocial, 1998 <sup>(8)</sup> .....	p.43
F14	Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(26)</sup> .....	p.49
F15	Proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé selon le nombre de facteurs de risque, 1998 <sup>(8)</sup> .....	p.51
F16	Proportion de fumeurs actuels selon le sexe, Montréal, 1987 à 2000 <sup>(1, 8-10)</sup> .....	p.52
F17	Taux ajusté de mortalité par cancer du poumon, selon le sexe, Montréal, 1981-1983 à 1996-1998 <sup>(12, 17)</sup> .....	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 <sup>(12, 15, 17)</sup> .....	p.55
F19 Proportion de personnes ayant certaines mauvaises habitudes de vie, selon la catégorie de revenu, 1998 <sup>(8)</sup> .....	p.55
F20 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(26)</sup> .....	p.57
F21 Taux ajusté de mortalité par blessures accidentelles, selon le sexe, Montréal, 1981-1983 à 1996-1998 <sup>(12, 17)</sup> .....	p.59
F22 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(26)</sup> .....	p.63
F23 Nombre annuel de nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire, Montréal, 1998 et 2001 <sup>(11)</sup> .....	p.65
F24 Taux d'incidence par campylobactériose, salmonellose ou shigellose selon la catégorie de revenu, Montréal, 1997-2001 <sup>(11, 17)</sup> .....	p.67
F25 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(4-5, 20, 26-28)</sup> .....	p.69
F26 Hospitalisations survenues à Montréal selon la région de résidence, 1989-1990 à 2000-2001 <sup>(13)</sup> .....	p.71
F27 Taux de mortalité infantile selon la catégorie de revenu, Montréal, 1989-1993 à 1994-1998 <sup>(12, 14, 17)</sup> .....	p.72
F28 Proportion de femmes de 50-69 ans ayant subi une mammographie, 1987 à 2000-2001 <sup>(8-10, 26)</sup> .....	p.72
F29 Taux de certaines interventions pertinentes, Montréal 1990-1991 à 2000-2001 <sup>(13, 17)</sup> .....	p.73
F30 Nombre quotidien moyen de civières occupées à l'urgence, Montréal, 1995 à 2001 <sup>(21)</sup> .....	p.75
F31 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(26)</sup> .....	p.77
F32 Comparaison à d'autres régions urbaines du Canada <sup>(25-26)</sup> .....	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 <sup>(17, 24)</sup> .....	p.35
T2 Comparaisons des sous-régions de Montréal <sup>(18, 22, 24)</sup> .....	p.36
T3 Comparaisons des sous-régions de Montréal <sup>(12, 17)</sup> .....	p.41
T4 Comparaisons des sous-régions de Montréal <sup>(2-3, 12, 16-17, 22)</sup> .....	p.49
T5 Comparaisons des sous-régions de Montréal <sup>(12, 15, 17)</sup> .....	p.57
T6 Comparaisons des sous-régions de Montréal <sup>(13, 17)</sup> .....	p.63
T7 Comparaisons des sous-régions de Montréal <sup>(12-13, 17)</sup> .....	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<sup>e</sup> 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. Strohmeier, *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.