

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Profil thématique sur
l'état du vieillissement
à Laval
2016

Une publication de la

Direction de santé publique

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

800, boulevard Chomedey, tour A

Laval (Québec) H7V 3Y4

Téléphone : 450 978-2121

Télécopieur : 450 978-2100

Site Web : www.lavalensante.com

Direction

D^r Jean-Pierre Trépanier, directeur de santé publique

Coordination des travaux

M. Alexandre St-Denis, coordonnateur de la protection et de la surveillance de l'état de santé

Rédaction principale

M^{me} Émilie Blais, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Collaboration

M. Richard Allaire, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M^{me} Sylvie Chrétien, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M. Charles-Patrick Diene, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M^{me} Céline Dufour, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M^{me} Aude-Christine Guédon, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M. Richard Grignon, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M. Pierre-Hénel Jocelyn, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M^{me} Valérie Lantagne, Comité d'animation du 3^e âge de Laval

M^{me} France Martin, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Secrétariat et mise en pages

Jacinthe Bélanger

Marie-Christine Duquette

Graphisme

2NSB Design graphique

Révision linguistique

Geneviève Toussaint

Édition et diffusion

Ce document est disponible sur le site Web www.lavalensante.com, dans la section « Documentation »

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2016

Dépôt légal – 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN-978-2-550-76363-5 (version imprimée)

ISBN-978-2-550-76364-2 (version PDF)

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : MISE EN CONTEXTE.....	3
1.1 VIEILLESSE : UN CONCEPT EN ÉVOLUTION, UN PHÉNOMÈNE HÉTÉROGÈNE.....	5
1.2 APPROCHE POSITIVE DU VIEILLISSEMENT	7
1.2.1 <i>Modèle Vieillir en restant actif</i>	8
CHAPITRE 2 : VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE À LAVAL.....	11
2.1 CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE	13
2.2 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES	13
2.3 PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES.....	15
2.4 MESURES DÉMOGRAPHIQUES DU VIEILLISSEMENT.....	19
2.5 MIGRATION INTERRÉGIONALE	20
2.6 VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE EN BREF.....	22
CHAPITRE 3 : ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE	23
3.1 ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL.....	25
3.1.1 <i>Espérance de vie</i>	25
3.1.2 <i>Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité)</i>	26
3.1.3 <i>Incapacités</i>	27
3.1.4 <i>Perception de l'état de santé et du bien-être</i>	30
3.1.5 <i>Mortalité et principales causes de décès</i>	32
3.2 ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE	35
3.2.1 <i>Prévalence des problèmes de santé de longue durée</i>	35
3.2.2 <i>Liens entre les problèmes de santé de longue durée et les incapacités</i>	40
3.2.3 <i>Problèmes de santé associés au vieillissement et minant l'autonomie</i>	41
3.3 ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	49
3.3.1 <i>Démences et maladie d'Alzheimer</i>	51
3.3.2 <i>Troubles anxio-dépressifs</i>	52
3.3.3 <i>Facteurs protecteurs et facteurs de risque des troubles de santé mentale</i>	54
3.4 ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE EN BREF	56
CHAPITRE 4 : FACTEURS SOCIOCULTURELS ET SOCIOÉCONOMIQUES D'UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ	57
4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIOCULTURELLES DES AÎNÉS.....	59
4.1.1 <i>Situation des personnes âgées dans les ménages privés</i>	59
4.1.2 <i>Immigration</i>	61
4.1.3 <i>Langues</i>	64
4.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES DES AÎNÉS	65
4.2.1 <i>Scolarité</i>	65
4.2.2 <i>Participation au marché du travail</i>	67
4.2.3 <i>Revenu</i>	69
4.2.4 <i>Faible revenu</i>	73
4.2.5 <i>Accès à un logement abordable</i>	74
4.3 FACTEURS SOCIOCULTURELS ET SOCIOÉCONOMIQUES EN BREF	76
CHAPITRE 5 : FACTEURS COMPORTEMENTAUX ET SOCIAUX D'UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ	77
5.1 HABITUDES DE VIE.....	79

5.1.1	<i>Alimentation</i>	79
5.1.2	<i>Activité physique</i>	81
5.1.3	<i>Poids corporel</i>	82
5.1.4	<i>Tabagisme</i>	83
5.1.5	<i>Consommation d'alcool</i>	83
5.1.6	<i>Cumul des facteurs favorables à la santé</i>	84
5.1.7	<i>Santé buccodentaire</i>	85
5.1.8	<i>Consommation de médicaments</i>	86
5.2	ENVIRONNEMENT SOCIAL	87
5.2.1	<i>Appartenance, participation et soutien social</i>	87
5.2.2	<i>Proches aidants</i>	90
5.2.3	<i>Âgisme et maltraitance</i>	92
5.3	FACTEURS COMPORTEMENTAUX ET SOCIAUX EN BREF	95
CHAPITRE 6 : UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ		97
6.1	SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ	99
6.1.1	<i>Programmes de promotion et de prévention</i>	99
6.1.2	<i>Soins à domicile</i>	100
6.1.3	<i>Soins palliatifs à domicile</i>	102
6.2	HÉBERGEMENT	104
6.2.1	<i>Résidences privées pour personnes âgées</i>	104
6.2.2	<i>Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)</i>	104
6.2.3	<i>Centres d'hébergement et de soins de longue durée</i>	104
6.3	SOINS DE SANTÉ EN CLSC, EN CLINIQUE ET À L'HÔPITAL	105
6.3.1	<i>Services de première ligne</i>	105
6.3.2	<i>Hospitalisations de courte durée</i>	107
6.3.3	<i>Hospitalisations pour une chirurgie d'un jour</i>	112
6.3.4	<i>Région d'hospitalisation des aînés lavallois</i>	114
6.3.5	<i>Utilisation des soins hospitaliers selon certaines caractéristiques des aînés lavallois</i>	115
6.4	ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET BESOINS NON COMBLÉS	116
6.5	PROJECTION DE LA DEMANDE DE SERVICES DE SANTÉ	116
6.5.1	<i>Hospitalisations de courte durée</i>	118
6.5.2	<i>Équivalents-lits en courte durée</i>	119
6.5.3	<i>Chirurgies d'un jour</i>	120
6.6	UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN BREF	122
CONCLUSION		125
BIBLIOGRAPHIE		128

Liste des tableaux

Tableau 1. Déterminants d'un vieillissement actif et thématiques associées, modèle Vieillir en restant actif, 2002	9
Tableau 2. Population lavalloise de 65 ans et plus selon le groupe d'âge et le sexe, 2016	14
Tableau 3. Population lavalloise de 65 ans et plus et de 75 ans et plus selon les secteurs de BML, 2011	14
Tableau 4. Population lavalloise selon le groupe d'âge, 2016 et 2036, et écarts (%) entre 2016 et 2036 à Laval et au Québec	16
Tableau 5. Espérance de vie à la naissance, à 65 ans et à 75 ans, populations lavalloise et québécoise, de 1981-1983 à 2011	25
Tableau 6. Espérance de vie en bonne santé à la naissance et à 65 ans selon le sexe, populations lavalloise et québécoise, 2006	27
Tableau 7. Taux d'incapacité (%) selon le type d'incapacité, population de 65 ans et plus, Laval, 2010-2011	29
Tableau 8. Prévalence (%) du besoin d'aide selon le sexe et l'âge, population lavalloise de 65 ans et plus avec incapacité, 2010-2011.....	30
Tableau 9. Répartition (%) des décès selon la cause initiale et le groupe d'âge, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013	33
Tableau 10. Type et nombre de problèmes de santé de longue durée déclarés, prévalences (%) et nombres estimés, population lavalloise de 65 ans et plus, 2010-2011.....	36
Tableau 11. Prévalence (%) des démences selon le groupe d'âge et le sexe et estimations lavalloises, population de 60 ans et plus.....	51
Tableau 12. Proportion (%) de personnes âgées vivant seules selon le sexe et le groupe d'âge, populations lavalloise et québécoise vivant en ménage privé, 2011.....	61
Tableau 13. Répartition (%) des personnes âgées ayant immigré et vivant dans un ménage privé selon le lieu de naissance, Laval, 2011	62
Tableau 14. Répartition (%) de la population selon la situation dans le ménage privé et le statut d'immigrant, population lavalloise de 65 ans et plus, 2011.....	63
Tableau 15. Répartition (%) de la population selon la langue maternelle, la langue parlée le plus souvent à la maison et le sexe, population lavalloise de 65 ans et plus vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel, 2011	64
Tableau 16. Répartition (%) de la population selon le plus haut certificat, diplôme ou grade obtenu, population lavalloise de 65 ans et plus vivant dans un ménage privé, 2011	65
Tableau 17. Taux (%) d'emploi par groupe d'âge, populations lavalloise et québécoise, de 2009 à 2014.....	67

Tableau 18. Caractéristiques du revenu individuel selon le sexe, population lavalloise de 65 ans et plus, 2010	69
Tableau 19. Personnes vivant dans un ménage à faible revenu selon la MFR après impôt, par secteurs de BML, population lavalloise de 65 ans et plus, 2010.....	74
Tableau 20. Principaux médicaments consommés et proportion (%) de personnes en ayant consommé au moins une fois dans le dernier mois, population québécoise de 65 ans et plus, 2008-2009.....	87
Tableau 21. Proportion (%) de personnes ayant apporté de l'aide à un proche selon l'activité pour laquelle cette aide a été la plus importante, population québécoise de 65 ans et plus, 2008-2009.....	90
Tableau 22. Nombre de personnes ayant reçu des soins à domicile et nombre d'interventions selon le centre d'activité, population lavalloise de 65 ans et plus, 2014-2015	102
Tableau 23. Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs à domicile et nombre d'interventions selon le centre d'activité, population lavalloise de 65 ans et plus, 2014-2015.....	103
Tableau 24. Nombre de personnes ayant consulté un médecin rémunéré à l'acte et nombre de consultations, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2005-2006 à 2013-2014.....	105
Tableau 25. Répartition (%) des consultations d'un médecin rémunéré à l'acte selon le lieu de la consultation, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013-2014	106
Tableau 26. Nombre de personnes ayant reçu des services en CLSC et nombre d'interventions selon le centre d'activité, excluant les soins à domicile, population lavalloise de 65 ans et plus, 2014-2015.....	107
Tableau 27. Proportion (%) des hospitalisations de courte durée et durée moyenne de séjour selon certains regroupements de diagnostics principaux, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013-2014	110
Tableau 28. Nombre d'hospitalisations selon le type et la région où elles ont eu lieu, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013-2014.....	115
Tableau 29. Nombre d'épisodes d'hospitalisation observés et projetés et variations selon le groupe d'âge, de 2001-2002 à 2025-2026.....	118
Tableau 30. Nombre d'équivalents-lits observés et projetés et variations selon le groupe d'âge, de 2001-2002 à 2025-2026.....	119
Tableau 31. Nombre de chirurgies d'un jour observées et projetées et variations selon le groupe d'âge, de 2001-2002 à 2025-2026.....	120

Liste des figures

Figure 1. Ligne temporelle du vieillissement, profils de 2009 et de 2016	6
Figure 2. Modèle Vieillir en restant actif, 2002	8
Figure 3. Proportion (%) de la population lavalloise âgée de 65 ans et plus selon les secteurs de recensement, 2011	15
Figure 4. Importance des chutes chez les personnes âgées, Laval, 2013	43
Figure 5. Genèse des chutes et des fractures liées aux chutes, 2004	46

Liste des graphiques

Graphique 1. Population lavalloise selon le groupe d'âge, de 1981 à 2016	13
Graphique 2. Répartition (%) de la population lavalloise selon le groupe d'âge, 2016 et projections 2036 ..	17
Graphique 3. Proportion (%) projetée de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population selon les régions du Québec, 2036	18
Graphique 4. Rapport de masculinité (%), population lavalloise de 65 ans et plus, de 2016 à 2036	19
Graphique 5. Indice de dépendance des aînés (%) et indice de vieillesse (%), population lavalloise, de 1996 à 2036	19
Graphique 6. Taux (%) de migration interrégionale, population lavalloise de 65 ans et plus et population totale, de 2001-2002 à 2012-2013	21
Graphique 7. Espérance de vie à 65 ans et à 75 ans selon le sexe, population lavalloise, de 1981-1983 à 2011	26
Graphique 8. Taux (%) d'incapacité selon le groupe d'âge et la gravité de l'incapacité, population lavalloise de 65 ans et plus, 2010-2011	28
Graphique 9. Répartition (%) de la population selon la perception de l'état de santé et le sexe, population lavalloise de 65 ans et plus, 2011-2012	31
Graphique 10. Taux de mortalité (pour 100 000 personnes) selon le groupe d'âge, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2000-2001 à 2012-2013	32
Graphique 11. Proportion (%) de décès par tumeurs, maladies du système nerveux et troubles mentaux et du comportement selon le sexe, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013	34
Graphique 12. Prévalence (%) de l'hypertension et nombre de personnes atteintes, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2000-2001 à 2013-2014	37
Graphique 13. Prévalence (%) du diabète et nombre de personnes atteintes de cette maladie, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2000-2001 à 2013-2014	38
Graphique 14. Prévalence (%) du cancer selon la période du diagnostic et le sexe, population lavalloise de 65 ans et plus, 2011	39
Graphique 15. Taux d'incapacité (%) selon le fait d'avoir déclaré ou non certains problèmes de santé de longue durée, population québécoise de 65 ans et plus, 2010-2011	40
Graphique 16. Taux (pour 10 000 personnes) et nombre d'hospitalisations de courte durée liées aux chutes, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2001-2002 à 2013-2014	44
Graphique 17. Taux (pour 10 000 personnes) d'hospitalisation de courte durée liée à une chute selon le groupe d'âge et le sexe, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013-2014	45

Graphique 18. Prévalence (%) des problèmes de santé mentale selon l'âge et le sexe, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013-2014	50
Graphique 19. Prévalence (%) des troubles anxio-dépressifs, populations lavalloise et québécoise de 65 ans et plus, 2013-2014	53
Graphique 20. Répartition (%) de la population selon la situation dans le ménage privé, population lavalloise de 65 ans et plus, 2011	60
Graphique 21. Proportion (%) de personnes âgées vivant seules selon le groupe d'âge, populations lavalloise et québécoise vivant en ménage privé, 2006 et 2011	61
Graphique 22. Proportion (%) de personnes n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade ou ayant obtenu un certificat, diplôme ou grade universitaire, populations lavalloise et québécoise de 65 ans et plus vivant dans un ménage privé, 2001, 2006 et 2011	66
Graphique 23. Durée anticipée de vie en emploi à 50 ans, populations canadienne et québécoise, de 1977 à 2009	68
Graphique 24. Revenu moyen (\$) après impôt des ménages où le principal soutien est âgé de 65 ans ou plus, ménages composés d'une seule personne et ensemble des ménages, populations lavalloise, québécoise et par secteurs de BML, 2010	70
Graphique 25. Revenu moyen (\$) après impôt des familles économiques dont la personne repère est âgée de 65 ans ou plus, selon le type de famille, population lavalloise, 2010	72
Graphique 26. Proportion (%) de personnes vivant dans un ménage à faible revenu selon la MFR, par sexe, population lavalloise de 65 ans et plus, 2010	73
Graphique 27. Proportion (%) de logements non abordables parmi les ménages où le principal soutien est une personne âgée de 65 ans ou plus, ménages locataires et propriétaires, populations lavalloise et québécoise, 2011	75
Graphique 28. Proportion (%) de personnes présentant un risque nutritionnel élevé selon le groupe d'âge et le sexe, population québécoise de 65 ans et plus, 2008-2009.....	80
Graphique 29. Répartition (%) de la population selon la fréquence de la consommation d'alcool dans la dernière année, population lavalloise de 65 ans et plus, 2011-2012	83
Graphique 30. Répartition (%) de la population selon le nombre de facteurs favorables à la santé, populations lavalloise et québécoise de 65 ans et plus, 2011-2012	84
Graphique 31. Proportion (%) de personnes participant fréquemment à des activités sociales selon le type d'activité, population québécoise de 65 ans et plus, 2008-2009.....	88
Graphique 32. Répartition (%) des proches aidants selon l'âge et le lien avec le bénéficiaire, population québécoise de 65 ans et plus, 2008-2009	91
Graphique 33. Proportion (%) et nombre de personnes ayant reçu des soins à domicile selon l'âge, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2001-2002 à 2014-2015	101

Graphique 34. Taux (pour 10 000 personnes) et nombre d'hospitalisations de courte durée, populations lavalloise et québécoise de 65 ans et plus, de 2001-2002 à 2013-2014	108
Graphique 35. Taux d'hospitalisation de courte durée (pour 10 000 personnes) selon l'âge et le sexe, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013-2014	109
Graphique 36. Proportion (%) de personnes hospitalisées en courte durée (excluant les naissances vivantes) sur l'ensemble de la population du même groupe d'âge, populations lavalloise et québécoise, 2013-2014	110
Graphique 37. Taux (pour 1 000 personnes) et nombre d'équivalents-lits en courte durée selon le groupe d'âge, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2001-2002 à 2013-2014.....	112
Graphique 38. Taux (pour 10 000 personnes) de chirurgies d'un jour selon le groupe d'âge, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2001-2002 à 2013-2014	113
Graphique 39. Répartition (%) des chirurgies d'un jour selon le diagnostic principal, population lavalloise de 65 ans et plus, 2013-2014.....	114
Graphique 40. Proportion (%) de personnes ayant eu recours à au moins un service hospitalier selon certaines caractéristiques, population lavalloise de 65 ans et plus, 2010-2011	116
Graphique 41. Taux d'hospitalisation de courte durée (pour 10 000 personnes) et projections selon le groupe d'âge, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2001-2002 à 2025-2026	118
Graphique 42. Taux d'équivalents-lits en courte durée (pour 1 000 personnes) et projections selon le groupe d'âge, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2001-2002 à 2025-2026.....	119
Graphique 43. Taux (pour 10 000 personnes) de chirurgies d'un jour et projections selon le groupe d'âge, population lavalloise de 65 ans et plus, de 2001-2002 à 2025-2026	120

Liste des abréviations

BML	Bureau municipal lavallois
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DSPublique	Direction de santé publique
ENM	Enquête nationale auprès des ménages
EPLA	Enquête sur la participation et les limitations d'activités
EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

Introduction

Le présent document constitue une deuxième édition du *Profil thématique sur l'état du vieillissement à Laval*, publié en 2009.

Dans le cadre du Plan régional de surveillance, la Direction de santé publique (DSPublique) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval s'est engagée à produire divers profils traitant des principales clientèles et thématiques en matière de santé publique. L'objectif de ces profils est de dresser le portrait le plus complet possible de la thématique choisie et de mettre en lumière les enjeux à surveiller. Il ne s'agit pas de donner une description des services, mais plutôt d'établir un bilan de santé des Lavallois. Nous souhaitons qu'il serve de point de départ aux discussions des intervenants qui travaillent à améliorer le confort, le bien-être et la santé des aînés lavallois et qu'il contribue à orienter leur pratique. De plus, reprendre périodiquement cet exercice nous permet de mettre à jour l'information et de dégager les tendances et les problèmes émergents.

Le vieillissement est un sujet très vaste. Dans ce profil, nous avons tenté de traiter des principaux thèmes abordés par la littérature scientifique et rapportés par les membres du comité consultatif. Nous y avons réuni, en plus des renseignements sur l'état de santé des aînés, des informations sur les déterminants sociaux de la santé, comme les conditions et les habitudes de vie, l'environnement social et le système de soins. Toutefois, nous ne prétendons pas faire état de l'ensemble des thématiques associées à la santé des aînés dans ce document. La littérature portant sur les thèmes choisis étant très abondante et très pointue, les preuves scientifiques présentées ici peuvent provenir de plusieurs ouvrages, sans pour autant couvrir l'ensemble des informations disponibles sur un même thème. De même, il était parfois impossible d'avoir accès à des données québécoises ou lavalloises. Dans ces cas-là, des estimations ont été faites à partir des études qui paraissaient les plus rigoureuses.

Puisque les personnes âgées de 65 ans et plus ne composent pas un bloc homogène, nous avons tenté de présenter nos données par tranches d'âge plus restreintes lorsque cela était possible. De plus, comme il s'agit d'une réédition, ce portrait reprend certaines sections du profil de 2009, en y ajoutant les données les plus récentes. De nouvelles sections viennent en outre enrichir le document avec des données d'enquête ou des thématiques qui reflètent davantage nos préoccupations actuelles.



Chapitre 1 : Mise en contexte

La question du vieillissement de la population préoccupe de plus en plus les sociétés occidentales. Les Nations Unies estiment que d'ici à 2050, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde dépassera celui des jeunes pour la première fois de l'histoire. Au Canada, en 2015, les 65 ans et plus sont plus nombreux que les 14 ans et moins, une situation jusque-là inédite au pays (Statistique Canada, 2015). Au Québec, ce phénomène s'est produit en 2011 (MSSS, 2015).

La croissance de la proportion d'ainés s'explique par l'allongement de l'espérance de vie et par une diminution de la natalité depuis 1950. Cette transformation démographique représentera un défi de taille dans l'avenir, les sociétés devant trouver des moyens de s'adapter à cette nouvelle réalité (OMS, 2002).

1.1 VIEILLESSE : UN CONCEPT EN ÉVOLUTION, UN PHÉNOMÈNE HÉTÉROGÈNE

Qu'entend-on par « vieillesse »? Quand sommes-nous âgés?

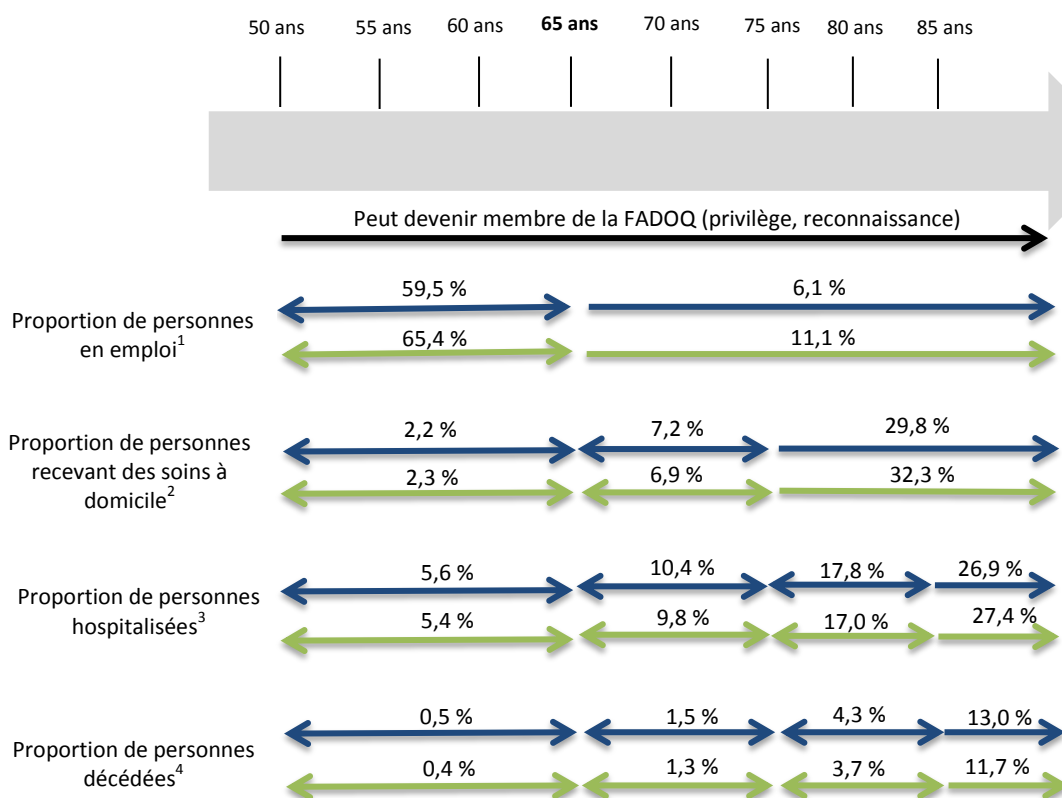
Il n'existe pas de définition claire et consensuelle de la vieillesse. Faut-il tenir compte de l'âge chronologique ou physiologique, ou encore se baser sur des événements précis tels que l'âge à la retraite?

Pour plusieurs, on emploie le terme « personnes âgées » pour désigner les personnes qui ont atteint 65 ans. Cette limite a longtemps été associée à l'âge de la retraite. Cela dit, dans les dernières décennies, les trajectoires de vie ont évolué. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2015), l'âge moyen à la retraite au Canada a beaucoup diminué depuis les années 60. Toutefois, après avoir baissé jusqu'à 62,2 ans chez les hommes et 59,8 ans chez les femmes, l'âge moyen augmente de nouveau graduellement depuis la fin des années 90 et a atteint, en 2012, 63,8 ans chez les hommes et 62,5 ans chez les femmes. Au Québec, on assiste également à une tendance au report de la retraite.

Par ailleurs, la segmentation sociale commence bien avant le moment de la retraite. En effet, c'est à partir de 50 ans qu'une personne est admissible au Réseau FADOQ (anciennement Fédération de l'Âge d'Or du Québec). Ainsi, sur plus de 300 000 membres de ce regroupement, plus d'un sur cinq est âgé de moins de 60 ans (Réseau FADOQ, 2014). On peut aussi définir la vieillesse du point de vue de la diminution des capacités et de la perte d'autonomie. Comme cela a été constaté dans le profil de 2009, c'est à partir de 75 ans que le déclin physique ou mental s'accélère et que les besoins en matière de soins de santé se font davantage sentir.

Il existe donc un écart important entre la définition sociale de la vieillesse (dès 50 ans) et celle qui repose sur la physiologie (à partir de 75 ans). C'est ce qu'on peut constater dans la figure suivante. En effet, on y remarque qu'une majorité de Lavallois ayant entre 50 et 64 ans sont toujours sur le marché du travail, que très peu nécessitent des soins à domicile, que moins de 6 % sont hospitalisés et que moins de 1 % décèdent. À partir de 65 ans, le taux d'emploi chute radicalement, tandis que les taux de soins à domicile, d'hospitalisation de courte durée et de mortalité augmentent graduellement. On note également des taux beaucoup plus élevés à partir de 75 ans. La figure présente aussi l'évolution de la ligne temporelle du vieillissement depuis le profil de 2009. On remarque entre autres que chez les 65 ans et plus, le taux d'emploi a presque doublé, tandis que le taux de mortalité a diminué.

FIGURE 1. LIGNE TEMPORELLE DU VIEILLISSEMENT, PROFILS DE 2009 ET DE 2016



1. Taux d'emploi en 2009 (bleu foncé) et en 2014 (vert).
Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la population active, 2014, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.
2. Proportion de Lavallois ayant reçu des soins à domicile durant l'année en 2007-2008 (bleu foncé) et en 2013-2014 (vert).
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers I-CLSC.
3. Proportion de Lavallois hospitalisés au moins une fois au courant de l'année en 2007-2008 (bleu foncé) et en 2013-2014 (vert).
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ÉCHO.
4. Proportion de Lavallois décédés en 2006-2007 (bleu foncé) et en 2012-2013 (vert).
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des décès.

Un vieillissement, différentes réalités

Quand on considère l'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration des déterminants de la santé et les changements sociétaux, on constate que la personne âgée de 65 ans d'aujourd'hui n'est pas la même que celle d'il y a 25 ou 30 ans. Il est dès lors difficile de fixer un âge précis associé au statut d'ainé, d'autant plus que la vieillesse peut être vécue de façon très différente d'une personne à l'autre. L'âge chronologique n'est donc pas nécessairement le meilleur indicateur de la vieillesse.

En effet, le concept de la vieillesse est subjectif et la perception qu'une personne a de son vieillissement est importante. Ainsi, certaines personnes âgées souffrant d'incapacités ne se considèrent pas comme « si vieilles », alors que d'autres qui n'ont pas de problèmes de santé particuliers se sentent plus avancées en âge et en sont très affectées :

« La perception de l'état de santé d'une personne et de son propre vieillissement sera influencée par divers facteurs : sa situation aux plans de ses ressources personnelles et de celles de son milieu de vie, son sentiment d'être utile ou de pouvoir atteindre des objectifs personnels, le degré d'acceptation des pertes subies, l'image que son environnement lui renvoie, etc. » (Cardinal et autres, 2008 : 8).

Au-delà de la subjectivité relative au vieillissement, on constate aussi de grandes variations entre les personnes âgées. De nombreux facteurs vont déterminer l'âge où une personne connaîtra un déclin de ses capacités fonctionnelles. Ces facteurs peuvent être génétiques ou biologiques, liés aux habitudes ou au milieu de vie. Les conditions socioéconomiques d'une personne, son sexe ou sa culture sont d'autres éléments qui peuvent également la protéger ou la mettre plus à risque (OMS, 2002).

Malgré cette grande variabilité, il est tout de même important d'avoir des critères cohérents fondés sur l'âge pour l'étude du vieillissement, la comparabilité, l'élaboration de programmes et de politiques, etc. Dans le présent document, les termes « aînés » et « personnes âgées » désignent les personnes de 65 ans et plus. Toutefois, nous sommes conscients que ce groupe d'âge est très hétérogène, la vie étant différente à 65 ans, à 75 ans ou à 85 ans. C'est pourquoi nous tenterons autant que possible, dans nos analyses, de présenter les données par tranches d'âge.

1.2 APPROCHE POSITIVE DU VIEILLISSEMENT

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2002), le vieillissement de la population mondiale est à la fois l'un des plus grands triomphes de l'humanité et l'un des plus grands défis à relever. Ainsi, elle considère que les sociétés devront procéder à des changements (politiques, programmes, etc.) afin d'atténuer les conséquences du vieillissement de population.

Le vieillissement actuel et projeté rend encore plus important le fait de miser sur une approche positive qui favorise un maintien de la qualité de vie des personnes âgées et qui met l'accent sur l'importance des aînés et de leur rôle dans notre société. Cette approche doit reposer davantage sur la promotion de la santé et la prévention plutôt que sur les traitements et les soins prodigués aux personnes en perte d'autonomie (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être, 2006). Même si le vieillissement d'une personne est inévitable, il est possible de l'influencer positivement en insistant sur le potentiel des personnes âgées et sur les façons d'améliorer ou de maintenir leur qualité de vie (Cardinal et autres, 2008). Voici en quoi consiste, selon Santé Canada, le fait de vieillir en santé :

« [Le vieillissement en santé est] un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant d'améliorer et de préserver la santé et le bien-être physique, social et psychologique, l'autonomie et la qualité de vie ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie » (2002, dans Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être, 2006).

1.2.1 Modèle Vieillir en restant actif

Plusieurs modèles conceptuels du vieillissement utilisent une approche positive. Toutefois, celui préconisé dans notre analyse de l'état du vieillissement à Laval est le modèle Vieillir en restant actif de l'OMS (2002).

Ce modèle aborde la santé d'un point de vue large. Telle qu'elle est définie par l'OMS, la santé inclut le bien-être autant physique que mental et social. La participation de nombreux secteurs est donc importante dans le cadre d'un vieillissement actif, puisque les programmes qui découlent du modèle doivent favoriser aussi bien la santé mentale et les liens sociaux que la santé physique.

Selon l'OMS, vieillir en restant actif est le « processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse » (2002). Le terme « actif » désigne ici une implication constante dans des activités socioéconomiques, culturelles, spirituelles et citoyennes, et non pas uniquement l'aptitude à l'activité physique ou à l'emploi. L'expression « vieillir en restant actif », adoptée par l'OMS à la fin des années 90, se veut ainsi plus complète que « vieillir en bonne santé ».

La figure suivante présente le modèle proposé par l'OMS. Celui-ci se compose de six grands déterminants qui ont une influence sur le vieillissement actif d'une personne.

FIGURE 2. MODÈLE VIEILLIR EN RESTANT ACTIF, 2002



Adapté de : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2002.

Les six grands déterminants du modèle Vieillir en restant actif ainsi que quelques exemples de thématiques qui y sont associées sont présentés dans le tableau 1. Selon l'OMS, les politiques et les programmes qui agissent sur ces déterminants auront un effet sur l'état de santé des personnes, sur leur niveau de sécurité ainsi que sur leur participation aux activités socioéconomiques, culturelles, spirituelles et citoyennes.

TABLEAU 1. DÉTERMINANTS D'UN VIEILLISSEMENT ACTIF ET THÉMATIQUES ASSOCIÉES, MODÈLE VIEILLIR EN RESTANT ACTIF, 2002

Déterminants d'un vieillissement actif	Thématiques
1. Services sanitaires et sociaux	Promotion de la santé et prévention des maladies, services curatifs, soins de longue durée, services de santé mentale
2. Facteurs comportementaux	Tabac, activité physique, alimentation saine, santé buccodentaire, alcool, médicaments
3. Facteurs personnels	Biologie et génétique, facteurs psychologiques
4. Environnement physique	Milieu physique adapté, logement sûr, prévention des chutes
5. Facteurs sociaux	Soutien social, violence et maltraitance, éducation
6. Facteurs économiques	Revenus, protection sociale, travail

Note : Les thématiques associées à chaque déterminant sont des exemples mentionnés par l'OMS. La liste n'est pas exhaustive et les thématiques ne sont pas nécessairement propres à un seul déterminant.

Source : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2002.

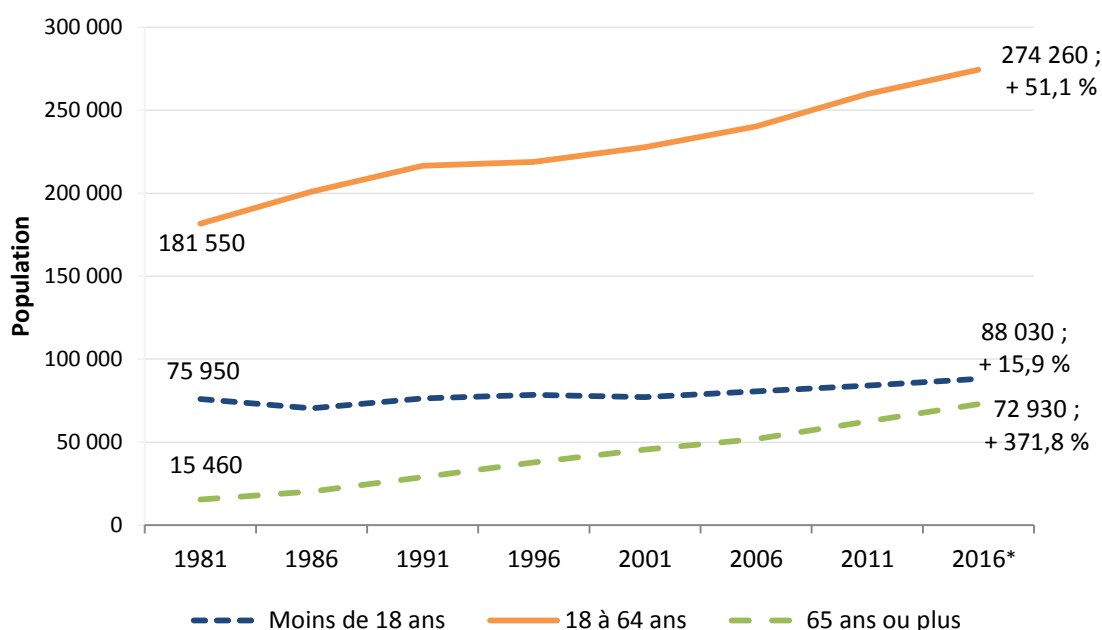


Chapitre 2 : Vieillesse démographique à Laval

2.1 CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE

Dans les dernières années, bien qu'un accroissement démographique ait été observé dans tous les groupes d'âge, c'est chez les 65 ans et plus qu'il a été le plus important. En effet, entre 1981 et 2016, la population d'ânés lavallois a plus que quadruplé. De plus, la part de ceux-ci dans la population totale a presque triplé, passant de 5,7 % à 16,8 %. Dans l'ensemble du Québec, durant la même période, la part des 65 ans et plus dans la population totale est passée de 7,6 % à 18,0 %.

GRAPHIQUE 1. POPULATION LAVALLOISE SELON LE GROUPE D'ÂGE, DE 1981 À 2016



Note : Les nombres sont arrondis à la dizaine près.

*Projections de population.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Estimations et projections démographiques selon le découpage du réseau sociosanitaire du Québec (1981-1995, avril 2012; 1996-2016, mars 2015).

2.2 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

En 2016, la population lavalloise d'ânés est estimée à 72 930 personnes. La majorité (52,1 %) fait partie de la tranche d'âge la plus jeune (de 65 à 74 ans), mais dans une proportion plus faible que celle que l'on observe dans l'ensemble du Québec (57,3 %).

De plus, comme le démontre le tableau suivant, on dénombre davantage de femmes (56 %) que d'hommes (44 %) de 65 ans et plus. L'écart entre les sexes augmente graduellement avec les tranches d'âge. Chez les 85 ans et plus, il y aurait près de deux fois plus de femmes que d'hommes. Cela s'explique par une espérance de vie plus élevée chez les femmes que chez les hommes, comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre suivant.

TABLEAU 2. POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE, 2016

Tranche d'âge	Total (%)	Nombre de femmes	Nombre d'hommes	Rapport de masculinité*
De 65 à 74 ans	38 020 (52,1 %)	20 040	17 980	89,7
De 75 à 84 ans	24 490 (33,6 %)	13 860	10 620	76,6
85 ans et plus	10 420 (14,3 %)	6 840	3 590	52,5
65 ans et plus	72 930 (100,0 %)	40 740	32 190	79,0

*Le rapport de masculinité correspond au nombre d'hommes pour 100 femmes.

Note : Les nombres sont arrondis à la dizaine près.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Une population d'âinés plus concentrée dans certains secteurs

Les données de 2011 selon le découpage par secteurs de bureaux municipaux lavallois (BML) nous montrent qu'une plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus et de 75 ans et plus résident dans le territoire du BML de Laval-des-Rapides et Pont-Viau (BML 2) ainsi que dans Chomedey (BML 3). Dans ce dernier cas, on observe que plus d'une personne sur cinq est âgée de 65 ans ou plus et qu'environ une personne sur dix est âgée de 75 ans ou plus.

TABLEAU 3. POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS ET DE 75 ANS ET PLUS SELON LES SECTEURS DE BML, 2011

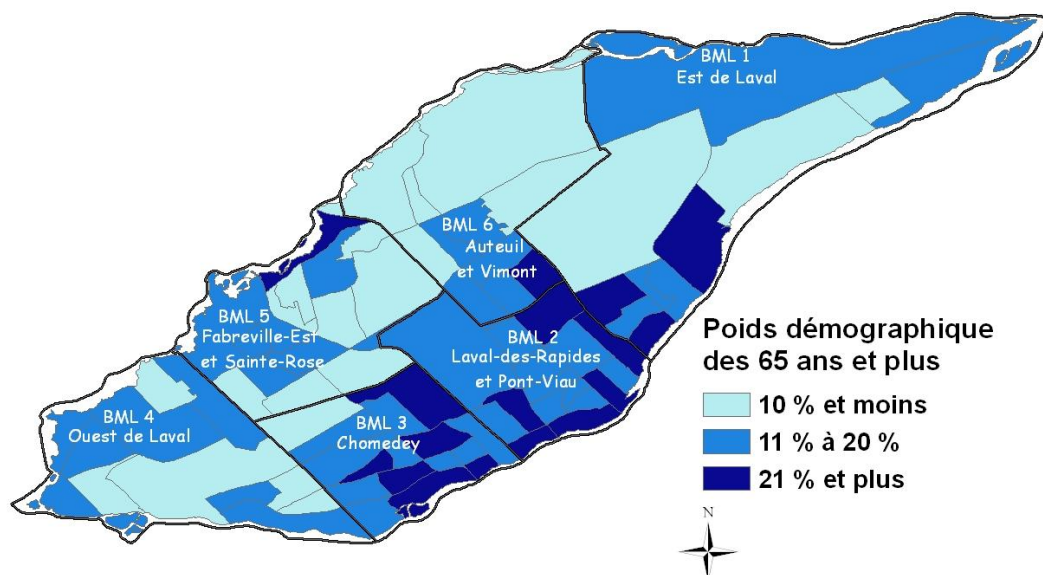
Secteurs de BML	65 ans et plus		75 ans et plus	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
1. Duvernay, Saint-François et Saint-Vincent-de-Paul	8 810	15,4	3 960	6,9
2. Pont-Viau, Renaud-Coursol et Laval-des-Rapides	13 810	19,1	7 180	9,9
3. Chomedey	17 640	21,5	9 120	11,1
4. Sainte-Dorothée, Laval-Ouest, Laval-Les Îles, Fabreville-Ouest et Laval-sur-le-Lac	6 720	10,7	2 900	4,6
5. Fabreville-Est et Sainte-Rose	7 470	11,1	2 970	4,4
6. Auteuil et Vimont	8 160	13,7	3 650	6,1
Ensemble de Laval	62 590	15,6	29 770	7,4

Note : Les nombres sont arrondis à la dizaine près.

Source : STATISTIQUE CANADA, recensement de 2011.

La carte suivante présente la répartition des Lavallois de 65 ans et plus par secteurs de recensement en 2011.

FIGURE 3. PROPORTION (%) DE LA POPULATION LAVALLOISE ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS SELON LES SECTEURS DE RECENSEMENT, 2011



BML 1 – Est de Laval (Duvernay, Saint-François et Saint-Vincent-de-Paul); BML 2 – Pont-Viau, Renaud-Coursol et Laval-des-Rapides; BML 3 – Chomedey; BML 4 – Ouest de Laval (Sainte-Dorothée, Laval-Ouest, Laval-Les Îles, Fabreville-Ouest et Laval-sur-le-Lac); BML 5 – Fabreville-Est et Sainte-Rose; BML 6 – Auteuil et Vimont.

Source : STATISTIQUE CANADA, recensement de 2011.

On observe que les secteurs de recensement où la proportion de la population de 65 ans et plus dépasse 20 % sont généralement situés sur le territoire des BML 2 et 3, au sud de Laval. Toutefois, deux autres secteurs qui se trouvent dans Fabreville-Est et Sainte-Rose de même que dans l'est de Laval affichent également une forte proportion d'aînés.

2.3 PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES

Selon les projections de population de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) basées sur le recensement de 2011, la croissance démographique se poursuivra à un rythme plus soutenu à Laval qu'au Québec. En effet, entre 2016 et 2036, on prévoit que la population lavalloise augmentera presque deux fois plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec (22,0 % à Laval comparativement à 12,4 % au Québec).

Si on analyse les projections de population par groupe d'âge (tableau 4), on constate que l'augmentation la plus forte sera observée parmi les plus âgés, plus précisément chez les Lavallois de 85 ans et plus (+ 132,3 %), suivis de ceux de 75 à 84 ans (+ 91,5 %).

La répartition des aînés par tranches d'âge sera donc modifiée, puisque la proportion des 65 à 74 ans parmi l'ensemble des 65 ans et plus passera de 52,1 % en 2016 à 43,6 % en 2036, tandis que les aînés des tranches d'âge supérieures seront proportionnellement plus nombreux.

Ce vieillissement parmi les personnes âgées sera aussi observable dans l'ensemble du Québec, la part des 65 à 74 ans passant de 57,3 % en 2016 à 43,3 % en 2036. Dans cette tranche d'âge la plus jeune, l'écart actuel entre Laval et l'ensemble du Québec, souligné à la section 2.2, diminuera donc grandement.

TABLEAU 4. POPULATION LAVALLOISE SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2016 ET 2036, ET ÉCARTS (%) ENTRE 2016 ET 2036 À LAVAL ET AU QUÉBEC

Groupe d'âge	Laval 2016	Laval 2036	Laval Écart entre 2016 et 2036 (%)	Québec
Moins de 18 ans	88 030	107 230	21,8	10,7
De 18 à 64 ans	274 260	297 190	8,4	-1,2
65 ans et plus	72 930	126 040	72,8	62,0
De 65 à 74 ans	38 020 (52,1 %)	54 920 (43,6 %)	44,5	22,4
De 75 à 84 ans	24 490 (33,6 %)	46 910 (37,2 %)	91,5	107,6
85 ans et plus	10 420 (14,3 %)	24 210 (19,2 %)	132,3	132,0
Population totale	435 220	530 770	22,0	12,4

Note : Les nombres sont arrondis à la dizaine près.

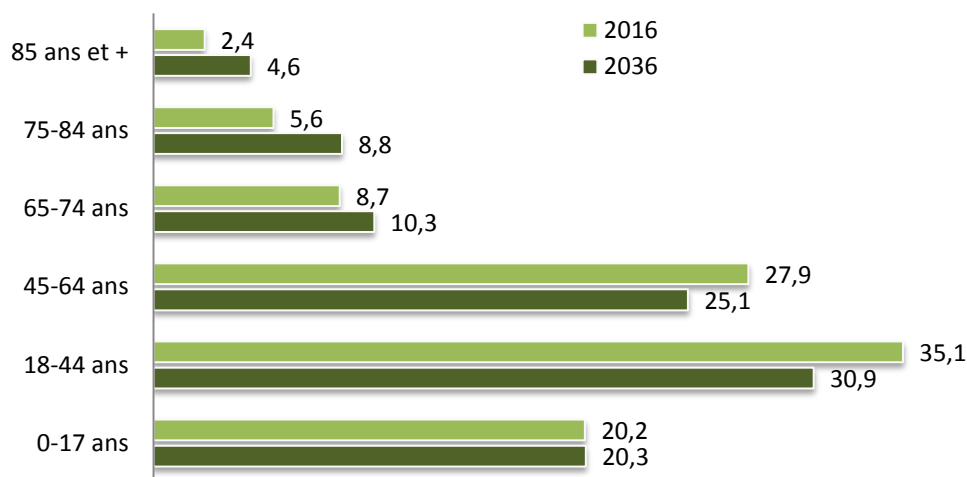
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Malgré une augmentation projetée de la population des aînés plus importante à Laval qu'au Québec, la région connaîtra également une croissance plus forte dans les groupes d'âge les plus jeunes. La population lavalloise restera donc globalement plus jeune que celle de l'ensemble du Québec, avec un âge médian projeté de 44,2 ans en 2036, comparativement à 45,5 ans au Québec.

Autre fait intéressant, on prévoit que la population de la tranche d'âge la plus jeune des aînés lavallois, les 65 à 74 ans, commencera à diminuer à partir de 2033 à Laval, tandis que celle des tranches supérieures continuera d'augmenter. Cela peut être associé au déplacement de la génération des baby-boomers dans les tranches d'âge plus avancées. En effet, en 2033, les baby-boomers seront âgés de 68 à 87 ans, mais la majorité (environ 70 %) aura atteint 75 ans.

Le graphique suivant présente la répartition de la population lavalloise selon les groupes d'âge en 2016 et en 2036. On constate que la part qu'occupent les personnes âgées dans l'ensemble de la population lavalloise continuera d'augmenter dans les prochaines années, tandis que celle des 18 à 64 ans diminuera et que celle des moins de 18 ans restera sensiblement la même. Plus précisément, on prévoit que la part de la population de 65 ans et plus passera de 16,8 % à 23,7 % entre 2016 et 2036.

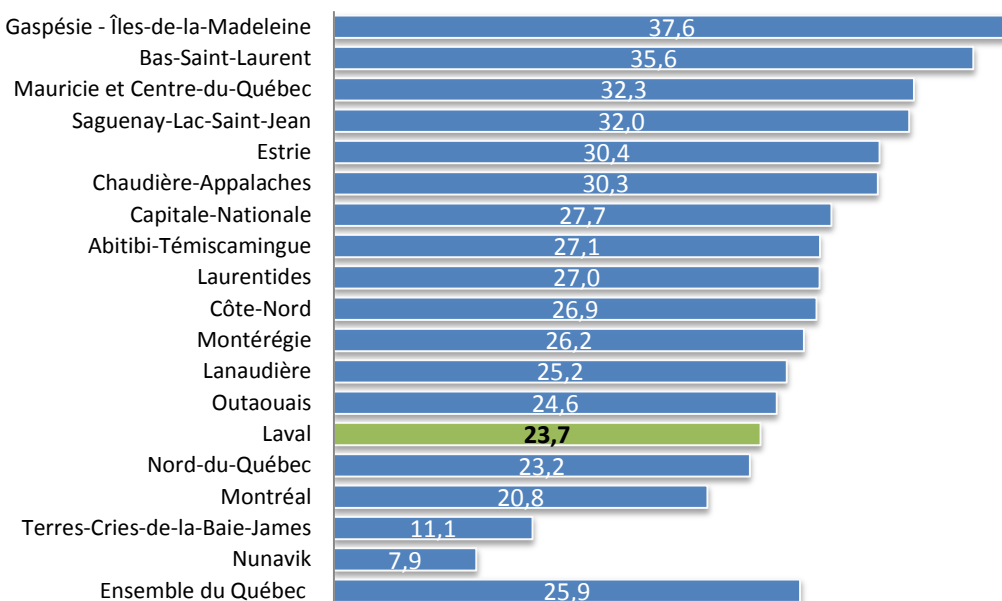
GRAPHIQUE 2. RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION LAVALLOISE SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2016 ET PROJECTIONS 2036



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Malgré une forte augmentation du nombre d'aînés lavallois, les projections montrent que la région aura, en 2036, une des plus faibles proportions de personnes âgées au Québec. En effet, Laval se classe cinquième à cet égard, après les trois régions du nord du Québec et de Montréal. Comme nous l'avons mentionné précédemment, cette plus faible proportion s'explique en partie par le fait que la région connaîtra aussi une importante augmentation de population dans les tranches d'âge plus jeunes.

GRAPHIQUE 3. PROPORTION (%) PROJETÉE DE PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS DANS LA POPULATION SELON LES RÉGIONS DU QUÉBEC, 2036

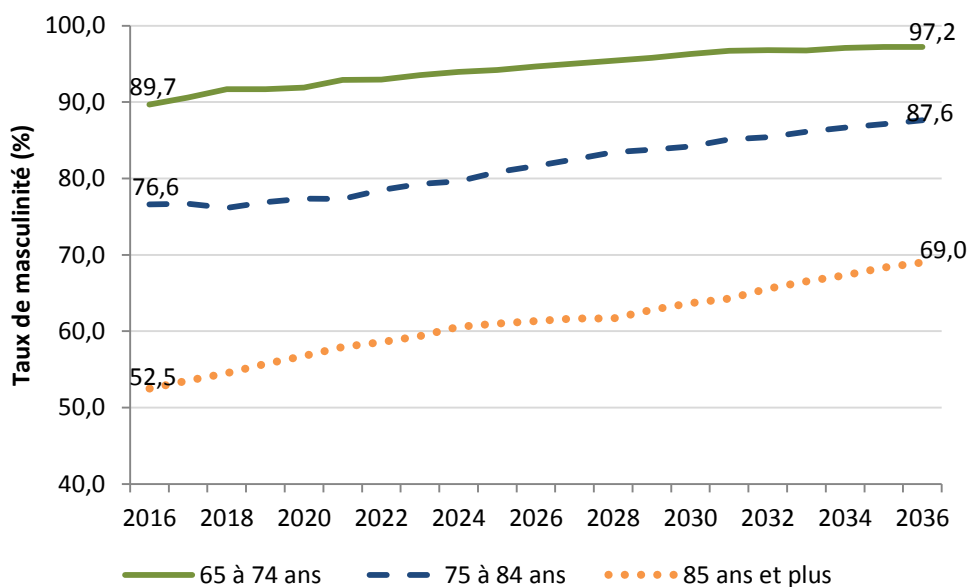


Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

L'écart démographique entre les hommes et les femmes de 65 ans et plus continuera de diminuer

Comme on peut le constater au tableau 2, il y a actuellement 79,0 hommes âgés pour 100 femmes du même âge à Laval. Cette proportion a beaucoup augmenté dans les dernières années (elle était de 72,7 % en 1996), une tendance qui perdurera dans le futur. En effet, d'ici 2036, on prévoit que le taux de masculinité augmentera dans toutes les tranches d'âge d'ânés. En 2036, le nombre d'hommes et de femmes de 65 à 74 ans sera presque équivalent, avec 97,2 hommes pour 100 femmes. Cette proportion sera de 87,6 % chez les 75 à 84 ans et de 69,0 % chez les 85 ans et plus. C'est d'ailleurs dans cette dernière tranche d'âge que la diminution de l'écart entre les sexes sera la plus importante.

GRAPHIQUE 4. RAPPORT DE MASCULINITÉ (%), POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2016 À 2036



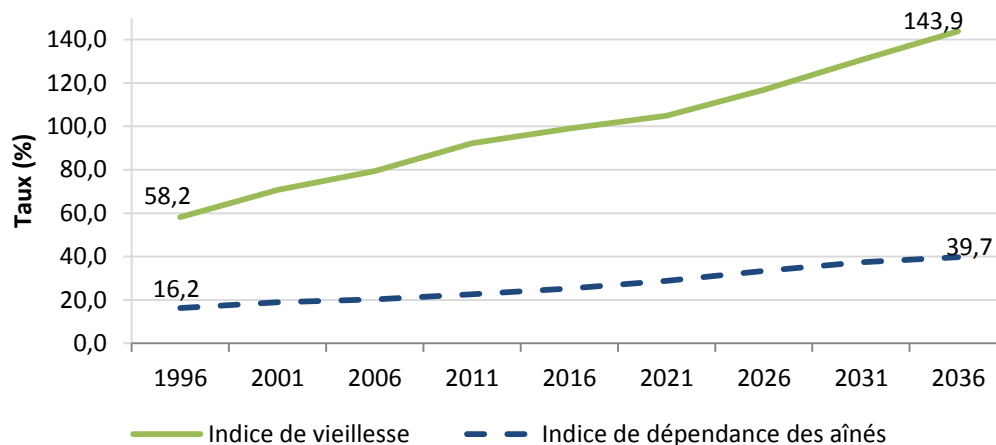
Note : Le taux de masculinité correspond au nombre d'hommes pour 100 femmes.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

2.4 MESURES DÉMOGRAPHIQUES DU VIEILLISSEMENT

Comme on a pu l'observer dans le tableau 4, l'augmentation démographique projetée à Laval se fera à un rythme beaucoup plus rapide chez les personnes âgées que dans les autres groupes d'âge. Deux indicateurs du vieillissement, soit l'indice de dépendance des aînés et l'indice de vieillesse, témoignent de cette tendance. Le graphique suivant présente l'historique de ces deux indicateurs depuis 1996 et les projections jusqu'en 2036.

GRAPHIQUE 5. INDICE DE DÉPENDANCE DES AÎNÉS (%) ET INDICE DE VIEILLESSE (%), POPULATION LAVALLOISE, DE 1996 À 2036



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

L'**indice de dépendance des aînés**¹ est un concept économique qui vise essentiellement à calculer le rapport entre la population âgée de 65 ans et plus, qui, en principe, est inactive (retirée du marché du travail), et la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans). À Laval, cet indice a augmenté significativement depuis 1996 pour s'élever à 25,3 % en 2016. On prévoit qu'il continue de croître pour atteindre 39,7 % en 2036 (43,9 % dans l'ensemble du Québec). Cela signifie qu'il y aura 39,7 Lavallois de 65 ans et plus pour 100 Lavallois de 15 à 64 ans.

L'autre indicateur présenté dans le graphique 5, l'**indice de vieillesse**, correspond à la proportion de la population totale des 65 ans et plus par rapport à la population totale des moins de 15 ans. Les taux présentés dans le graphique nous permettent de constater qu'en 1996, Laval comptait beaucoup plus de jeunes que de personnes âgées (58,2 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes). Depuis, le nombre de jeunes a augmenté à un rythme assez faible, c'est pourquoi on prévoit qu'en 2018, les personnes âgées seront plus nombreuses que les moins de 15 ans. L'écart entre les deux groupes d'âge continuera de se creuser par la suite et le taux atteindra 143,9 personnes âgées pour 100 jeunes en 2036.

2.5 MIGRATION INTERRÉGIONALE

La migration joue également un rôle important dans la croissance démographique d'une région. Elle peut être internationale (entre un pays et le Canada), interprovinciale (entre les provinces du Canada) ou interrégionale (entre les régions du Québec). Des données par groupe d'âge nous permettent de connaître l'évolution des taux de migration interrégionale² à Laval (graphique 6).

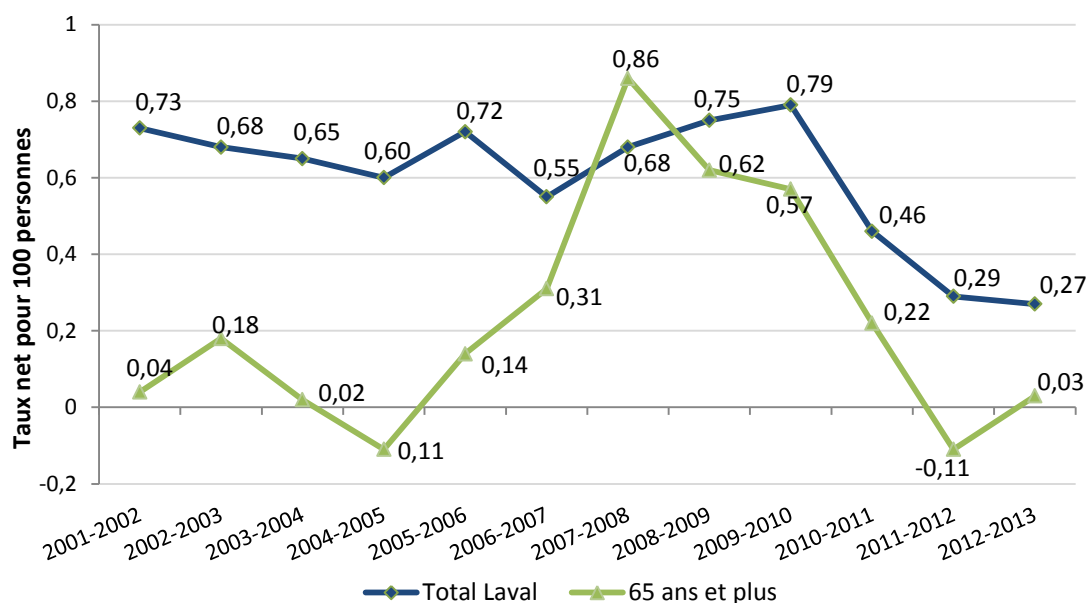
En 2012-2013, le solde migratoire³ des 65 ans et plus était positif, mais très faible. Durant cette période, Laval a accueilli 18 889 personnes d'autres régions québécoises, tandis que 17 784 Lavallois sont partis. Cela donne un solde migratoire positif de 1 102 personnes, dont seules 21 sont âgées de 65 ans et plus (1 534 entrants contre 1 513 sortants). Somme toute, les soldes migratoires sont très faibles par rapport à la population déjà présente sur le territoire de Laval.

¹ Cet indicateur a été créé à l'époque où la majorité des personnes de 65 ans et plus ne faisait plus partie du marché du travail et où l'espérance de vie était beaucoup plus faible. Il est important de prendre en considération dans l'interprétation de l'indicateur qu'aujourd'hui, beaucoup de personnes âgées sont encore actives sur le marché du travail et dans la société.

² Le taux de migration interrégionale correspond au rapport entre le solde migratoire et la population d'une région.

³ Le solde migratoire correspond à la différence entre le nombre d'entrants et de sortants d'une région.

GRAPHIQUE 6. TAUX (%) DE MIGRATION INTERRÉGIONALE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS ET POPULATION TOTALE, DE 2001-2002 À 2012-2013



Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Migration interne annuelle, 2001-2002 à 2012-2013*.

Si on regarde l'évolution des taux de migration interrégionale, on remarque une augmentation importante de 2005-2006 à 2007-2008 chez les 65 ans et plus. Toutefois, cette tendance s'est inversée depuis. En effet, en 2007-2008, le taux de migration des aînés était de 0,86, c'est-à-dire plus élevé que celui de l'ensemble de la population lavalloise. Puis, il a diminué jusqu'à devenir négatif en 2011-2012, ce qui signifie que les Lavallois de 65 ans et plus qui ont quitté la région pendant cette période étaient plus nombreux que les personnes qui s'y sont installées. Le taux de l'ensemble de la population de Laval est également à la baisse, et ce, depuis 2009-2010.

En résumé

Le vieillissement démographique à Laval et au Québec aura certainement de nombreux effets sur la société, tant sur le plan social qu'économique. Par exemple, on pourrait s'attendre à une augmentation importante de la demande de soins de santé et des coûts qui y sont associés. Toutefois, la croissance de cette demande ne sera pas nécessairement proportionnelle à celle du nombre de personnes âgées. En effet, comme il a été vu à la figure 1 du premier chapitre, la situation et l'état de santé des aînés n'est pas la même aujourd'hui qu'il y a 5 ans et elle continuera nécessairement d'évoluer dans le temps.

Il est important de bien connaître les caractéristiques des personnes âgées à Laval et de dégager les tendances, tant du point de vue de leurs conditions socioéconomiques, de leurs habitudes de vie et de leur environnement social que de leur état de santé physique et mentale. L'analyse de l'état de santé des aînés lavallois et de ses déterminants, combinée avec un portrait de l'utilisation des services de santé, nous permettra de mieux cerner les différents enjeux du vieillissement de la population et les défis auxquels nous devons faire face.

2.6 VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE EN BREF

L'augmentation rapide du nombre d'aînés est plus marquée chez les 75 ans et plus :

- L'augmentation projetée du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteindra 78 % en 2036;
- En 2016, on estime que la population âgée de 65 à 74 ans surpasse de 9 % celle des 75 ans et plus;
- On prévoit qu'en 2036, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus dépassera de 30 % celui des 65 à 74 ans.

Le déséquilibre démographique entre les femmes et les hommes âgés diminue de façon marquée :

- En 1996, la proportion de femmes chez les 65 ans et plus était de 58 %. Elle est passée à 56 % en 2016 et on prévoit qu'elle aura baissé à 53 % en 2036;
- Toujours en 2036, chez les aînés les plus jeunes (de 65 à 74 ans), il y aura presque autant de femmes que d'hommes (27 800 femmes et 27 100 hommes).

La croissance démographique ralentira chez les aînés les plus jeunes :

- Le nombre d'aînés de 65 à 74 ans commencera à diminuer vers 2033 à Laval, tandis que celui des autres tranches d'âge continuera d'augmenter, en raison de la fin de la vague des baby-boomers.

La croissance du nombre de personnes de 65 ans et plus est plus rapide à Laval qu'au Québec mais la proportion d'aînés demeure globalement plus faible

- La croissance démographique sera plus forte à Laval qu'au Québec, autant chez les aînés que chez les plus jeunes. Ainsi, globalement, la population lavalloise restera plus jeune que celle du Québec;
- Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dépassera celui des 15 ans et moins vers 2018 à Laval, ce phénomène s'étant déjà produit au Québec en 2011;
- La population lavalloise de 18 à 64 ans continuera d'augmenter, tandis qu'une diminution est prévue au Québec.



Chapitre 3 : État de santé physique et mentale

Le présent chapitre dresse un portrait de l'état de santé des Lavallois de 65 ans et plus. Il se divise en trois sections. La première présente des données sur l'état de santé global des aînés lavallois, soit l'espérance de vie, le taux d'incapacité, la perception de l'état de santé ainsi que la mortalité et ses principales causes. La deuxième section porte sur la prévalence des problèmes de santé chroniques chez les 65 ans et plus et aborde quelques risques ou troubles auxquels les aînés sont souvent vulnérables. Enfin, la troisième section s'intéresse à l'état de santé mentale des personnes âgées lavalloises, et plus précisément à deux catégories de problèmes : les démences et les troubles anxio-dépressifs.

3.1 ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL

3.1.1 Espérance de vie

Le tableau suivant présente l'évolution de l'espérance de vie des Lavallois et des Québécois à la naissance, à 65 ans et à 75 ans. À Laval, entre 1981 et 2011, l'espérance de vie à la naissance est passée de 76,0 ans à 83,1 ans, l'espérance de vie à 65 ans de 16,3 ans à 21,2 ans et l'espérance de vie à 75 ans de 10,2 ans à 13,6 ans. Ainsi, un Lavallois atteignant 65 ans en 2011, ce qui correspond à la première vague de baby-boomers, a une espérance de vie de 21,2 ans et peut donc s'attendre à vivre jusqu'à 86,2 ans.

L'espérance de vie est un peu plus élevée à Laval que dans l'ensemble du Québec, et ce, autant à la naissance qu'à 65 ou à 75 ans.

L'augmentation de l'espérance de vie ne semble pas avoir ralenti depuis 1981. Si cette tendance se maintient, en 2020, on pourrait atteindre une espérance de vie à 65 ans de 22,4 ans et une espérance de vie à 75 ans de 14,4 ans.

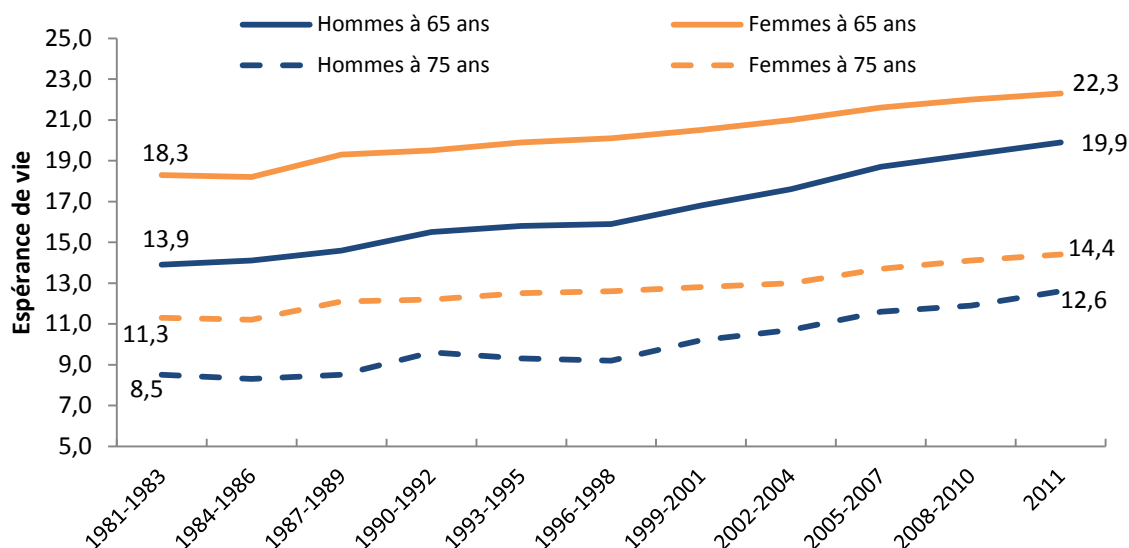
TABEAU 5. ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, À 65 ANS ET À 75 ANS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, DE 1981-1983 À 2011

Années	À la naissance		À 65 ans		À 75 ans	
	Laval	Québec	Laval	Québec	Laval	Québec
De 1981 à 1983	76,0	75,3	16,3	16,6	10,2	10,6
De 1984 à 1986	76,5	75,8	16,4	16,7	10,1	10,6
De 1987 à 1989	77,4	76,3	17,2	17,1	10,7	10,8
De 1990 à 1992	78,2	77,3	17,8	17,7	11,2	11,2
De 1993 à 1995	78,7	77,5	18,1	17,7	11,2	11,1
De 1996 à 1998	78,9	78,1	18,2	17,9	11,2	11,2
De 1999 à 2001	80,0	78,9	18,8	18,5	11,8	11,6
De 2002 à 2004	80,9	79,7	19,5	19,0	12,1	11,9
De 2005 à 2007	81,6	80,6	20,0	19,8	12,9	12,6
De 2008 à 2010	82,4	81,3	20,8	20,3	13,2	12,9
2011	83,1	81,7	21,2	20,5	13,6	13,2

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des décès (1981 à 2011), Fichier des naissances (1981 à 2011) et Estimations et projections démographiques selon le découpage du réseau sociosanitaire du Québec (1981-1995, avril 2012; 1996-2015, mars 2015). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Comme on peut le constater dans le graphique suivant, bien que l'espérance de vie à 65 ans et à 75 ans soit encore plus élevée chez les femmes que chez les hommes, cet écart tend à se rétrécir. En effet, depuis la période 1981-1983, l'espérance de vie des hommes à 65 ans s'est améliorée plus rapidement que celle des femmes, ce qui fait que les écarts de 4,4 ans à 65 ans et de 2,8 ans à 75 ans qui existaient entre les sexes à l'époque étaient respectivement de 2,4 ans et de 1,8 an en 2011.

GRAPHIQUE 7. ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS ET À 75 ANS SELON LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE, DE 1981-1983 À 2011



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des décès (1981 à 2011), Fichier des naissances (1981 à 2011) et Estimations et projections démographiques selon le découpage du réseau sociosanitaire du Québec (1981-1995, avril 2012; 1996-2015, mars 2015). Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

3.1.2 Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité)

L'espérance de vie en bonne santé, ou l'espérance de vie sans incapacité, se définit comme le nombre moyen d'années qu'une personne devrait vivre en bonne santé si les profils actuels de mortalité et d'incapacité restent stables.

En 2006, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans était estimée à 11,5 ans à Laval, soit plusieurs années de moins que l'espérance de vie totale au même âge (20,3 ans). On observe également dans le tableau suivant qu'à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé est un peu plus élevée chez les femmes que chez les hommes lavallois, mais qu'elle est équivalente à l'âge de 65 ans. En 2001, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans était plus élevée chez la femme (11,1 ans) que chez l'homme (10,5 ans). Tout comme pour l'espérance de vie totale au même âge, l'amélioration a été plus importante chez l'homme que chez la femme.

TABLEAU 6. ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ À LA NAISSANCE ET À 65 ANS SELON LE SEXE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2006

Sexe	À la naissance		À 65 ans	
	Laval	Québec	Laval	Québec
Hommes	68,3	66,5	11,5	10,6
Femmes	69,3	68,3	11,5	11,0
Total	68,8	67,4	11,5	10,8

Sources : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des décès, Fichier des naissances et Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015; STATISTIQUE CANADA, recensement de 2006. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

3.1.3 Incapacités

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) de 2010-2011 a été effectuée par l'ISQ auprès de 25 000 Québécois.

Note méthodologique

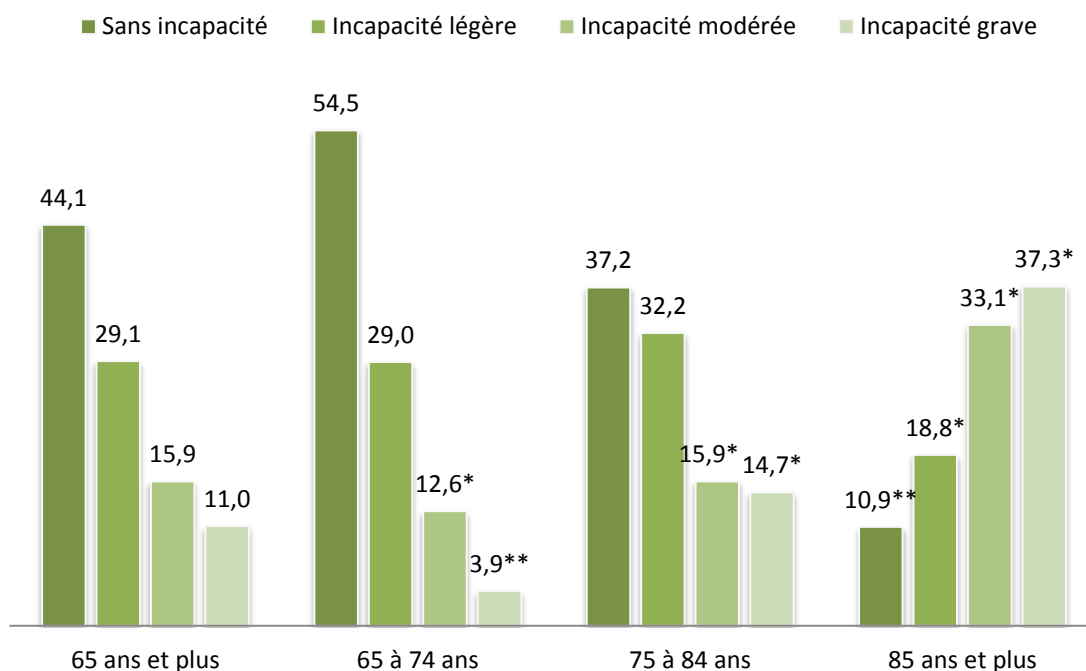
La population visée par l'EQLAV inclut les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité ou déclarant un problème de santé de longue durée ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus, avec ou sans incapacité ou problème de santé de longue durée. Elle comprend les personnes vivant dans un logement privé et celles vivant dans un logement collectif non institutionnel (par exemple une résidence pour personnes âgées).

Selon l'EQLAV, l'incapacité se définit comme le fait d'avoir des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (six mois ou plus)⁴. L'incapacité est mesurée à l'aide de 22 questions portant sur 10 types d'incapacité. En 2010-2011, le taux d'incapacité chez les Lavallois de 65 ans et plus était estimé à 55,9 %, soit un taux légèrement plus faible que celui de l'ensemble du Québec (57,2 %). Le taux lavallois est par ailleurs plus élevé chez les femmes (59,1 %) que chez les hommes (51,8 %). Cette différence peut entre autres être due au fait qu'il y a plus de femmes que d'hommes parmi les tranches d'âge plus avancées.

Le graphique suivant présente les taux d'incapacité à Laval chez les 65 ans et plus selon les groupes d'âge et selon la gravité de l'incapacité. Ce dernier critère tient compte à la fois de la fréquence et de l'intensité de l'incapacité. En appliquant les taux d'incapacité par tranche d'âge aux projections démographiques de 2016, on estime que près de 42 000 aînés lavallois souffriraient d'une incapacité.

⁴ Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

GRAPHIQUE 8. TAUX (%) D'INCAPACITÉ SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LA GRAVITÉ DE L'INCAPACITÉ, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2010-2011



*Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; à interpréter avec prudence.

**Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, *Les maladies chroniques et le vieillissement*, 2010-2011.

On constate dans le graphique précédent que l'incapacité augmente avec l'âge. Le taux d'incapacité (légère, modérée ou grave) est de 45,5 % chez les 65 à 74 ans, de 62,8 % chez les 75 à 84 ans et de 89,9 % chez les 85 ans et plus. De plus, les incapacités dont souffrent les aînés sont plus graves avec l'avancement en âge. Ainsi, si seule une minorité des 65 à 74 ans souffrent d'une incapacité grave (3,9 %), ce taux passe à 37,3 % chez les 85 ans et plus.

Dans l'ensemble du Québec, les aînés à faible revenu sont plus nombreux que les autres à souffrir d'incapacité (Fournier, Godbout et Cazale, 2013). Les données québécoises démontrent aussi un lien entre le taux d'incapacité chez les aînés et le fait de vivre seul (taux de 63,0 % chez les personnes seules comparativement à 54,0 % chez les autres). Cette différence peut être due au fait que les aînés vivant seuls sont généralement plus âgés que les autres. De plus, les personnes âgées qui sont seules dans leur logement doivent assumer davantage de tâches; il est donc possible qu'elles prennent plus rapidement conscience de leur difficulté à effectuer certaines activités de la vie quotidienne.

Note méthodologique

Une comparaison avec les données de 2006

Comparativement aux données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2006 (présentées dans le profil de 2009), les taux d'incapacité dont fait état l'EQLAV sont beaucoup plus élevés. En effet, en 2006, l'EPLA rapportait un taux d'incapacité de 32,3 % chez les 65 ans et plus, tandis qu'il était de 55,9 % selon l'EQLAV de 2010-2011. L'écart entre les deux données s'explique par une différence dans la méthodologie employée pour identifier les personnes vivant avec une incapacité. Il apparaît que les questions destinées à mesurer l'incapacité étaient plus largement axées sur les difficultés à effectuer certaines tâches dans l'EQLAV, tandis qu'elles étaient plus fortement orientées sur les limitations et les restrictions des activités dans l'EPLA. Cette différence méthodologique se répercute majoritairement sur les taux d'incapacité légère. Chez les 65 ans et plus, celle-ci était évaluée à 10,5 % en 2006, tandis qu'elle atteignait 31,2 % en 2010-2011 (au Québec). Par ailleurs, l'ISQ n'exclut pas que le vieillissement de la population, l'augmentation des problèmes de santé chroniques ou l'évolution des mentalités (plus grande ouverture envers les personnes ayant des difficultés) aient pu jouer un rôle dans les écarts (Fournier, Godbout et Cazale, 2013).

Les types d'incapacité

Les incapacités le plus fréquemment mentionnées sont celles liées à l'agilité et à la mobilité, suivies de celles relatives à l'audition et à la mémoire. Ainsi, parmi les Lavallois de 65 ans et plus, 37,0 % rencontrent un problème d'agilité, 35,2 % sont à mobilité réduite, 15,3 % montrent un trouble de l'audition et plus de 1 sur 10 vit des défaillances liées à la mémoire. Il est à noter que ces proportions ne sont pas cumulatives, puisqu'une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité, et donc se retrouver dans plusieurs catégories.

TABLEAU 7. TAUX D'INCAPACITÉ (%) SELON LE TYPE D'INCAPACITÉ, POPULATION DE 65 ANS ET PLUS, LAVAL, 2010-2011

Cause	Proportion des 65 ans et plus (%)
Agilité	37,0
Mobilité	35,2
Audition	15,3
Mémoire	11,2*
Vision	7,5*
Trouble psychologique	3,4**
Apprentissage	2,3**
Parole	1,6**
Nature indéterminée	3,4**

Note : Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

*Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; à interpréter avec prudence.

**Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, *Les maladies chroniques et le vieillissement*, 2010-2011.

Les données par tranche d'âge de la population de 65 ans et plus sont généralement trop imprécises pour être présentées. Toutefois, il est intéressant de souligner que les taux d'incapacité liés à la mobilité et à l'agilité sont deux fois plus élevés chez les 85 ans et plus que chez l'ensemble des aînés lavallois.

Le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique

Le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique⁵ est une autre façon de mesurer l'importance des incapacités et de leurs conséquences. C'est ce qu'a fait l'EQLAV en évaluant ce besoin chez les personnes de 65 ans et plus qui ont une ou plusieurs incapacités.

On constate dans le tableau suivant que 47,3 % des Lavallois de 65 ans et plus vivant avec une incapacité ont besoin d'aide pour effectuer certaines tâches ou activités. Parmi ceux-ci, la majorité rapporte un besoin d'aide non comblé (57,2 %). Le besoin d'aide est beaucoup plus important chez les 75 ans et plus souffrant d'une incapacité (63,1 %) que chez les 65 à 74 ans (28,0 %), ce qui est probablement lié au fait que les incapacités sont généralement plus graves chez les plus âgés. Autre fait intéressant, malgré une proportion plus faible d'hommes âgés rapportant un besoin d'aide (39,4 %) comparativement aux femmes (52,5 %), ceux-ci sont plus nombreux à affirmer ne pas avoir reçu toute l'aide nécessaire.

TABLEAU 8. PRÉVALENCE (%) DU BESOIN D'AIDE SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS AVEC INCAPACITÉ, 2010-2011

	Besoin d'aide	Besoin d'aide non comblé†
65 ans et plus avec incapacité	47,3	57,2 (+)
Sexe		
Hommes	39,4	65,1
Femmes	52,5	53,3
Groupe d'âge		
De 65 à 74 ans	28,0*	51,2*
75 ans et plus	63,1*	59,4 (+)

†**Besoin d'aide non comblé** : Désigne, parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide, celles qui ne reçoivent pas d'aide ou qui en reçoivent, mais qui auraient besoin d'assistance additionnelle pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête.

*Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; à interpréter avec prudence.

(+) : Proportion significativement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec.

Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, *Les maladies chroniques et le vieillissement*, 2010-2011.

Bien que la proportion de personnes âgées avec incapacité ayant un besoin d'aide soit semblable à Laval et au Québec, et ce, pour tous les groupes d'âge, la part de celles qui ont un besoin d'aide non comblé est plus faible dans l'ensemble de la province (environ 42 % chez les 65 ans et plus).

3.1.4 Perception de l'état de santé et du bien-être

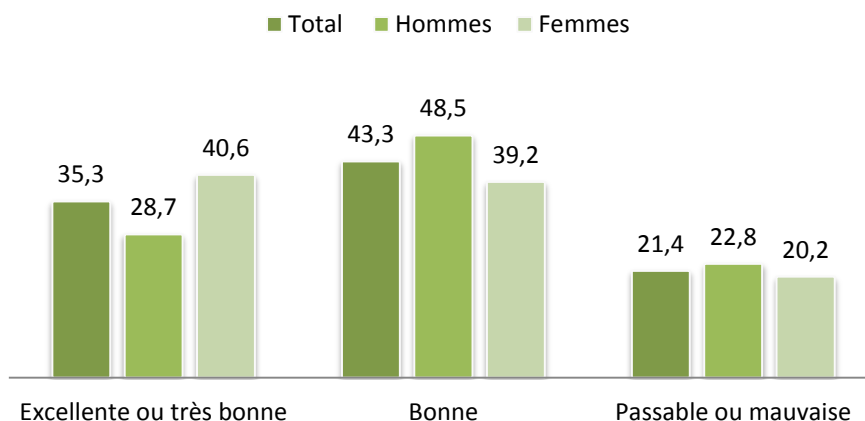
L'état de santé autoévalué est le bilan qu'un individu fait de sa santé physique et mentale en fonction de ses propres valeurs (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). De plus, lorsqu'une personne évalue sa santé, elle pense non seulement à la

⁵ Les activités de la vie quotidienne comprennent les soins personnels et les déplacements à l'intérieur du domicile. Les activités de la vie domestique incluent la préparation des repas, la préparation et la prise des médicaments, les achats, les travaux ménagers courants, les rendez-vous, les finances personnelles et le répit aux proches aidants.

situation courante, mais aussi aux trajectoires, c'est-à-dire les détériorations et les améliorations (INSPQ, 2014).

Le graphique suivant présente la répartition des Lavallois de 65 ans et plus selon la perception de leur état de santé et selon le sexe.

GRAPHIQUE 9. RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2011-2012



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012.

Un peu plus du tiers (35,3 %) des 65 ans et plus considèrent leur santé comme excellente ou très bonne, 43,3 % la qualifient de bonne et environ 1 personne sur 5 (21,4 %) la juge passable ou mauvaise. Ces proportions varient d'un cycle à l'autre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), et aucune tendance n'est observable. Malgré une proportion plus grande de femmes se considérant comme en excellente ou en très bonne santé, cette différence entre les sexes n'est pas statistiquement significative ni observable à l'échelle provinciale.

On constate donc que même si une majorité d'aînés lavallois déclarent au moins une incapacité légère (section 3.1.3), ceux-ci ne considèrent pas nécessairement leur santé comme étant mauvaise. La subjectivité de cet indicateur fait en sorte que la façon dont une personne perçoit son état de santé n'est pas forcément liée à ses incapacités ou à ses problèmes de santé chroniques. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, la perception qu'une personne a de sa santé et de son vieillissement dépend de nombreux facteurs qui vont bien au-delà des problèmes de santé physique.

3.1.5 Mortalité et principales causes de décès

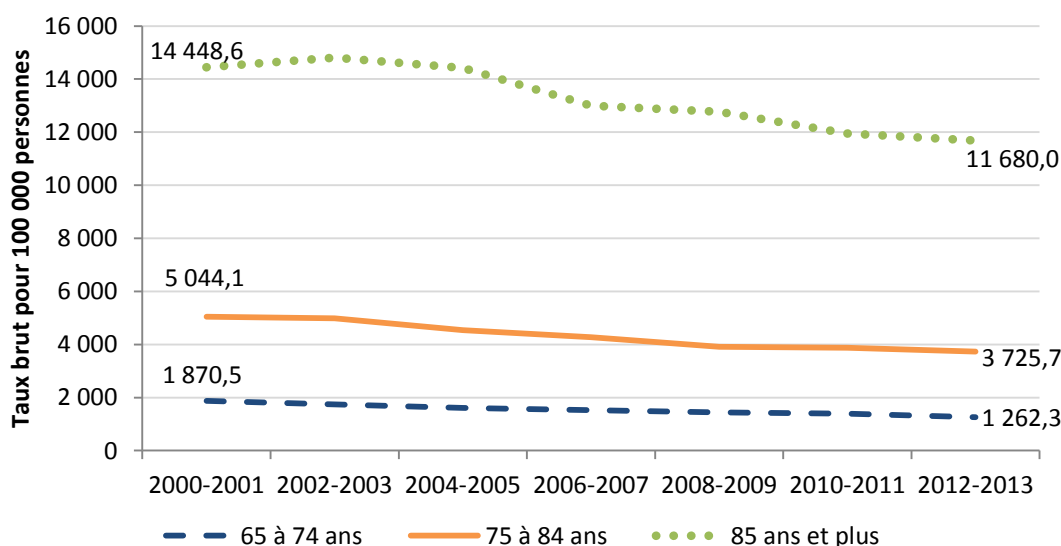
À Laval, chez les aînés, les taux de mortalité par tranche d'âge affichent une forte tendance à la baisse. En effet, comme on peut le constater dans le graphique suivant, le taux de mortalité pour 2012-2013 est beaucoup plus faible que celui enregistré 13 ans plus tôt, et ce, pour tous les groupes d'âge. De plus, on remarque que l'écart entre les taux des groupes d'âge s'est rétréci.

L'ensemble du Québec a connu une diminution semblable des taux de mortalité. Toutefois, pour les trois groupes d'âge présentés dans le graphique 10, le reste de la province affiche en 2013 des taux plus élevés que ceux de la région de Laval.

Une tendance importante à la baisse des taux de mortalité lavallois avait aussi été soulevée dans le profil de 2009. À l'époque, on notait une forte diminution du taux de mortalité chez les 65 ans et plus depuis 1988. Bien que les taux de mortalité par tranche d'âge continuent de faiblir depuis 2006 (dernière année présentée dans le profil de 2009), celui pour l'ensemble des 65 ans et plus ne présente plus de tendance à la baisse et reste plutôt stable, variant entre 3 375 et 3 514 pour 100 000 personnes, selon les années. En 2013, il était de 3 458,4 pour 100 000 personnes.

Cela s'explique par le fait que la distribution des aînés par tranches d'âge a changé depuis ce temps. En effet, la proportion de personnes âgées de 85 ans et plus parmi l'ensemble des 65 ans et plus était de 8,6 % en 2006, alors qu'elle a grimpé à 12,6 % en 2013. Cela représente une augmentation de quatre points de pourcentage en seulement sept ans. Les projections démographiques annonçant, dans les prochaines années, une part de plus en plus grande d'aînés âgés parmi les 65 ans et plus, on peut s'attendre à ce que les taux de mortalité globaux (pour l'ensemble des 65 ans et plus) augmentent.

GRAPHIQUE 10. TAUX DE MORTALITÉ (POUR 100 000 PERSONNES) SELON LE GROUPE D'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2000-2001 À 2012-2013



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des décès, 2000 à 2013 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

En 2013, Laval a enregistré 2 749 décès. La majorité d'entre eux (83,4 %; n = 2 292) concernait des personnes âgées de 65 ans et plus, soit :

- 15,8 % de 65 à 74 ans (n = 433);
- 30,8 % de 75 à 84 ans (n = 848);
- 36,8 % de 85 ans et plus (n = 1 011).

Le tableau suivant présente la répartition des Lavallois de 65 ans et plus selon les principales causes de décès en 2013.

TABLEAU 9. RÉPARTITION (%) DES DÉCÈS SELON LA CAUSE INITIALE ET LE GROUPE D'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013

Cause initiale du décès	65 ans et plus	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans et plus
Tumeur	32,8	54,3	37,1	20,0
Appareil circulatoire	25,0	16,4	23,5	29,9
Appareil respiratoire	11,0	5,8	11,7	12,7
Système nerveux	8,3	5,8	7,8	9,9
Troubles mentaux et du comportement	6,6	0,9	4,1	11,1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ⁶	4,8	5,8	4,5	4,5
Autres	11,6	11,1	11,3	12,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des décès, 2013.

Parmi l'ensemble des causes de décès chez les aînés lavallois, la tumeur (32,8 %) est la plus fréquente, suivie des maladies de l'appareil circulatoire (25,0 %) et respiratoire (11,0 %). La part des décès par tumeur est plus importante chez les aînés les plus jeunes (54,3 % des décès des 65 à 74 ans), et diminue ensuite pour atteindre 20,0 % chez les 85 ans et plus. Pour ces derniers, les tumeurs viennent même au deuxième rang des causes de décès, après les maladies de l'appareil circulatoire. Les tumeurs des bronches et du poumon sont les plus fréquentes, représentant plus du quart des décès par tumeur (27,5 %) ainsi que 9 % de l'ensemble des décès chez les aînés.

Les maladies du système nerveux arrivent en quatrième position des causes les plus fréquentes (8,3 %) de décès. La maladie d'Alzheimer est responsable de la majorité (66,0 %) des décès de cette catégorie (n = 126). Les décès dans la catégorie des troubles mentaux et du comportement (n = 88) sont quant à eux majoritairement (58,2 %) associés à une démence (autre que de type Alzheimer).

En 2006, la répartition des 65 ans et plus selon les causes de décès était similaire, mais on observait une proportion un peu plus élevée de décès attribuables à une maladie de l'appareil circulatoire (30,0 %). Cette proportion était déjà à la baisse cette année-là (par rapport à 2000) et elle a continué de faiblir. En effet, le taux de décès liés à cette cause est passé de 1 260 pour 100 000 personnes en 2000 à 1 001 pour 100 000 personnes en 2006, pour s'établir à 863 pour 100 000 personnes en 2013.

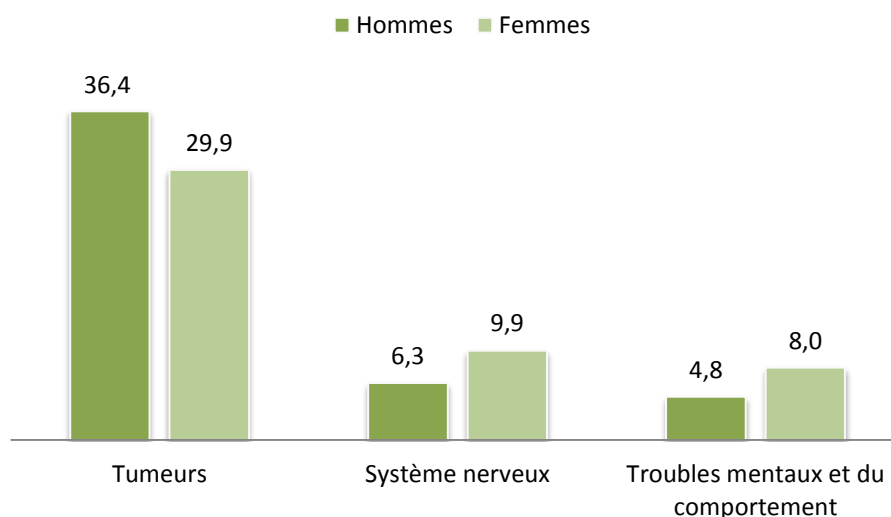
⁶ En 2013, le diabète représentait 72,5 % des décès de cette catégorie.

Des différences entre les sexes en matière de mortalité

Il est intéressant de constater qu'il existe des différences sur le plan de la mortalité entre les hommes et les femmes. Premièrement, parmi l'ensemble des Lavallois de 65 ans et plus, le taux de mortalité des femmes est plus faible que celui des hommes (3 392,1 pour 100 000 personnes chez les femmes contre 3 544,1 pour 100 000 personnes chez les hommes), et ce, malgré le fait que les femmes soient en moyenne plus âgées que les hommes. Par tranche d'âge, les écarts entre les femmes et les hommes âgés sont encore plus importants.

Deuxièmement, il existe également une différence entre les sexes en matière de causes de décès. Les femmes décèdent plus souvent d'une maladie du système nerveux et de troubles mentaux que les hommes, tandis qu'on enregistre chez ces derniers une plus grande proportion de décès par tumeur (graphique 11). On pourrait penser que cette différence s'explique par le fait que les femmes décèdent généralement à un âge plus avancé que les hommes. Toutefois, même chez les plus âgés, la différence entre les sexes persiste.

GRAPHIQUE 11. PROPORTION (%) DE DÉCÈS PAR TUMEURS, MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT SELON LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des décès, 2013.

3.2 ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

3.2.1 Prévalence des problèmes de santé de longue durée

Dans l'EQLAV, les problèmes de santé de longue durée sont définis comme des problèmes de santé qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus⁷. Ces problèmes sont autodéclarés et doivent :

- 1) Avoir été diagnostiqués par un médecin;
- 2) Nécessiter un suivi médical;
- 3) Impliquer la prise de médicaments sur une base régulière, requérir des traitements ou demander le maintien de bonnes habitudes de vie.

Le tableau suivant présente la prévalence⁸ de cinq problèmes de santé de longue durée fréquemment déclarés par les Lavallois de 65 ans et plus en 2010-2011 : l'hypertension (43,5 %), l'arthrite (34,4 %), le diabète (18,2 %), les maladies cardiaques (18,0 %) et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) (7,7 %). En outre, plus du tiers (36,6 %) des aînés lavallois ont déclaré au moins un autre problème de santé de longue durée.

On constate par ailleurs que la prévalence de ces cinq maladies augmente avec l'âge, surtout dans le cas de l'arthrite et des maladies cardiaques. En effet, la prévalence de ces deux maladies est près de deux fois plus grande chez les 85 ans et plus comparativement aux 65 à 74 ans.

Une majorité (69,6 %) de Lavallois de 65 ans et plus ont déclaré souffrir d'au moins un des cinq problèmes de santé de longue durée présentés dans le tableau 10. En 2016, cela pourrait représenter près de 51 000 aînés. De plus, si on considère l'ensemble des problèmes de santé de longue durée, la proportion d'aînés qui ont dit en avoir au moins un grimpe à 79,3 %, ce qui correspondrait à près de 58 000 Lavallois en 2016.

Dans l'ensemble, les prévalences de Laval sont semblables à celles du Québec. Toutefois, chez les plus jeunes aînés, soit les 65 à 74 ans, davantage de Québécois ont déclaré deux problèmes de santé de longue durée ou plus (52,7 %), comparativement aux Lavallois (42,8 %).

⁷ Les blessures dues à un accident ou à des mouvements répétitifs et les problèmes qui en découlent sont exclus.

⁸ La prévalence correspond au nombre de personnes vivant avec une maladie à un moment donné, par rapport à la population totale.

TABLEAU 10. TYPE ET NOMBRE DE PROBLÈMES DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE DÉCLARÉS, PRÉVALENCES (%) ET NOMBRES ESTIMÉS, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2010-2011

Type de problèmes de santé	65 ans et plus	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans et plus	Estimation 2015
Hypertension	43,5	40,1	48,2	45,2	30 770
Arthrite, arthrose ou rhumatisme	34,4	29,9	34,9	56,8	24 330
Diabète	18,2	17,5*	19,1*	19,0**	12 870
Maladies cardiaques	18,0	14,9*	20,0*	27,9*	12 730
Bronchite chronique, emphysème ou MPOC (†)	7,7*	6,1**	9,9**	9,0**	5 450
Au moins un des 5 problèmes de santé ci-dessus	69,6	64,2	75,7	77,6	49 230
Autre problème de santé de longue durée	36,6	33,1	41,5	39,1*	25 890
Nombre de problèmes de santé					
Aucun	20,7	25,7	14,7*	14,4**	14 640
Un problème	28,6	31,5	25,6*	22,7*	20 230
Deux problèmes ou plus	50,7	42,8	59,7	62,9	35 860

(†) Pour plus d'information sur les MPOC, consultez le rapport *Portrait de santé des maladies du système respiratoire 2014-2015* (http://www.lavalensante.com/acces_rapide/documentation/publications.html).

*Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; à interpréter avec prudence.

**Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

Note : Les estimations pour 2015 sont arrondies à la dizaine près.

Sources : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, *Les maladies chroniques et le vieillissement*, 2010-2011; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

L'évolution de l'hypertension artérielle et du diabète chez les aînés lavallois

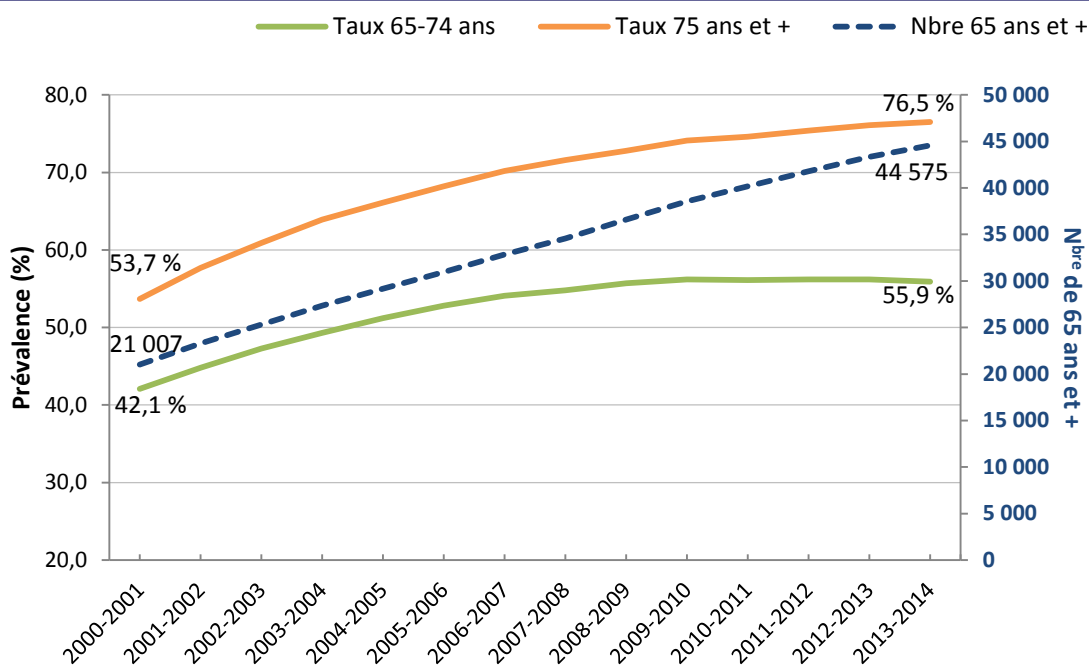
Les données provenant de l'EQLAV ne nous permettent pas d'observer l'évolution des problèmes de santé de longue durée. Toutefois, une autre source de données permet de le faire pour le diabète et l'hypertension. Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) calcule la prévalence et l'incidence du diabète et de l'hypertension pour l'ensemble de la population d'un an et plus à l'aide des fichiers d'hospitalisation et de services médicaux rémunérés à l'acte.

Comme on peut le constater au graphique suivant, la prévalence de l'hypertension chez les personnes âgées a augmenté de façon importante depuis 10 ans. Ainsi, le nombre de Lavallois de 65 ans et plus qui en sont atteints a plus que doublé entre 2000-2001 et 2013-2014.

Note méthodologique

La prévalence de l'hypertension selon le SISMACQ est beaucoup plus élevée que celle établie par l'EQLAV (tableau 10). Deux explications sont possibles. Premièrement, contrairement à l'EQLAV, qui estime la prévalence selon les déclarations d'un échantillon de répondants, le SISMACQ calcule la prévalence et l'incidence pour l'ensemble de la population d'un an et plus à l'aide des fichiers d'hospitalisation et de services médicaux rémunérés à l'acte. En ce sens, certains répondants de l'EQLAV pourraient ne pas avoir été au courant de leur problème de santé ou ne pas l'avoir déclaré. Deuxièmement, la prévalence de l'hypertension calculée par le SISMACQ est cumulative, c'est-à-dire qu'une personne ayant reçu un diagnostic d'hypertension lors d'une visite médicale ou d'une hospitalisation est considérée comme atteinte d'hypertension pour toutes les années subséquentes. Or, un changement important dans les habitudes de vie peut diminuer l'hypertension. Compte tenu de ces limites, il est possible que la prévalence soit légèrement surestimée par le SISMACQ et légèrement sous-estimée par l'EQLAV.

GRAPHIQUE 12. PRÉVALENCE (%) DE L'HYPERTENSION ET NOMBRE DE PERSONNES ATTEINTES, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2000-2001 À 2013-2014



Source : SYSTÈME INTÉGRÉ DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES DU QUÉBEC, 2000-2001 à 2013-2014. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Malgré l'augmentation du nombre de personnes vivant avec l'hypertension artérielle, l'incidence⁹ de cette maladie connaît une diminution importante. En effet, de 2000-2001 à 2013-2014, le taux d'incidence est passé de 88,1 à 56,8 pour 1 000 personnes de 65 ans et plus (données non présentées). Ainsi, en 2013-2014, on a enregistré 1 395 nouveaux cas chez les Lavallois de 65 ans et plus, une baisse de 40,3 % par rapport à 2000-2001, et ce, malgré la croissance démographique importante durant cette période. Autre fait intéressant, le taux d'incidence a

⁹ L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée, dans une population donnée.

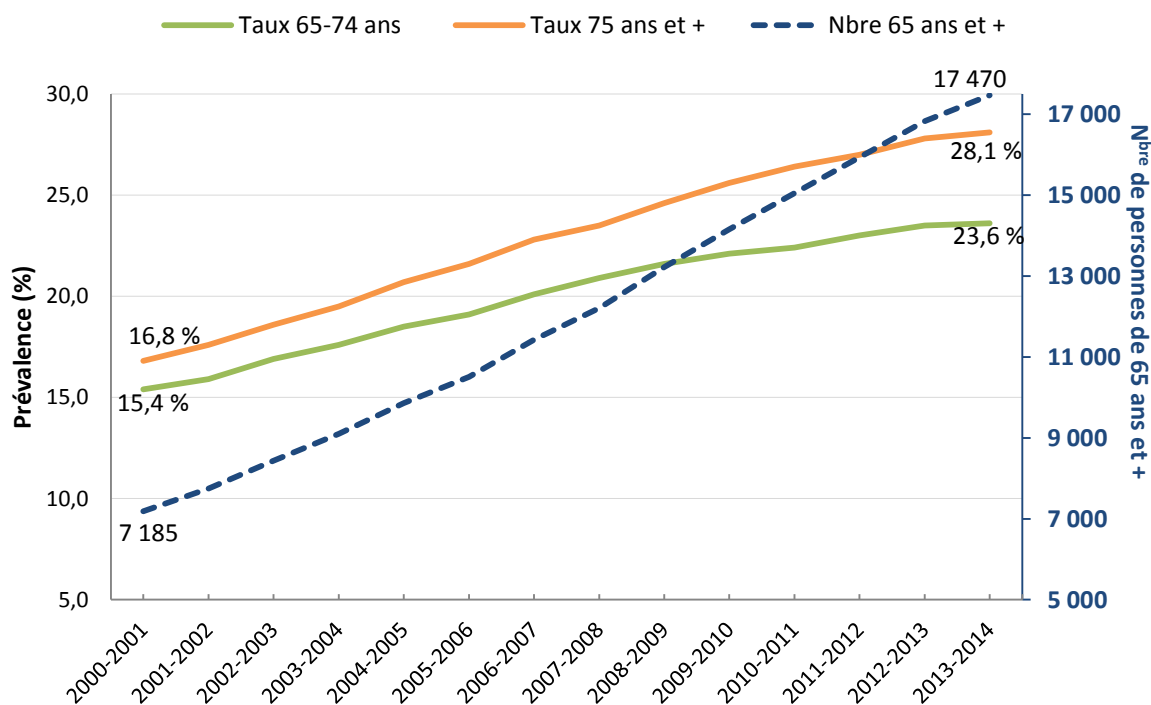
diminué davantage chez les femmes que chez les hommes, ce qui fait qu'en 2013-2014, il était plus faible chez les femmes âgées (52,4 pour 1 000) que chez les hommes du même âge (62,5 pour 1 000).

Si l'incidence de l'hypertension continue de diminuer, il est possible qu'à long terme, la prévalence s'atténue aussi. On observe déjà, en 2013-2014, une certaine baisse de la prévalence chez les 65 à 74 ans après quelques années de stabilité (graphique 12). Toutefois, à cause de la croissance démographique, du vieillissement de la population et du fait que les personnes souffrant d'hypertension vivent de plus en plus longtemps avec la maladie, on continuera probablement d'assister à une augmentation du nombre de personnes atteintes.

Pour ce qui est du diabète, tout comme pour l'hypertension, la prévalence a augmenté considérablement au cours des dernières années. Le nombre d'aînés lavallois atteints par cette maladie a plus que doublé entre 2000-2001 et 2013-2014, passant de 7 185 à 17 470. En 2013-2014, la prévalence était de 25,8 % chez les 65 ans et plus, et elle s'avérait plus élevée chez les hommes (30,3 %) que chez les femmes (22,3 %).

L'incidence du diabète est, quant à elle, demeurée assez stable depuis 2000-2001, sauf entre 2012-2013 et 2013-2014, où elle a diminué, passant de 17,1 à 15,7 pour 1 000 personnes (donnée non présentée).

GRAPHIQUE 13. PRÉVALENCE (%) DU DIABÈTE ET NOMBRE DE PERSONNES ATTEINTES DE CETTE MALADIE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2000-2001 À 2013-2014



Source : SYSTÈME INTÉGRÉ DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES DU QUÉBEC, 2000-2001 à 2013-2014. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Note : Pour plus d'information sur le diabète, consultez le rapport *Portrait sur le diabète à Laval 2012-2013* (http://www.lavalensante.com/acces_rapide/documentation/publications.html).

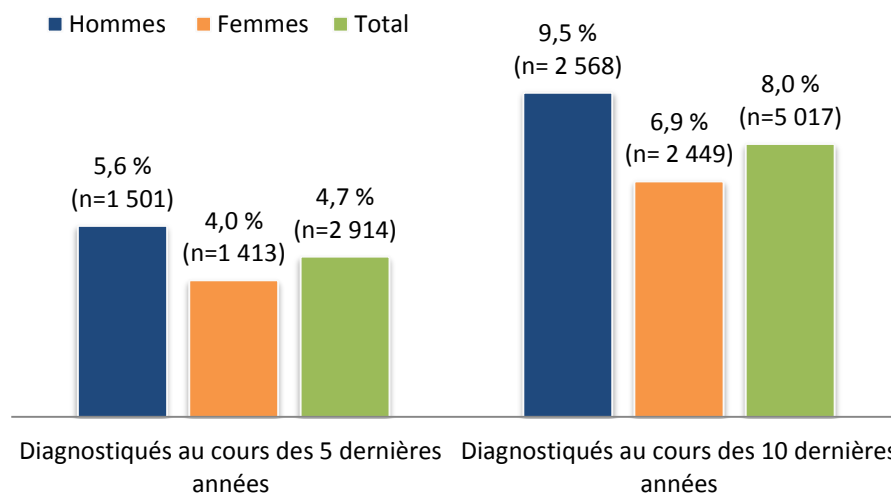
L'évolution des taux de cancer à Laval

En 2010, 60 % des nouveaux cas de cancer touchaient des Lavallois de 65 ans et plus, soit 1 182 personnes. Les cancers qu'on diagnostique le plus fréquemment chez les aînés sont le cancer du poumon (20,4 % des nouveaux cas) et le cancer colorectal (14,2 % des nouveaux cas). Le cancer de la prostate ainsi que le cancer du sein sont également fréquents, respectivement chez les hommes (15,1 % des cas) et chez les femmes (18,8 % des cas).

Le graphique suivant présente la prévalence du cancer chez les Lavallois de 65 ans et plus selon la période du diagnostic. En 2011, 4,7 % des aînés lavallois avaient reçu un diagnostic de cancer au cours des 5 dernières années (2 914 personnes), un taux qui augmente à 8,0 % pour un diagnostic posé dans les 10 dernières années (5 017 personnes). Il existe en outre une différence entre les sexes, les hommes étant davantage touchés par le cancer que les femmes, cette différence persistant même lorsqu'on analyse les données par plus petits groupes d'âge. Enfin, les prévalences constatées à Laval sont comparables à celles observées dans l'ensemble du Québec.

La prévalence du cancer chez les Lavallois est demeurée assez stable depuis 2000. Toutefois, le nombre de personnes atteintes a augmenté en raison de l'accroissement démographique. En effet, le nombre d'aînés lavallois ayant reçu un diagnostic de cancer au cours des 5 dernières années était de 2 133 en 2000 avant de grimper à 2 914 en 2011, ce qui représente une hausse de 36,6 % en 11 ans.

GRAPHIQUE 14. PRÉVALENCE (%) DU CANCER SELON LA PÉRIODE DU DIAGNOSTIC ET LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2011



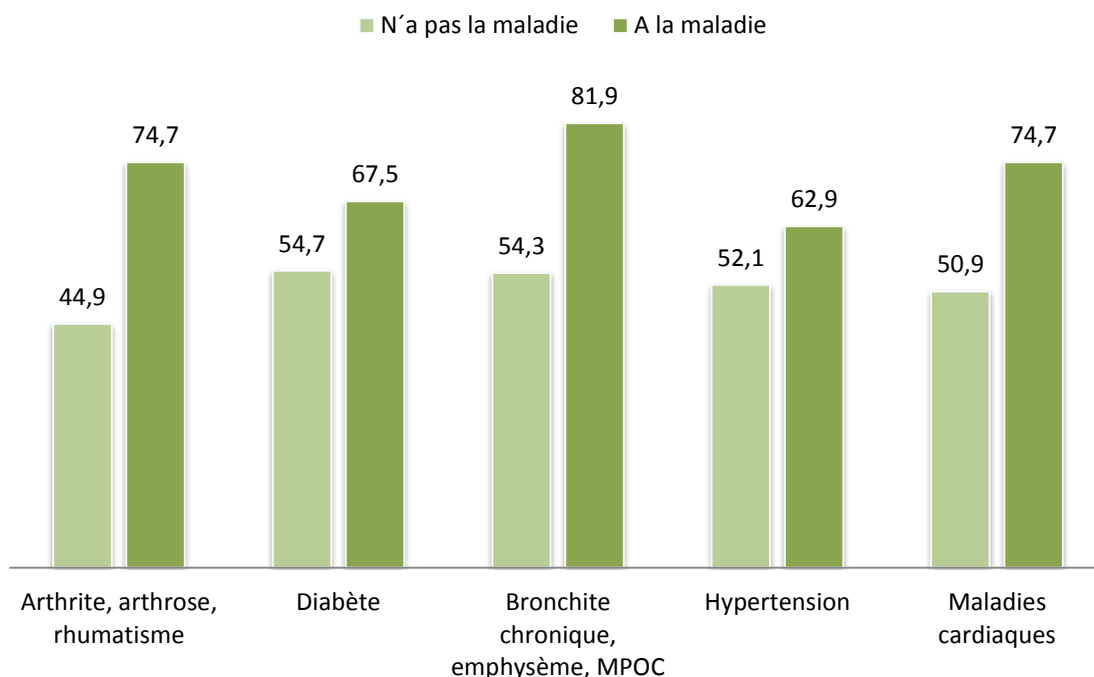
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des Tumeurs, juin 2013 et Estimations et projections de population comparables (1996-2036), mars 2015. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

3.2.2 Liens entre les problèmes de santé de longue durée et les incapacités

Bien qu'il soit possible de souffrir d'un problème de santé de longue durée et de ne pas avoir d'incapacité, ou vice-versa, il existe tout de même une association évidente entre les deux. En effet, le taux d'incapacité est beaucoup plus faible chez les Québécois de 65 ans et plus n'ayant déclaré aucun problème de santé de longue durée (29,4 %) comparativement à ceux qui ont affirmé en avoir un (46,2 %) ou deux ou plus (70,4 %).

Le graphique suivant présente les taux d'incapacité des aînés québécois selon le fait d'avoir ou non certaines maladies. Ces taux sont plus importants chez les personnes souffrant d'une MPOC, d'arthrite ou de maladies cardiaques. C'est également pour ces maladies que l'écart entre les taux d'incapacité des personnes selon qu'elles se disent ou non atteintes est le plus marqué.

GRAPHIQUE 15. TAUX D'INCAPACITÉ (%) SELON LE FAIT D'AVOIR DÉCLARÉ OU NON CERTAINS PROBLÈMES DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2010-2011



Note : Une personne peut présenter plus d'un problème de santé.

Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, *Les maladies chroniques et le vieillissement*, 2010-2011.

Une importante augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et d'incapacité : miser sur la prévention

Les données de l'EQLAV démontrent des taux importants de problèmes de santé de longue durée chez les Lavallois âgés. En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes aux prises avec ces problèmes pourrait augmenter considérablement, même si les prévalences restent stables. En effet, si celles-ci demeurent inchangées, le nombre d'aînés lavallois souffrant d'une des cinq maladies de longue durée présentées au tableau 10 pourrait passer de 50 000 à près de 88 000 en 2036.

Les personnes atteintes de ce type de maladies sont également nombreuses à souffrir d'une incapacité, ce qui risque de miner leur autonomie, de diminuer leur qualité de vie et d'augmenter leurs besoins en soins de santé. Selon l'Agence de santé publique du Canada (2005), les maladies chroniques¹⁰ comptent pour 67 % du total des coûts directs des soins de santé et pour 60 % de l'ensemble des coûts indirects (dont les décès prématurés et la perte de productivité).

Les données du SISMACQ démontrent également une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de diabète et d'hypertension. Toutefois, puisque l'incidence est stable pour le diabète et à la baisse pour l'hypertension, cette augmentation s'explique par une combinaison de l'accroissement de la population, du vieillissement de celle-ci ainsi que de l'augmentation de l'espérance de vie avec l'une ou l'autre de ces maladies.

Bien que les causes des maladies chroniques ou de longue durée soient nombreuses, trois facteurs de risque modifiables sont communs à la plupart d'entre eux et sont responsables d'une part importante de ceux-ci : la mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme. Par ailleurs, si les facteurs de risque des maladies chroniques sont communs à tous les groupes d'âge, leur effet augmente toutefois avec l'âge (OMS, 2006).

Les actions favorisant un vieillissement en santé, telles que l'amélioration des habitudes de vie des Lavallois, pourraient donc avoir pour effet d'empêcher l'apparition d'une maladie chronique, de repousser l'âge où celle-ci apparaît ou de réduire la gravité des incapacités qui en découlent. Cela améliorerait la qualité de vie des personnes âgées, en plus de diminuer les besoins futurs en matière de soins de longue durée (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être, 2006).

3.2.3 Problèmes de santé associés au vieillissement et minant l'autonomie

Les chutes et la perte de l'acuité visuelle et auditive font partie des problèmes courants liés à l'âge qui entraînent des incapacités pouvant diminuer l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

¹⁰ Le terme « maladies chroniques » utilisé par l'Agence de santé publique du Canada n'inclut pas nécessairement les mêmes maladies que la définition des problèmes de santé de longue durée utilisée dans l'EQLAV, mais s'y apparente beaucoup.

Les blessures liées aux chutes

Les chutes sont la principale cause de blessures chez les aînés canadiens. Les blessures liées aux chutes peuvent notamment affecter l'autonomie des personnes âgées, leur mobilité, leur capacité fonctionnelle et leur qualité de vie. Elles peuvent aussi précipiter le placement en établissement ou être associées à un décès prématuré (ASPC, 2014). Des études ont mis en relief certaines données soulignant l'ampleur des chutes :

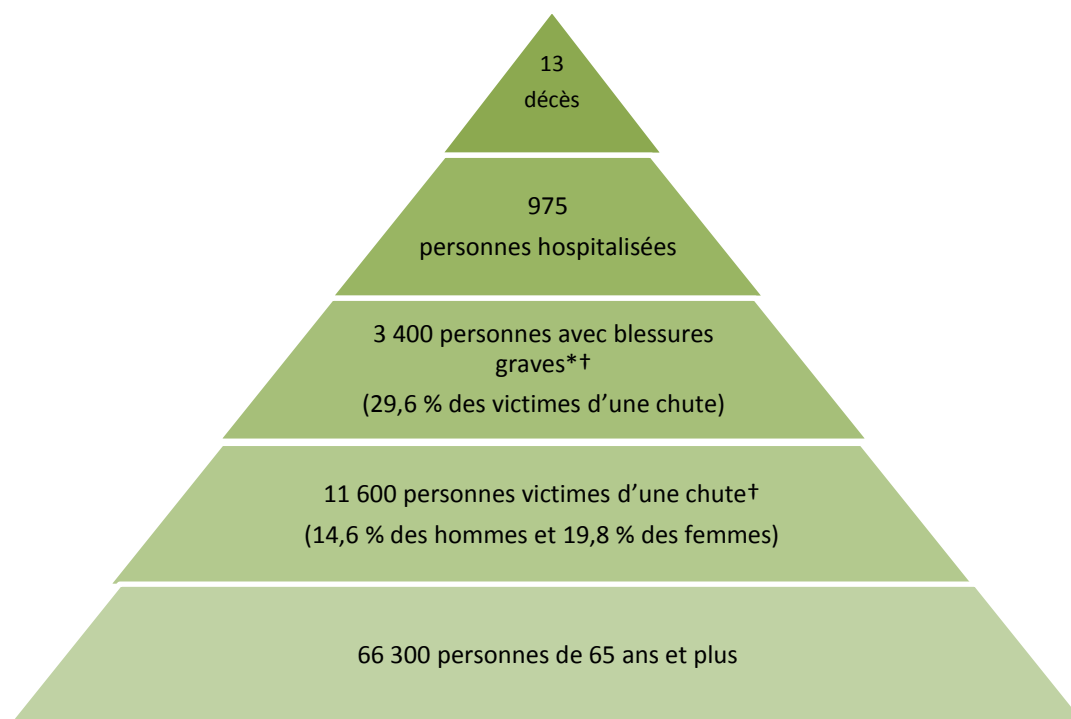
- Parmi toutes les admissions dans les maisons de soins infirmiers, 40 % seraient la conséquence d'une chute (ASPC, 2005);
- Sur l'ensemble des fractures de la hanche chez les aînés, 95 % sont causées par une chute et 20 % de ces patients décèdent dans l'année suivant la fracture (ASPC, 2014);
- Une diminution de 20 % des chutes permettrait entre autres de réaliser des économies de 138 millions de dollars par année à l'échelle nationale (ASPC, 2005).

Les coûts associés aux chutes sont multiples. Les coûts directs sont ceux du système de santé, que ce soit pour l'hospitalisation, la médication ou la réadaptation; les coûts indirects sont associés à la perte d'activité économique pour les gens blessés et pour leurs proches aidants (WHO, 2007).

Les chutes à Laval

La figure suivante présente quelques données sur la prévalence des chutes et sur leurs conséquences en 2013. Sur les 66 300 Lavallois de 65 ans et plus, on estime que plus de 11 000 ont chuté cette année-là, soit 14,6 % des hommes et 19,8 % des femmes. Parmi ceux-ci, plus du quart, soit environ 3 400 personnes, auraient subi des blessures graves. De plus, pour près de 1 000 aînés, leur chute aurait entraîné au moins un épisode d'hospitalisation de courte durée. Enfin, 13 Lavallois sont décédés des conséquences d'une chute.

FIGURE 4. IMPORTANCE DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES, LAVAL, 2013



*Entorse, foulure, coupure, fracture ou blessure à la tête.

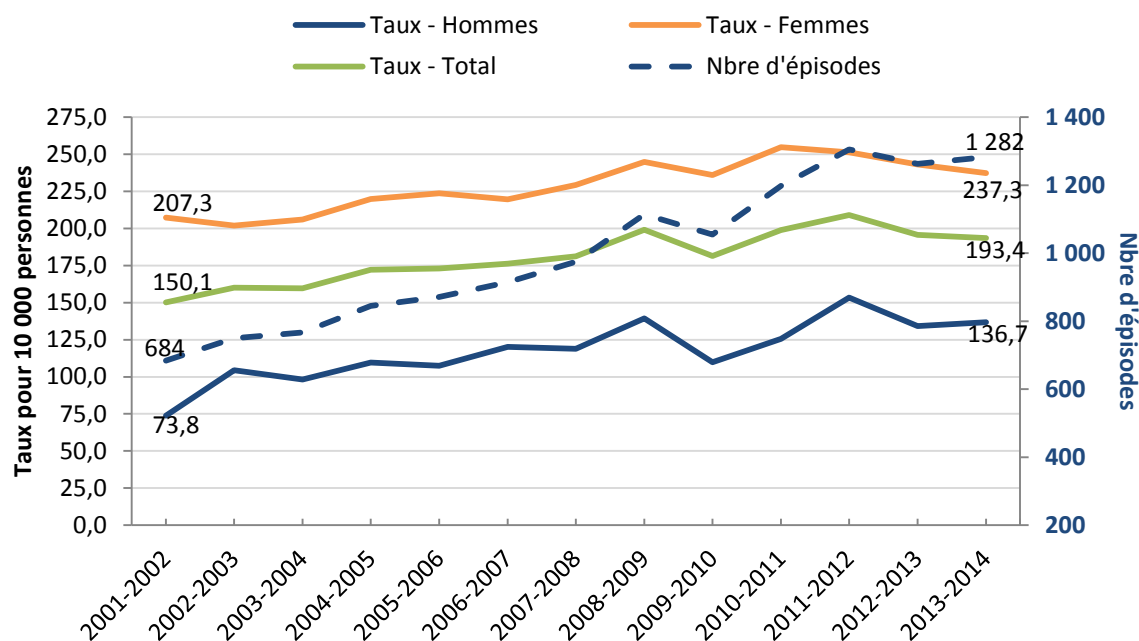
† Les prévalences québécoises de 2008-2009 ont été appliquées à la population lavalloise de 2013.

Sources : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014 et Fichier des décès, 2013 ; FOURNIER, LECOURS ET GAGNÉ, 2012.

Les hospitalisations de courte durée causées par une chute

Le graphique suivant présente l'évolution des taux d'hospitalisation pour chute chez les Lavallois de 65 ans et plus, selon le sexe. Premièrement, on remarque que le nombre d'hospitalisations a doublé depuis 2001-2002, passant de 686 à 1 282. Deuxièmement, les taux pour 10 000 personnes ont également augmenté, autant chez les femmes que chez les hommes. Cela pourrait s'expliquer, entre autres, par le vieillissement des personnes âgées. En effet, la proportion de personnes âgées de 85 ans et plus parmi l'ensemble des Lavallois de 65 ans et plus est passée de 7,9 % en 2000 à 12,6 % en 2013.

GRAPHIQUE 16. TAUX (POUR 10 000 PERSONNES) ET NOMBRE D'HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE LIÉES AUX CHUTES, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2001-2002 À 2013-2014



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

En 2013-2014, pour l'ensemble des 65 ans et plus, le taux d'hospitalisation de courte durée à Laval était de 193,4 pour 10 000 personnes.

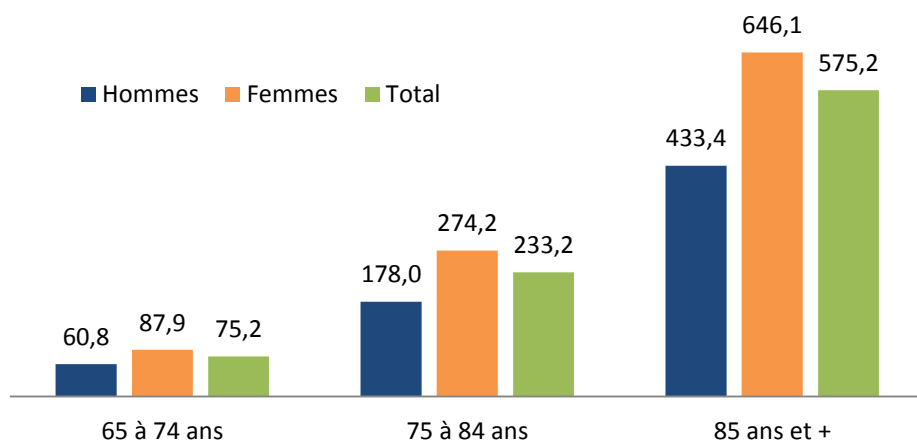
En 2013-2014, 1 282 hospitalisations de courte durée causées par une chute concernaient un Lavallois de 65 ans et plus, ce qui représente 73,3 % de l'ensemble des hospitalisations pour cette cause. Voici quelques données sur ces hospitalisations :

- Les hospitalisations touchaient 975 personnes âgées;
- Le séjour moyen était de 23,0 jours (80,8 équivalents-lits¹¹), soit une durée très élevée comparativement à la moyenne pour l'ensemble des hospitalisations d'aînés lavallois durant cette période (13,9 jours);
- Près de la moitié des chutes avaient eu lieu dans un domicile (48,9 %; n = 627) et plus de 1 sur 10 (11,4 %; n = 146), dans un établissement collectif;
- Le diagnostic principal associé à l'hospitalisation était une fracture du fémur dans plus du tiers des cas (35,9 %), une fracture du rachis lombaire et du bassin dans 8,7 % d'entre eux et une fracture de la jambe dans une proportion de 8,2 %.

¹¹ Le concept d'équivalent-lit combine le nombre d'épisodes de soins et leur durée. Un équivalent-lit correspond à l'occupation d'un lit par une personne pendant 365 jours.

Il existe également un écart important entre les taux d'hospitalisation par sexe, les femmes étant beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisées pour une chute que les hommes. Le graphique suivant présente les taux d'hospitalisation pour une chute en 2013-2014 selon l'âge et le sexe.

GRAPHIQUE 17. TAUX (POUR 10 000 PERSONNES) D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE LIÉE À UNE CHUTE SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013-2014



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

La différence entre les sexes pourrait s'expliquer, selon l'OMS, par le fait que davantage de femmes vivent seules et font l'usage de plusieurs médicaments. De plus, une diminution plus rapide de leur masse musculaire, particulièrement dans les années suivant leur ménopause, pourrait aussi expliquer une telle différence (WHO, 2007).

La perception du risque de chute : un facteur important qui peut diminuer la qualité de vie

Outre leurs conséquences physiques, les chutes peuvent avoir des répercussions importantes sur le plan psychologique : peur de tomber de nouveau, isolement accru et dépression (ASPC, 2014). Même sans blessure, la chute serait un facteur important de déclin de l'autonomie et d'entrée en centre d'hébergement. La personne qui a peur de tomber à la suite d'une chute risque de diminuer volontairement ses activités, ce qui pourrait affaiblir ses capacités physiques et fonctionnelles. Cela pourrait donc entraîner un risque important d'une autre chute. En ce sens, la crainte de tomber est en soi un facteur de risque de chute (MSSS, 2004).

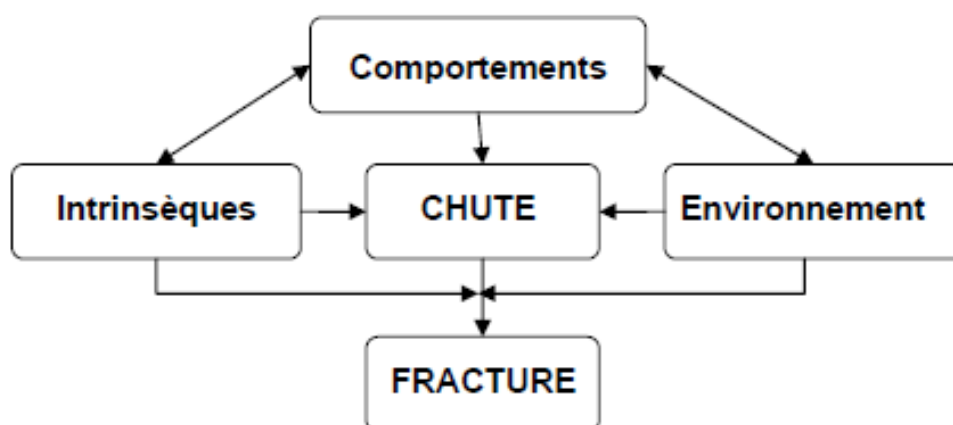
Les données d'une étude de Statistique Canada (2014) démontrent que la perception du risque de chute chez les aînés a un effet important sur cette problématique. Un peu plus du tiers (34 %) des Canadiens de 65 ans et plus disaient craindre de tomber, même si, selon cette même étude, le risque était réel pour 22 % d'entre eux. La proportion d'aînés qui percevaient un risque de chute augmentait avec l'âge, passant de 26 % chez les 65 à 69 ans à 46 % chez les 85 ans et plus. Les aînés se sentant exposés à un tel risque étaient plus susceptibles que les autres d'être atteints d'au moins trois problèmes de santé chroniques, de prendre trois médicaments ou plus par jour, d'avoir une perception négative de leur santé, de vivre seuls ou d'être tombés dans la dernière année. Près de la moitié (44 %) des aînés craignant de faire une chute ont aussi déclaré avoir cessé certaines activités en raison de cette crainte.

Les facteurs de risque de chute

Dans son cadre de référence *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* (2004), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a produit un schéma sur les facteurs de risque de chute et de fracture.

On y constate trois grandes classes de facteurs : ceux liés à la personne (intrinsèques), ceux associés aux comportements et ceux relatifs à l'environnement. Parmi les facteurs de la première catégorie, on compte les troubles de l'équilibre, de la force ou de la marche, l'âge ou la peur de tomber. Dans la deuxième, on trouve entre autres la prise de risque, l'inactivité physique ou la consommation d'alcool. Finalement, les dangers du domicile et l'environnement extérieur sont les deux facteurs liés à l'environnement.

FIGURE 5. GENÈSE DES CHUTES ET DES FRACTURES LIÉES AUX CHUTES, 2004



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2004, p. 5.

Le modèle de l'OMS inclut quant à lui une catégorie de plus, soit les facteurs socioéconomiques, tels que le faible revenu, la faible scolarité, l'accès limité aux services de santé et le manque d'interaction sociale (WHO, 2007). L'OMS mentionne également des facteurs pouvant protéger les aînés des chutes (WHO, 2007). Ces facteurs visent particulièrement les changements environnementaux et comportementaux. Ces derniers sont étroitement liés à de bonnes habitudes de vie qui peuvent conduire à un vieillissement en santé. La consommation modérée d'alcool, le fait de ne pas fumer, le maintien d'un poids optimal ainsi que la pratique modérée d'activités physiques sont considérés comme des facteurs protégeant les personnes âgées des chutes.

Agir sur les facteurs de risque des chutes

Avec l'augmentation prévue de la population d'âînés, particulièrement dans les tranches d'âge plus avancées, le nombre de chutes continuera de croître dans les prochaines années. Puisque les chutes entraînent de nombreuses conséquences pour la personne âgée et sa qualité de vie, son entourage et la société en général, les actions visant la prévention des chutes deviennent un enjeu important de santé publique (INSPQ, 2011).

Comme nous l'avons vu à la figure 5, de nombreux facteurs de risque de chute sont modifiables. Des interventions sont donc susceptibles de diminuer le nombre de chutes et d'amoinrir leurs conséquences. Par exemple, les programmes d'exercices de renforcement et d'équilibre sont reconnus comme étant efficaces pour réduire le risque de chute non seulement parce qu'ils améliorent la condition physique, mais aussi parce qu'ils diminuent la peur de tomber (INSPQ, 2011).

Les troubles auditifs

On estime que, dans le monde, environ le tiers des personnes de plus de 65 ans seraient touchées par une perte d'audition incapacitante (OMS, 2015a). Ce type de problème peut entraîner des difficultés de communication qui sont susceptibles de provoquer, à leur tour, de la contrariété, une mauvaise opinion de soi et l'isolement social (OMS, 2002).

Dans l'EQLAV, 15,3 % des Lavallois de 65 ans et plus ont déclaré souffrir d'une incapacité liée à des troubles auditifs, ce qui représente environ 11 000 âînés en 2016. On peut penser que la prévalence réelle des troubles auditifs (causant ou non une incapacité) est encore plus élevée. Selon une enquête nationale sur la santé menée aux États-Unis, la prévalence des troubles auditifs est de 33 % chez les personnes de 70 ans et plus (Campbell et autres, 1999). De ce nombre, le tiers rapportait utiliser un appareil auditif. Par ailleurs, les personnes déclarant avoir un trouble auditif affirmaient avoir davantage de difficulté à aller dehors et à sortir du lit et montraient une prévalence plus importante de chutes et d'autres problèmes de santé que celles disant ne pas être atteintes par un tel trouble.

Les troubles visuels

Mis à part les défauts de réfraction non corrigés (myopie, hypermétropie, astigmatisme), les principales causes de cécité et de déficience visuelle sont la cataracte et le glaucome (OMS, 2015a). Ces troubles de vision ont des répercussions importantes dans la vie des âînés. En effet, la perte de vision est fréquemment accompagnée d'une diminution de la capacité à accomplir les tâches quotidiennes et d'une augmentation du risque de dépression (Harvey, 2003). Elle est également associée à un risque accru de chute.

En 2008-2009, 22,4 % des Québécois de 65 ans et plus ont déclaré avoir des cataractes, et 6,4 % ont dit souffrir de glaucome. Les prévalences augmentent avec l'âge, atteignant, parmi les 85 ans et plus, 31,6 % pour les cataractes et 11,7 % pour le glaucome. À Laval, ces proportions pourraient correspondre à environ 19 000 personnes âgées souffrant de l'un ou l'autre de ces deux problèmes en 2016 (26,1 %).

De plus, comme cela a été mentionné précédemment (tableau 7), 7,5 % des 65 ans et plus ont une incapacité de longue durée liée à un problème de vision, ce qui pourrait correspondre, en

2015, à environ 5 300 Lavallois. Afin de réduire les risques associés aux troubles visuels, il est important de consulter un spécialiste de la vue régulièrement. En 2008-2009, un peu plus de la moitié (51,2 %) des aînés québécois avaient fait appel à ce type de professionnel de la santé dans les 12 derniers mois.

Voici quelques données concernant les chirurgies d'un jour pour des cataractes, en 2013-2014 :

- Un total de 4 308 chirurgies d'un jour ont été effectuées pour des cataractes chez des Lavallois de 65 ans et plus, une augmentation de 71,0 % en 7 ans (depuis 2006-2007);
- Une majorité d'opérations ont été subies par des personnes âgées de 74 à 85 ans. En effet, ce groupe d'âge présente le taux de chirurgies de la cataracte le plus élevé, soit 864,8 pour 10 000 personnes, suivi de loin par les 85 ans et plus (562,1) et les 65 à 74 ans (528,9). Les taux sont similaires chez les hommes et chez les femmes;
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à subir ce type de chirurgies (58,7 % des chirurgies);
- Ces interventions forment une part très importante de l'ensemble des chirurgies d'un jour chez les aînés. En effet, elles correspondent à 60,3 % de toutes les chirurgies effectuées sur des personnes de 65 ans et plus.

Souffrir de douleurs chroniques : un problème très prévalent beaucoup plus déclaré chez les femmes

La douleur chronique est un autre problème de santé qui peut miner l'autonomie des personnes âgées. La douleur chronique liée à des troubles musculo-squelettiques comprend généralement le mal de dos, les maux de tête chroniques, l'arthrite et l'arthrose, bien que de nombreux autres troubles puissent aussi y être liés (par exemple des douleurs chroniques au genou ou à la hanche).

L'ESCC permet de dresser un portrait lavallois de ce problème de santé. Les douleurs chroniques sont définies ici comme une sensation physique pénible ayant duré six mois ou plus et ayant été diagnostiquée par un professionnel de la santé. En 2011-2012, 36,6 % des Lavallois de 65 ans et plus ont déclaré souffrir d'arthrite ou d'arthrose depuis au moins 6 mois, 23,8 % de maux de dos (autres que ceux causés par la fibromyalgie¹² ou l'arthrite) et 7,6 % de migraines. Globalement, 44,2 % des 65 à 74 ans et 56,5 % des 75 ans et plus ont affirmé éprouver au moins un de ces problèmes. De plus, les proportions sont beaucoup plus élevées chez les femmes que chez les hommes du même âge. En effet, pour l'ensemble des 65 ans et plus, c'est 63,4 % des Lavalloises contre 33,5 % des Lavallois qui ont déclaré souffrir d'au moins un de ces problèmes.

Ce portrait est semblable à celui présenté dans le profil de 2009, où l'on se basait sur les données de l'ESCC de 2005. Bien que les prévalences soient un peu plus élevées en 2011-2012, les différences ne sont pas significatives. Toutefois, le nombre de personnes atteintes aurait grandement augmenté. En 2005, on estimait qu'environ 22 600 Lavallois de 65 ans et plus souffraient d'au moins un de ces problèmes¹³, un nombre qui aurait grimpé à 32 000¹⁴ en 2011-2012. Si la prévalence était toujours la même en 2016, elle correspondrait à près de 36 500 aînés lavallois.

Au-delà des limitations physiques chez la personne qui en souffre, la douleur chronique peut troubler le sommeil, couper l'appétit ou perturber les relations sociales. Psychologiquement, les personnes souffrant de douleurs chroniques peuvent se sentir irritables, anxieuses et déprimées (Société canadienne de psychologie, 2009).

3.3 ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

La santé mentale fait partie intégrante de la santé et signifie bien plus que l'absence de troubles mentaux. Voici la définition qu'en donne l'OMS (2014) :

« [La santé mentale est] un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. »

¹² Syndrome chronique caractérisé par une sensation de douleur ou de brûlure avec enraidissement matinal touchant principalement les tissus fibreux articulaires et périarticulaires, et par un sentiment de fatigue profonde (Office québécois de la langue française, 2001).

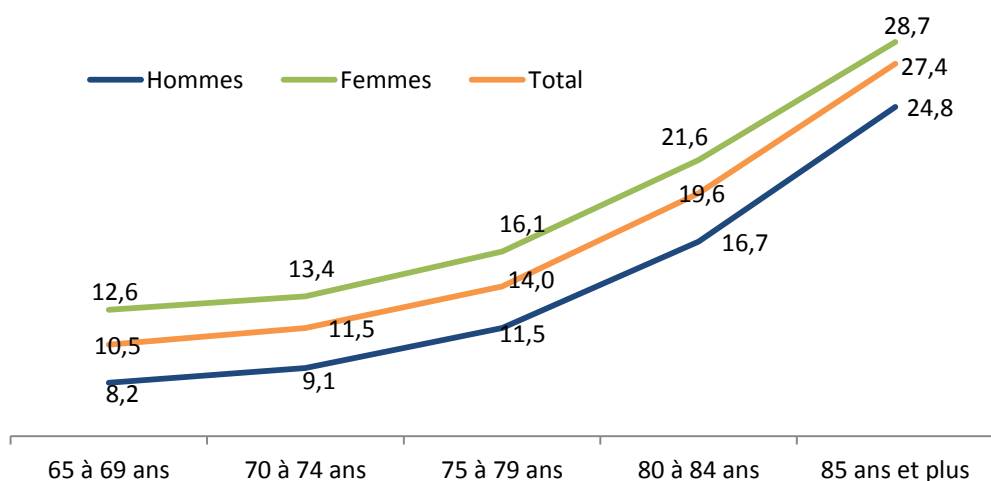
¹³ Dans le profil de 2009, la prévalence des douleurs chroniques incluait aussi la fibromyalgie, mais celle-ci avait été peu déclarée (1,2 %).

¹⁴ On obtient ce nombre en appliquant les prévalences des 65 à 74 ans et des 75 ans et plus à la population moyenne estimée de ces deux groupes d'âge pour l'année 2011-2012.

De façon générale, les personnes âgées de Laval ont une perception assez positive de leur santé mentale. En 2011-2012, selon l'ESCC, une majorité (66,6 %) d'entre elles percevaient leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente. Cette proportion, semblable chez les hommes et chez les femmes et comparable à celle de l'ensemble du Québec, est toutefois plus faible que celle des 45 à 64 ans (environ 77 %).

Le graphique suivant présente la prévalence des problèmes de santé mentale par groupe d'âge et par sexe.

GRAPHIQUE 18. PRÉVALENCE (%) DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013-2014



Source : SYSTÈME INTÉGRÉ DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES DU QUÉBEC, 2013-2014. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Selon le SISMACQ, en 2013-2014, 15,1 % des Lavallois de 65 ans et plus étaient atteints d'une forme de problème de santé mentale¹⁵, une prévalence plus élevée qu'au Québec (14,1 %). Il est intéressant de noter que la différence entre Laval et la province se perçoit spécifiquement chez les 80 ans et plus. La prévalence lavalloise augmente avec l'âge pour atteindre 27,4 % chez les 85 ans et plus, et elle est plus élevée chez les femmes âgées que chez les hommes du même âge. Depuis 2000-2001, les prévalences sont demeurées assez stables à Laval.

Notons que les problèmes de santé mentale compris dans cet indicateur incluent des troubles cognitifs tels que la démence, la maladie d'Alzheimer ou le délire, qui sont liés au vieillissement, ce qui explique en partie le fait que la prévalence totale augmente avec l'âge.

Dans les sections suivantes, deux catégories de troubles de santé mentale seront traitées, soit les démences ainsi que les troubles anxio-dépressifs.

¹⁵ Une personne est considérée comme atteinte d'un trouble mental pour une année donnée si elle a reçu, au cours de l'année, un diagnostic principal de trouble mental inscrit au fichier MED-ÉCHO ou un diagnostic de trouble mental inscrit au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (codes CIM-10 : F00-F99).

3.3.1 Démences et maladie d'Alzheimer

La démence désigne une catégorie d'affections caractérisées par un déclin généralement progressif et irréversible des fonctions cognitives. Cela se traduit par des troubles de la mémoire, de la désorientation, une détérioration des facultés intellectuelles et un comportement social inapproprié, des symptômes pouvant apparaître à différents stades de la maladie. Le stade avancé de ce type de maladie entraîne un besoin d'aide important pour l'accomplissement des tâches quotidiennes. On distingue plusieurs types de démences, mais la maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante. Selon l'OMS (2015b), elle représenterait entre 60 et 70 % de tous les cas de démence. Les autres formes de démences incluent entre autres la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy (qui précède ou accompagne l'apparition du parkinsonisme) et la démence fronto-temporale (une dégénérescence des lobes frontaux du cerveau). Les démences mixtes (formées de plusieurs types de démences) sont également assez fréquentes.

Une méta-analyse portant sur les personnes de 60 ans et plus et basée sur 11 études américaines et canadiennes effectuées entre 1987 et 2007 a estimé la prévalence de la démence par groupe d'âge et par sexe (Prince et autres, 2013). Le tableau suivant présente les résultats de cette étude ainsi que les estimations lavalloises pour 2016 et 2036 effectuées à partir des projections démographiques.

TABLEAU 11. PRÉVALENCE (%) DES DÉMENCES SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE ET ESTIMATIONS LAVALLOISES, POPULATION DE 60 ANS ET PLUS

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	Estimations pour Laval	
	%	%	%	2016	2036
De 60 à 64 ans	1,3	1,0	1,1	284	324
De 65 à 69 ans	2,1	1,8	1,9	405	524
De 70 à 74 ans	3,7	3,3	3,4	600	980
De 75 à 79 ans	6,8	6,4	6,3	895	1 739
De 80 à 84 ans	12,3	12,5	11,9	1 351	2 546
De 85 à 89 ans	21,6	23,2	21,7	1 556	3 223
90 ans et +	45,2	52,7	47,5	1 789	4 939
Total 60 ans et +			6,5	6 879	14 275

Sources : PRINCE et autres, 2013; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

La prévalence des démences augmente rapidement avec l'âge, passant de 1,1 % chez les 60 à 64 ans à 47,5 % chez les 90 ans et plus. Si l'on applique les prévalences par groupe d'âge aux projections démographiques, on estime que près de 7 000 Lavallois de 60 ans et plus souffrent d'une démence en 2016. Si les prévalences par âge restent stables, ce nombre aura doublé en 2036. Ces projections concordent avec celles de l'OMS, qui estimait, en 2010, que le nombre de personnes atteintes de démence dans le monde doublerait d'ici 2030 et triplerait d'ici 2050 (WHO, 2012).

En 2013-2014, chez les Lavallois de 65 ans et plus, 418 épisodes d'hospitalisation avaient pour diagnostic principal une démence¹⁶. Ces hospitalisations représentent seulement 2,9 % de l'ensemble des hospitalisations de courte durée. Toutefois, la durée moyenne de séjour est assez élevée, soit 45,1 jours, et représente 9,4 % de la somme de tous les séjours d'hospitalisation des aînés lavallois durant cette période.

Bien que le vieillissement soit le facteur de risque le plus important des démences et que des prédispositions génétiques jouent aussi un rôle notable, de nombreux éléments, tels que le diabète de type 2, l'hypertension, une stimulation intellectuelle inadéquate ou l'obésité, sont modifiables. La Société Alzheimer du Canada (2010) mentionne également quatre caractéristiques du mode de vie (facteurs de protection) qui peuvent réduire le risque d'être atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée : une alimentation saine, de l'exercice aérobique, une vie sociale active et des activités intellectuelles.

La prise en charge des aînés atteints de démence : un défi pour l'avenir

La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démences ne sont pas les problèmes les plus prévalents chez les personnes âgées. Toutefois, compte tenu du vieillissement rapide de la population, les démences seront un enjeu important et l'un des grands défis en matière de santé publique dans les années à venir (WHO, 2012). En effet, en raison de la perte d'autonomie liée aux démences et des besoins de prise en charge qui en découlent, les répercussions d'une augmentation du nombre de personnes atteintes seront importantes. Ces répercussions se feront sentir non seulement du point de vue de la demande de soins et de l'hébergement, mais aussi chez les proches aidants et les autres membres de l'entourage de la personne malade.

Concernant l'hébergement, il a été évalué qu'en 2008, 55 % des Canadiens de 65 ans et plus souffrant de démence vivaient à domicile. Les projections effectuées par la Société Alzheimer du Canada (2010) prévoient qu'en raison, entre autres, d'un manque de lits de soins de longue durée, cette proportion atteindra 62 % en 2038. Pourtant, les personnes atteintes d'une démence à un stade avancé ne sont souvent plus en mesure de demeurer chez elles. Cela augmentera de façon significative la demande de soins à domicile et de proximité de même que le fardeau de l'entourage des personnes atteintes (Société Alzheimer du Canada, 2010).

Les démences ont en effet souvent de lourdes conséquences sur l'entourage des personnes malades, que ce soit sur le plan psychologique, personnel ou financier. En 2011, au Canada, les proches aidants ont consacré 444 millions d'heures non rémunérées à la prise en charge d'une personne atteinte d'une démence (Société Alzheimer du Canada, 2015). Étant donné qu'environ le quart des aidants naturels au Canada sont eux-mêmes des aînés, les effets sur cette population seront d'autant plus importants (Statistique Canada, 2008).

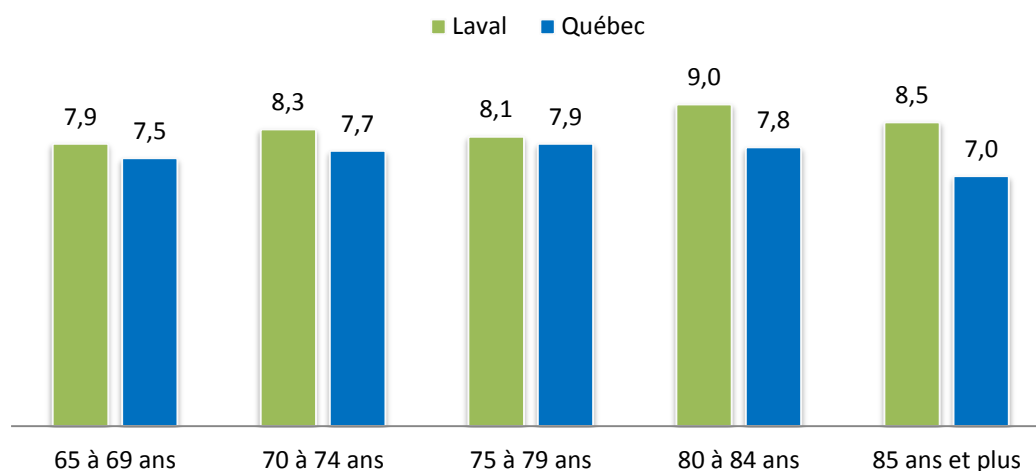
3.3.2 Troubles anxio-dépressifs

Les troubles anxio-dépressifs incluent principalement les troubles de l'humeur, tels que les troubles dépressifs ou le trouble affectif bipolaire, et les troubles névrotiques, tels que les troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale, etc.).

¹⁶ La démence vasculaire, la maladie d'Alzheimer et la démence sans précision sont incluses dans les démences.

En 2013-2014, la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les personnes âgées était de 8,2 %. Cela pourrait représenter environ 6 000 Lavallois en 2016. La prévalence est plus élevée chez les femmes (10,1 %) que chez les hommes (5,9 %). Le graphique suivant présente les prévalences lavalloise et québécoise par groupe d'âge quinquennal.

GRAPHIQUE 19. PRÉVALENCE (%) DES TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013-2014



Source : SYSTÈME INTÉGRÉ DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES DU QUÉBEC, 2013-2014. Données extraites à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Tout comme pour l'ensemble des troubles de santé mentale, les troubles anxio-dépressifs sont plus fréquents chez les Lavallois de 65 ans et plus que chez les Québécois du même âge (7,6 %), une différence qui n'est pas observée dans les groupes d'âge plus jeunes.

Depuis 2000-2001, les prévalences lavalloise et québécoise présentent une légère tendance à la baisse.

Le suicide

La problématique du suicide chez la personne âgée comporte certaines particularités. Comparativement aux autres groupes d'âge, il y a très peu de tentatives pour chaque suicide survenu chez les 65 ans et plus. La mortalité associée à une tentative de suicide chez un aîné est donc très élevée. Par ailleurs, la conduite suicidaire des personnes âgées serait moins impulsive et moins agressive. Leurs crises suicidaires seraient aussi moins faciles à dépister, les signes dépressifs s'exprimant plus souvent par des symptômes physiques (Richard-Devantoy et Jollant, 2012).

On observe chez les personnes âgées les taux de suicide les plus bas après les adolescents et les jeunes adultes (de 18 à 24 ans). Ces taux sont également assez stables. À Laval, de 2010 à 2012, il y a eu sept suicides par année en moyenne chez les personnes âgées.

Note méthodologique

Une sous-estimation possible du taux de suicide chez les aînés

Il faut prendre en considération le fait que les taux officiels de décès par suicide chez les personnes âgées peuvent être sous-estimés. En effet, il est possible que les enquêtes pour déterminer les causes exactes du décès soient moins systématiques dans le cas d'une personne âgée que pour d'autres groupes d'âge.

3.3.3 Facteurs protecteurs et facteurs de risque des troubles de santé mentale

Chez les aînés comme dans la population en général, des facteurs génétiques, physiques (maladie, douleur chronique) ou liés à l'environnement (réseau social et familial, ressources matérielles) et aux habiletés sociales (facilité à être en relation, à résoudre des conflits) sont d'importants déterminants de la santé mentale.

L'Association canadienne pour la santé mentale a fait un inventaire des facteurs plus spécifiques des aînés qui ont une influence positive sur leur santé mentale (Anderson, Parent et Huestis, 2002). Les principaux sont l'autonomie, le sentiment de contrôle sur sa vie et de dignité, le fait d'avoir un but, la santé physique, les rapports sociaux, la spiritualité, l'aptitude à composer avec le sentiment de perte et l'expérience de vie.

Par ailleurs, plusieurs facteurs de risque pour la santé mentale sont plus présents chez les aînés. On peut penser à la perte du conjoint, de la fratrie ou d'amis, à l'isolement ou à la perte du soutien social, à la dégradation de son état de santé ou de celui d'un proche, à la diminution de la capacité fonctionnelle, etc.

Diagnostiquer les troubles de santé mentale chez les aînés : un enjeu pour l'intervention

La dépression est plus difficile à dépister chez les aînés que chez les plus jeunes, entre autres parce que les personnes âgées ont moins tendance à en décrire les symptômes de façon spontanée (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002). Les signes et les symptômes de la dépression et d'autres troubles de santé mentale peuvent être confondus avec ceux liés à des maladies physiques et être interprétés par les professionnels de la santé comme un effet normal du processus de vieillissement.

Une étude européenne révèle que parmi environ 2 000 personnes âgées de 60 ans et plus ayant fait une tentative de suicide, seulement 4 % avaient préalablement reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, même si la grande majorité avait consulté au moins une fois un médecin dans l'année (Suominen, Isometsä et Lönnqvist, 2004). Après leur tentative de suicide, environ 60 % ont reçu un tel diagnostic.

De plus, certains préjugés associés aux problèmes de santé mentale, comme le fait de les considérer comme un signe de faiblesse, peuvent amener la personne âgée à ne pas consulter un professionnel de la santé. Cela peut entraîner une sous-estimation de la prévalence de ces troubles (Regenstreif, 2013). À ce sujet, des études suggèrent qu'une dépression non diagnostiquée et non traitée chez les aînés peut mener à un usage excessif des soins de santé, à de plus longs séjours à l'hôpital et à un moins grand respect des traitements (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002).

Le dépistage des troubles de santé mentale chez les personnes âgées est donc un défi important pour la prévention du suicide et des nombreuses autres conséquences néfastes qui peuvent survenir lorsque ces troubles ne sont pas traités.

3.4 ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE EN BREF

Les aînés peuvent espérer vivre de plus en plus vieux :

- En 2011, un Lavallois de 65 ans pouvait espérer vivre jusqu'à 86,2 ans. L'espérance de vie ne cesse d'augmenter. En outre, elle s'accroît davantage chez l'homme que chez la femme, ce qui fait que l'écart entre les sexes diminue;
- L'espérance de vie en bonne santé augmente également, mais plus faiblement que l'espérance de vie;
- Parallèlement, les taux de mortalité par tranche d'âge ne cessent de diminuer chez les aînés. On devrait toutefois observer une augmentation du taux de mortalité chez l'ensemble des 65 ans et plus, puisqu'il y a une proportion de plus en plus grande d'aînés plus âgés parmi eux.

Les incapacités et les maladies chroniques (de longue durée) sont très fréquentes et plusieurs sont en augmentation :

- Parmi les Lavallois de 65 ans et plus, 55,9 % (soit environ 42 000 personnes en 2016) éprouvent des difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne. Pour la majorité d'entre eux, il s'agit d'une incapacité légère;
- Près de la moitié des Lavallois qui vivent avec des incapacités ont besoin d'aide pour effectuer certaines tâches de la vie quotidienne;
- Une proportion de 69,6 % des aînés lavallois (soit environ 51 000 personnes en 2016) souffrent d'au moins une de ces maladies de longue durée : hypertension; arthrite, arthrose ou rhumatisme; diabète; maladies cardiaques; bronchite chronique, emphysème ou MPOC. La prévalence atteint 77,6 % chez les 85 ans et plus;
- La prévalence de l'hypertension a connu une hausse importante, mais le taux d'incidence diminue;
- La prévalence du diabète connaît une augmentation importante, mais le taux d'incidence est stable;
- Les problèmes de santé de longue durée, particulièrement l'arthrite, les MPOC et les maladies cardiaques, entraînent beaucoup d'incapacités chez les personnes atteintes;
- Les chutes sont la principale cause de blessures chez les aînés. Les taux d'hospitalisation pour une chute chez les 65 ans et plus sont en augmentation, ce qui est probablement dû au vieillissement des personnes âgées.

La démence chez la personne âgée est un problème de santé mentale à surveiller :

- Le principal problème de santé mentale directement lié au vieillissement est la démence, qui comprend la maladie d'Alzheimer. La prévalence est de 1,9 % chez les 65 à 69 ans et atteint 47,5 % chez les 90 ans et plus;
- En 2016, près de 7 000 Lavallois de 60 ans et plus seraient touchés par ce problème de santé. Avec le vieillissement de la population, ce nombre pourrait atteindre plus de 14 000 en 2036.



Chapitre 4 : Facteurs socioculturels et socioéconomiques d'un vieillissement en santé

Le présent chapitre traite des principales caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques des aînés lavallois, en mettant l'accent sur celles qui sont susceptibles d'influencer le vieillissement en santé.

La majorité des données présentées provient de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) et du recensement de 2011. Ces données concernent uniquement les personnes vivant dans des ménages privés. Les personnes faisant partie de ménages collectifs, qu'ils soient institutionnels ou non, sont exclues.

Selon le recensement de 2011, parmi les 62 585 personnes de 65 ans et plus résidant à Laval :

- 89,2 % vivaient dans un logement privé, c'est-à-dire une maison, un logement, une tour d'habitation ou une habitation à loyer modique (HLM) (environ 55 800 personnes);
- 3,8 % habitaient un logement collectif institutionnel, soit un hôpital général ou spécialisé, un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou une ressource intermédiaire (RI) ou de type familial (RTF) (environ 2 400 personnes);
- 7,0 % résidaient dans un logement collectif non institutionnel comme une résidence pour personnes âgées avec services ou une maison de chambres (environ 4 400 personnes, dont 4 110 uniquement dans les résidences pour personnes âgées).

Nous savons toutefois, grâce au Registre des résidences privées pour aînés, que beaucoup plus que 7,0 % des personnes âgées vivent dans ce type de logement. Déjà en 2009, c'était le cas de 6 000 d'entre elles. On peut en déduire que, selon le type de résidence et les services qui y sont offerts, une certaine proportion des personnes qui y vivent ont quand même été considérées comme faisant partie d'un ménage privé.

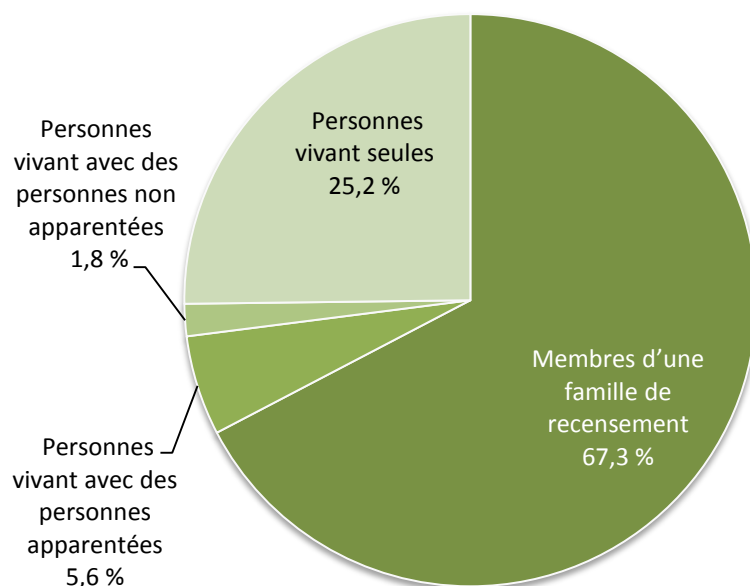
Les caractéristiques présentées dans ce chapitre ne sont donc pas nécessairement représentatives de la situation de toutes les personnes âgées, mais de celles vivant en ménage privé, qui forment la majorité de la population des 65 ans et plus.

4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIOCULTURELLES DES AÎNÉS

4.1.1 Situation des personnes âgées dans les ménages privés

En 2011, une majorité de Lavallois de 65 ans et plus (67,3 %) étaient membres d'une famille de recensement, c'est-à-dire qu'ils vivaient avec un conjoint ou avec un enfant sans conjoint et sans enfant résidant dans le ménage. De plus, un peu plus d'une personne âgée sur quatre (25,2 %) vivait seule.

GRAPHIQUE 20. RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LA SITUATION DANS LE MÉNAGE PRIVÉ, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2011



Note : Une personne âgée vivant sans conjoint, mais avec un de ses enfants est considérée comme vivant avec une personne apparentée si ce dernier est marié, vit en union libre ou a au moins un enfant résidant avec lui.

Source : STATISTIQUE CANADA, recensement de 2011.

On constate, dans le tableau suivant, que la proportion de personnes âgées vivant seules augmente avec l'âge, atteignant 41,0 % chez les 85 ans et plus. De plus, les femmes sont proportionnellement deux fois plus nombreuses à vivre seules que les hommes, principalement à cause de leur espérance de vie plus grande.

Comparativement à l'ensemble du Québec, Laval affiche une plus faible proportion de personnes âgées vivant seules, et ce, pour toutes les catégories d'âge.

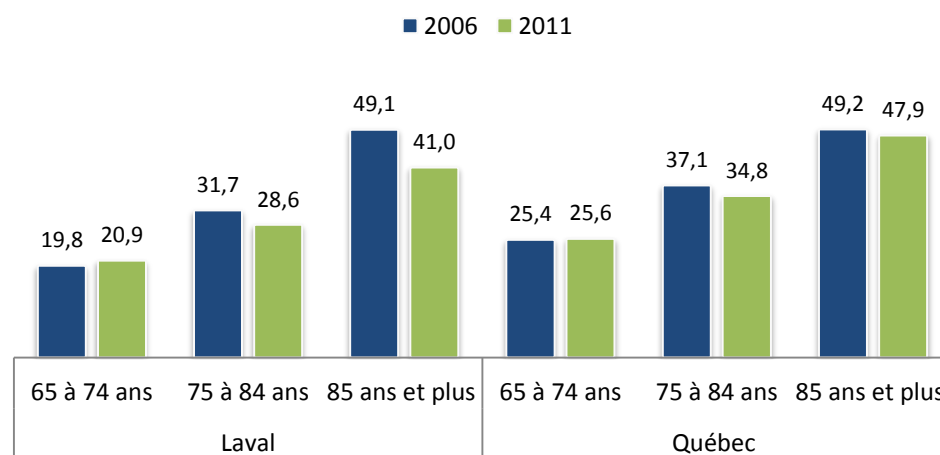
TABLEAU 12. PROPORTION (%) DE PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES SELON LE SEXE ET LE GROUPE D'ÂGE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ, 2011

	65 ans et plus	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans et plus
LAVAL				
Hommes	14,7	13,2	15,4	25,3
Femmes	33,7	27,6	39,0	49,6
Total	25,2	20,9	28,6	41,0
QUÉBEC				
Hommes	19,8	18,5	20,5	28,7
Femmes	39,1	32,0	45,7	58,0
Total	30,4	25,6	34,8	47,9

Source : STATISTIQUE CANADA, recensement de 2011.

Par rapport à 2001, la proportion lavalloise de personnes de 65 ans et plus vivant seules est légèrement plus faible (25,9 % en 2001). Toutefois, par groupe d'âge, on constate une diminution de la proportion de personnes vivant seules, sauf chez les 65 à 74 ans, où celle-ci est restée stable. La même baisse est observable dans l'ensemble du Québec, mais de façon moins importante qu'à Laval.

GRAPHIQUE 21. PROPORTION (%) DE PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES SELON LE GROUPE D'ÂGE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE VIVANT EN MÉNAGE PRIVÉ, 2006 ET 2011



Source : STATISTIQUE CANADA, recensements 2006 et 2011.

4.1.2 Immigration

Chaque année, des milliers d'immigrants¹⁷ choisissent la région de Laval comme terre d'accueil. Laval vient en effet au troisième rang des régions qui attirent le plus d'immigrants internationaux admis au Québec, et ce, après Montréal et la Montérégie. Selon le ministère de l'Immigration et

¹⁷ Statistique Canada définit les immigrants comme des personnes n'ayant pas la citoyenneté canadienne de naissance.

des Communautés culturelles (2013), un peu plus de 8 % des immigrants admis au Québec entre 2002 et 2011 résidaient à Laval en janvier 2013. D'ailleurs, de 2001 à 2011, la part des immigrants dans la population lavalloise est passée de 15,5 % à 24,6 %, une proportion près de deux fois plus grande que celle de l'ensemble du Québec (12,6 %).

En 2011, on dénombrait environ 16 520 personnes âgées ayant immigré à Laval et vivant dans un ménage privé, soit 29,7 % des aînés. Cela représente une augmentation depuis 2001 (22,4 %), bien qu'elle soit moins importante que celle relative à l'ensemble de la population immigrante. Notons toutefois que la proportion d'immigrants exclut les résidents non permanents. Or, ces derniers sont peu nombreux, étant estimés à environ 140 personnes parmi la population âgée de 65 ans et plus.

Il est important de préciser que la plupart des aînés immigrants résident au Canada depuis longtemps. En effet, 54,9 % d'entre eux sont arrivés au pays avant 1971 et 76,2 % avant 1981.

La part d'aînés est également plus grande parmi les immigrants que parmi les non-immigrants. En effet, les 65 ans et plus représentaient 17,1 % des immigrants en 2011 comparativement à 13,3 % des non-immigrants.

Le tableau suivant présente la répartition de la population immigrante de 65 ans et plus selon le lieu de naissance. On observe qu'une majorité d'immigrants âgés sont originaires de l'Europe (59,4 %), de l'Asie (19,9 %), des Amériques (13,7 %) et de l'Afrique (7,0 %). Les pays de naissance les plus fréquents sont la Grèce et l'Italie. Effectivement, plus du tiers (36,1 %) des immigrants de 65 ans et plus venaient d'un de ces deux pays en 2011.

TABLEAU 13. RÉPARTITION (%) DES PERSONNES ÂGÉES AYANT IMMIGRÉ ET VIVANT DANS UN MÉNAGE PRIVÉ SELON LE LIEU DE NAISSANCE, LAVAL, 2011

Lieu de naissance	Nombre	%
Continent		
Europe	9 805	59,4
Asie	3 295	19,9
Amériques	2 265	13,7
Afrique	1 155	7,0
Total	16 520	100,0
Pays les plus fréquents		
Grèce	3 200	19,4
Italie	2 755	16,7
Haïti	1 360	8,2
Liban	1 170	7,1
France	975	5,9
Portugal	820	5,0
Autres pays	6 240	37,8
Total	16 520	100,0

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

Les immigrants de 65 ans et plus sont moins nombreux à vivre seuls

L'une des caractéristiques des aînés lavallois qui ont immigré est qu'ils sont beaucoup moins nombreux que les non-immigrants à vivre seuls. En effet, 15,4 % des immigrants de 65 ans et plus vivaient seuls en 2011, comparativement à 29,0 % des non-immigrants du même âge, et ce, même si la répartition par groupe d'âge est presque identique dans les deux groupes d'aînés. De plus, comme on peut l'observer dans le tableau 14, bien que les immigrants de 65 ans et plus soient proportionnellement plus nombreux à être membres d'une famille de recensement, la différence la plus marquée se trouve chez ceux vivant avec des personnes apparentées. Effectivement, les immigrants de 65 ans et plus sont proportionnellement trois fois plus nombreux que les non-immigrants du même âge à vivre avec une ou plusieurs personnes avec qui ils ont un lien de sang, comme un enfant et la famille de celui-ci, un neveu ou une nièce, ou un frère ou une sœur.

TABEAU 14. RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LA SITUATION DANS LE MÉNAGE PRIVÉ ET LE STATUT D'IMMIGRANT, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2011

Situation dans le ménage privé	Immigrants	Non-immigrants
Membres d'une famille de recensement	72,3	65,2
Personnes vivant avec des personnes apparentées	11,3	3,2
Personnes vivant avec des personnes non apparentées	1,1	2,6
Personnes vivant seules	15,4	29,0

Note : Une famille de recensement fait référence au fait de vivre avec un conjoint ou avec un enfant si celui-ci est lui-même sans conjoint et sans enfant. Une personne âgée vivant sans son conjoint, mais avec un de ses enfants est considérée comme vivant avec une personne apparentée si ce dernier est marié ou en union libre ou a au moins un enfant résidant avec lui.

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages et recensement de 2011.

Parmi la population immigrante âgée, tout comme pour l'ensemble des aînés lavallois, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à vivre seules que les hommes. En effet, chez les immigrants lavallois de 65 ans et plus, cette situation concerne une proportion très faible d'hommes (9,2 %) comparativement aux femmes (21,7 %). Par ailleurs, parmi les immigrants âgés, 84,5 % des hommes sont membres d'une famille de recensement, contre seulement 59,6 % des femmes.

Le fait que Laval compte beaucoup plus d'immigrants que l'ensemble du Québec et que ceux-ci ont moins tendance à vivre seuls pourrait expliquer, du moins en partie, le taux globalement plus faible d'aînés vivant seuls dans cette région, comparativement à la province (section 4.1.1).

L'immigration et la santé

Si nous ne disposons pas de données fiables sur l'état de santé des aînés immigrants, rien ne porte à penser qu'il serait différent de celui des non-immigrants. Toutefois, le fait d'être un immigrant aîné peut avoir une influence sur l'accès aux soins de santé. Battaglini et Gravel (2000) énumèrent quatre facteurs qui limitent cet accès dans un contexte multiculturel :

- 1) La méconnaissance des ressources disponibles;
- 2) Les difficultés dites objectives (économiques, géographiques et administratives);
- 3) Les problèmes linguistiques et de communication;
- 4) La perception de la culture.

Ces facteurs varient d'un groupe à l'autre et peuvent devenir encore plus importants « s'ils sont combinés chez un même individu ou au sein d'une même famille » (Battaglini et Gravel, 2000).

4.1.3 Langues

La langue maternelle et la langue parlée le plus souvent à la maison

Le tableau suivant présente la répartition des aînés lavallois des deux sexes selon la langue maternelle et la langue parlée le plus souvent à la maison. Ces deux indicateurs concernent les personnes vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

TABLEAU 15. RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LA LANGUE MATERNELLE, LA LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON ET LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS VIVANT DANS UN MÉNAGE PRIVÉ OU DANS UN MÉNAGE COLLECTIF NON INSTITUTIONNEL, 2011

	Masculin %	Féminin %	Total %
Langue maternelle			
Français	68,8	74,4	72,0
Anglais	4,8	4,3	4,5
Langue non officielle	26,4	21,2	23,5
Langue parlée le plus souvent à la maison			
Français	74,1	77,1	75,8
Anglais	7,0	6,0	6,5
Langue non officielle	18,8	16,8	17,7

Note : Réponses uniques seulement, soit 98,3 % des répondants pour la langue maternelle et 96,9 % pour la langue parlée le plus souvent à la maison.

Source : STATISTIQUE CANADA, recensement de 2011.

La majorité des Lavallois de 65 ans et plus (72,0 %) a le français comme langue maternelle, une proportion un peu plus élevée chez les femmes (74,4 %) que chez les hommes (68,8 %). Par ailleurs, la langue maternelle de près d'un aîné lavallois sur quatre (23,5 %) est une langue non officielle, une proportion plus élevée que celle du Québec (10,9 %).

Le français est également la langue parlée le plus souvent à la maison pour environ les trois quarts (75,8 %) des Lavallois âgés de 65 ans et plus. Cette proportion est de 83,5 % dans l'ensemble du Québec. De plus, 17,7 % de la population lavalloise de cette tranche d'âge parle le plus souvent une langue non officielle à la maison. Cette proportion est plus de deux fois plus importante que celle du Québec (7,4 %). Les principales langues non officielles parlées à la maison sont le grec, l'italien et l'arabe.

La connaissance des langues officielles

La connaissance des langues officielles renvoie à la capacité de soutenir une conversation en français ou en anglais. En 2011, parmi les Lavallois âgés de 65 ans et plus, on observait que près de 3 000 personnes (4,9 %) n'avaient pas cette capacité, une proportion plus élevée que dans l'ensemble de la population lavalloise (1,9 %) et plus importante chez les femmes (6,0 %) que chez les hommes (3,5 %). Par ailleurs, on notait que la proportion d'allophones parmi les aînés a légèrement augmenté depuis 2006 (4,3 %).

4.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES DES ÂÎNÉS

4.2.1 Scolarité

Comme on peut le constater dans le tableau 16, la proportion de Lavallois sans diplôme est assez élevée chez les 65 ans et plus, soit 38,8 %, et elle l'est encore plus chez les 75 ans et plus (46,9 %). De plus, les femmes (43,2 %) sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (33,5 %) à n'avoir aucun diplôme. Le certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers est également plus commun chez les hommes que chez les femmes (18,0 % comparativement à 7,6 %).

TABEAU 16. RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LE PLUS HAUT CERTIFICAT, DIPLÔME OU GRADE OBTENU, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS VIVANT DANS UN MÉNAGE PRIVÉ, 2011

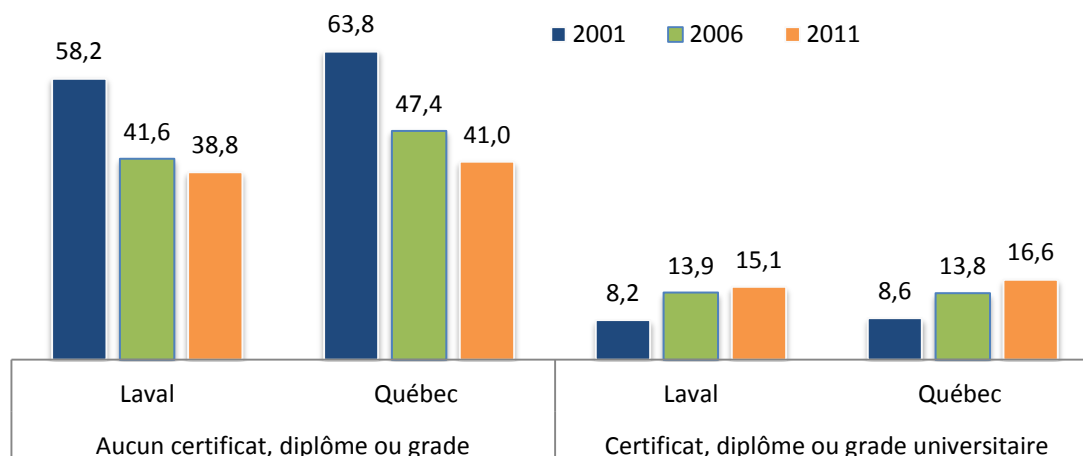
Plus haut certificat, diplôme ou grade obtenu	65 ans et plus			De 65 à 74 ans	75 ans et plus
	Hommes	Femmes	Total	Total	Total
Aucun certificat, diplôme ou grade	33,5	43,2	38,8	32,9	46,9
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	22,4	26,9	24,9	25,2	24,5
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	18,0	7,6	12,3	13,6	10,5
Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire	8,3	9,4	8,9	10,3	7,2
Certificat, diplôme ou grade universitaire	17,7	12,8	15,1	18,1	10,9

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

La proportion de Lavallois de 65 ans et plus sans diplôme a diminué de façon importante au cours de la période 2001-2011, tandis que celle des titulaires d'un diplôme universitaire a

considérablement augmenté (graphique 22). En effet, la première est passée de 58,2 % à 38,8 %, tandis que la seconde a presque doublé, augmentant de 8,2 % à 15,1 %. La même tendance a été observée dans l'ensemble du Québec.

GRAPHIQUE 22. PROPORTION (%) DE PERSONNES N'AYANT AUCUN CERTIFICAT, DIPLÔME OU GRADE OU AYANT OBTENU UN CERTIFICAT, DIPLÔME OU GRADE UNIVERSITAIRE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS VIVANT DANS UN MÉNAGE PRIVÉ, 2001, 2006 ET 2011



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, recensements 2001 et 2006, 2011.

La littératie en santé, un facteur important du vieillissement en santé

La littératie est l'aptitude d'une personne à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités (OCDE, 2000).

En santé, la littératie « réfère habituellement à la capacité d'une personne à accéder à des renseignements sur la santé et à les utiliser pour prendre les décisions appropriées et se maintenir en santé » (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007). La littératie en santé est importante pour un vieillissement en santé. En effet, les Canadiens qui ont de faibles niveaux de littératie en santé seraient plus susceptibles d'être en mauvaise santé et de souffrir de certaines maladies chroniques, particulièrement le diabète, dont la prévalence augmente à mesure que le niveau de littératie en santé diminue (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007).

Selon l'Enquête sur la littératie et les compétences des adultes de 2003 (Bernèche et Perron, 2006), 94,7 % des Québécois de plus de 65 ans ont un niveau de littératie en santé inférieur au niveau 3 (niveau minimal souhaité)¹⁸, comparativement à 51,3 % des 16 à 25 ans, 57,3 % des 26 à 45 ans et 69,7 % des 45 à 65 ans. Toutefois, cela ne veut pas dire que le niveau de littératie diminue à mesure qu'une personne vieillit. Parmi les différents facteurs qui l'influencent, l'un des plus importants est le niveau de scolarité.

¹⁸ Selon le Conseil canadien sur l'apprentissage, le niveau 3 est le niveau minimal requis pour qu'une personne soit à même d'obtenir, de comprendre et d'évaluer adéquatement elle-même l'information relative à la santé.

En effet, cette enquête fait ressortir que, pour un même groupe d'âge, le niveau de littératie augmente lorsque le niveau de scolarité s'accroît. Les écarts de niveau de littératie selon la scolarité sont encore plus marqués chez les personnes de plus de 65 ans, comparativement aux autres groupes d'âge. Ainsi, le niveau de littératie des aînés n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES) est beaucoup plus bas que celui des 65 ans et plus qui possèdent au moins un DES. Notons que cela peut être lié, en partie, au contexte d'éducation, puisque ces personnes auraient fréquenté l'école avant la Loi sur l'instruction publique et la création du ministère de l'Éducation (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007).

Le lien entre la littératie et le niveau de scolarité nous permet de croire que l'augmentation du niveau de scolarité des aînés lavallois observée dans les dernières années a pu avoir un effet positif sur leur littératie en santé et qu'elle continuera à être bénéfique dans l'avenir.

4.2.2 Participation au marché du travail

En 2014, à Laval, le taux d'emploi des 65 ans et plus était de 11,1 %. Cela correspondait à environ 6 600 personnes. En excluant les données de 2013, on remarque que la tendance du taux d'emploi est à la hausse, autant chez les 65 ans et plus que dans le groupe d'âge des 55 à 64 ans.

Toujours en 2014, et pour la deuxième fois depuis 2009, le taux d'emploi des 65 ans et plus était plus élevé à Laval qu'au Québec. Cette différence est encore plus grande parmi les 55 à 64 ans. En effet, le taux d'emploi dans cette tranche d'âge était de 65,4 % à Laval comparativement à 56,3 % au Québec.

TABLEAU 17. TAUX (%) D'EMPLOI PAR GROUPE D'ÂGE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, DE 2009 À 2014

Année	Laval		Québec	
	De 55 à 64 ans	65 ans et plus	De 55 à 64 ans	65 ans et plus
2009	59,5	6,1	51,4	7,2
2010	61,7	7,4	52,1	8,2
2011	58,2	8,4	53,0	8,4
2012	58,7	9,3	53,7	8,6
2013	67,7	7,8	55,9	9,2
2014	65,4	11,1	56,3	9,9

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la population active, 2014, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Les données présentées au tableau 17 proviennent de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada (2014) et ne permettent pas de connaître les spécificités des différentes tranches d'âge de la population de personnes âgées. Toutefois, selon les données sur l'emploi de l'ENM (2011), une grande majorité (88,6 %) de Lavallois de 65 ans et plus ayant travaillé en 2010 étaient âgés de 65 à 74 ans.

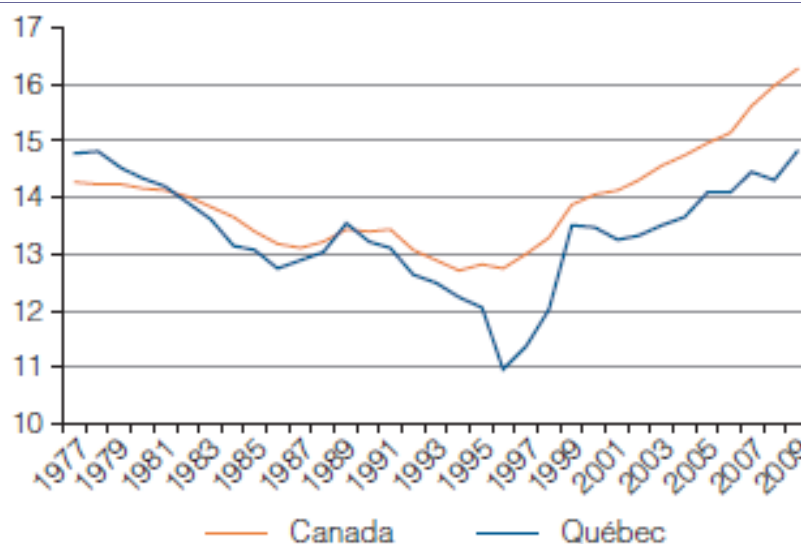
La retraite et le vieillissement démographique

Depuis les années 70, l'âge de la retraite au Canada a baissé de façon significative. Toutefois, cette tendance ne s'est pas poursuivie ces dernières années. En effet, après avoir diminué jusqu'à

62,2 ans chez les hommes et 59,8 ans chez les femmes, l'âge moyen de la retraite augmente graduellement depuis la fin des années 90 et a atteint, en 2012, 63,8 ans chez les hommes et 62,5 ans chez les femmes (OCDE, 2015).

Cela dit, selon une étude de l'ISQ (Carrière et Galarneau, 2012), l'âge moyen à la retraite est une mesure assez limitée, puisqu'elle ne tient compte que des travailleurs qui prennent leur retraite, sans considérer ceux qui la reportent. C'est pourquoi, à partir des données de l'Enquête sur la population active, l'ISQ a créé une mesure de la durée anticipée de vie en emploi. Cet indicateur estime le nombre d'années qu'une personne en emploi âgée de 50 ans vivra avant de prendre sa retraite. Comme on peut le voir dans le graphique suivant, la durée anticipée de vie en emploi démontre un report important de la retraite depuis le milieu des années 90.

GRAPHIQUE 23. DURÉE ANTICIPÉE DE VIE EN EMPLOI À 50 ANS, POPULATIONS CANADIENNE ET QUÉBÉCOISE, DE 1977 À 2009



Source : CARRIÈRE et GALARNEAU, 2012, p. 12.

Bien que la tendance semble être au report de la retraite, le nombre de retraités augmentera tout de même considérablement à mesure que la population vieillira. Face au vieillissement démographique présent dans plusieurs pays, beaucoup de gouvernements tendent à repousser l'âge de la retraite. Au Québec, l'âge de la retraite est toujours fixé à 65 ans, mais le gouvernement a pris quelques mesures pour inciter les travailleurs à rester sur le marché du travail plus longtemps : augmentation des pénalités pour les rentes qui débutent avant l'âge de 65 ans, bonification des prestations pour celles qui commencent après 65 ans et création d'un crédit d'impôt pour les travailleurs de 65 ans et plus. Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2014, il n'est pas nécessaire d'avoir cessé de travailler pour avoir droit à une rente de retraite. Il est possible de recevoir ses rentes à partir de 60 ans, tant que la personne ait cotisé au moins une année au Régime de rentes du Québec. Les statistiques sur les bénéficiaires d'une rente ne nous informent donc pas sur les départs à la retraite des aînés québécois.

4.2.3 Revenu

Le tableau suivant présente différentes caractéristiques du revenu individuel des Lavallois âgés de 65 ans et plus, en 2010. On peut constater que leur revenu médian est assez faible, soit de 21 533 \$ avant impôt et de 20 974 \$ après impôt. De plus, le revenu individuel est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les femmes sont moins nombreuses que les hommes à être sur le marché du travail. La composition du revenu total selon le sexe en témoigne, puisque 18,5 % du revenu des hommes âgés provient d'un emploi, comparativement à 9,0 % de celui des femmes. On remarque également un écart assez important entre le revenu médian et le revenu moyen (27 % d'écart pour le revenu après impôt), ce qui témoigne d'une disparité importante des revenus parmi les 65 ans et plus.

Les revenus médians et moyens ainsi que la composition du revenu des Lavallois âgés de 65 ans et plus sont comparables à ceux de l'ensemble des aînés québécois. En outre, si on compare les caractéristiques du revenu à celles de 2005, on note une augmentation du revenu individuel chez les aînés, tant à Laval qu'au Québec. En 2005, à Laval, le revenu total médian était de 19 125 \$ et le revenu total moyen était de 26 974 \$, ce qui correspond respectivement à des augmentations de 12,6 % et de 14,6 % en cinq ans.

TABLEAU 18. CARACTÉRISTIQUES DU REVENU INDIVIDUEL SELON LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2010

Caractéristiques du revenu	Total	Masculin	Féminin
Revenu total médian (\$)	21 533	29 311	18 216
Revenu total moyen (\$)	30 906	39 058	24 074
Revenu médian après impôt (\$)	20 975	27 627	17 847
Revenu moyen après impôt (\$)	26 732	33 171	21 337
Composition du revenu			
Revenu d'emploi (%)	14,5	18,5	9,0
Revenu de placements (%)	10,6	11,0	10,0
Pensions de retraite et rentes (%)	29,8	32,9	25,6
Autre revenu en espèces (%)	1,4	1,4	1,4
Transferts gouvernementaux (%)	43,7	36,3	53,9
Prestations du Régime de rentes du Québec (%)	18,4	17,2	20,0
Pensions de Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti (%)	23,2	16,9	31,9
Autre revenu provenant de sources publiques (%)	2,1	2,1	2,1

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

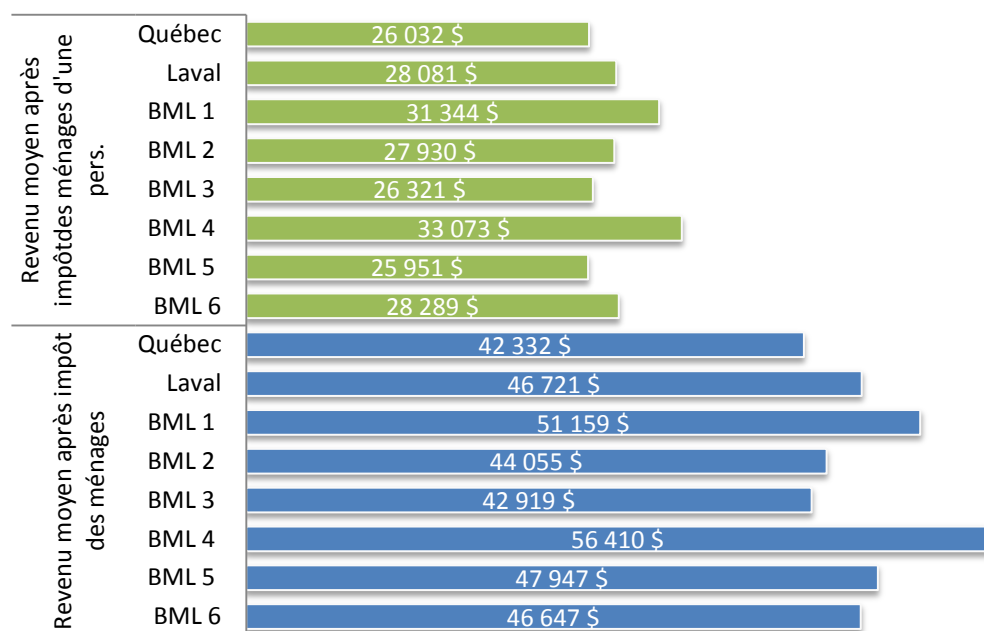
Le revenu du ménage

Le revenu individuel nous informe sur le revenu des aînés lavallois, mais ne prend pas en considération leur ménage. Or, la situation financière d'une personne est influencée par le nombre d'individus avec revenu vivant avec elle. Le revenu du ménage tient compte de ce facteur et désigne l'ensemble des revenus des personnes occupant un même logement privé. Le ménage

peut être composé d'un seul individu, d'une famille ou bien de personnes apparentées ou non qui vivent ensemble.

Le graphique suivant présente le revenu moyen après impôt des ménages où le principal soutien est âgé de 65 ans ou plus.

GRAPHIQUE 24. REVENU MOYEN (\$) APRÈS IMPÔT DES MÉNAGES OÙ LE PRINCIPAL SOUTIEN EST ÂGÉ DE 65 ANS OU PLUS, MÉNAGES COMPOSÉS D'UNE SEULE PERSONNE ET ENSEMBLE DES MÉNAGES, POPULATIONS LAVALLOISE, QUÉBÉCOISE ET PAR SECTEURS DE BML, 2010



Note : BML 1 – Est de Laval (Duvernay, Saint-François et Saint-Vincent-de-Paul); BML 2 – Pont-Viau, Renaud-Coursol et Laval-des-Rapides; BML 3 – Chomedey; BML 4 – Ouest de Laval (Sainte-Dorothée, Laval-Ouest, Laval-Les Îles, Fabreville-Ouest et Laval-sur-le-Lac); BML 5 – Fabreville-Est et Sainte-Rose; BML 6 – Auteuil et Vimont.

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

On constate que le revenu moyen après impôt d'une personne âgée vivant seule (ménage d'une personne) à Laval se situe à 28 081 \$, une moyenne un peu plus élevée que celle de l'ensemble du Québec. C'est sur le territoire du BML de l'ouest de Laval (BML 4), suivi de celui de l'est de Laval (BML 1), que le revenu moyen des personnes âgées vivant seules est le plus élevé.

Dans l'ensemble des ménages dont le principal soutien est une personne âgée de 65 ans ou plus, le revenu moyen après impôt grimpe à 46 721 \$, une moyenne toujours plus élevée qu'au Québec. Encore ici, le revenu moyen est plus élevé dans les secteurs des BML 1 et 4. Fait intéressant, le territoire couvert par le BML 5 (Fabreville-Est et Sainte-Rose) se caractérise, d'une part, par un revenu moyen plus élevé que la moyenne régionale pour l'ensemble des ménages et, d'autre part, par le revenu moyen le plus bas (25 951 \$) pour les personnes âgées vivant seules. Enfin, c'est dans le secteur de Chomedey (BML 3) que le revenu moyen après impôt de l'ensemble des ménages dont le principal soutien est une personne âgée est le plus faible.

Il est important de noter que ces données ne prennent pas en compte l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus. En effet, les revenus moyens présentés dans le graphique sont seulement ceux des ménages où le principal soutien¹⁹ est une personne âgée de 65 ans ou plus. Les aînés vivant dans un ménage où le principal soutien est un autre membre du ménage, par exemple un de leurs enfants, sont exclus de ces données.

Une vulnérabilité plus grande chez les personnes âgées vivant seules

Le fait de vivre seul est assez fréquent chez les aînés (près d'une personne sur quatre), surtout chez les femmes. Or, cela rend ces personnes plus vulnérables à certains problèmes de santé. En effet, nous avons vu au chapitre précédent que, selon l'EQLAV de 2010-2011, le fait de vivre seul est associé à un moins bon état de santé, notamment une plus grande prévalence des incapacités et des problèmes de santé de longue durée. De plus, les personnes âgées vivant seules sont plus à risque de chute que les autres.

Vivre seul peut être associé à l'état de santé de différentes manières. D'abord, comme le montre le graphique 24, cela est lié à un plus faible revenu, ce qui peut avoir une influence sur le vieillissement en santé d'une personne. Effectivement, selon l'ESCC de 2011-2012 de Statistique Canada, les aînés québécois vivant dans un ménage où le revenu total est de moins de 20 000 \$ sont beaucoup plus nombreux à qualifier leur santé de « passable » ou « mauvaise » (31,0 % d'entre eux) que ceux faisant partie d'un ménage dont le revenu total se situe entre 20 000 \$ et 79 999 \$ (19,9 %) ou atteint 80 000 \$ ou plus (11,0 %).

Dans le prochain chapitre, nous verrons que plusieurs facteurs comportementaux et sociaux associés à une bonne santé (alimentation, participation et soutien social, etc.) semblent moins présents chez les aînés vivant seuls, ce qui peut également contribuer à ce qu'ils soient plus susceptibles d'avoir un moins bon état de santé physique et mentale.

Le revenu de la famille économique

Une famille économique constitue un groupe de deux personnes ou plus habitant dans le même logement et apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption. Elle inclut les familles constituées d'un couple avec ou sans enfant, les familles monoparentales, les couples vivant avec d'autres personnes apparentées et les autres familles économiques²⁰. Contrairement aux données par ménage, les personnes vivant seules ou avec des personnes non apparentées sont ici exclues.

Parmi environ 22 000 familles économiques lavalloises dont la personne repère²¹ est âgée de 65 ans ou plus, 69 % sont constituées d'un couple seulement, 14 % d'un couple avec enfants²²,

¹⁹ Première personne dans le ménage indiquée comme étant celle qui effectue, pour le logement, le paiement du loyer ou de l'hypothèque, ou des taxes, ou de l'électricité, etc.

²⁰ Cette catégorie comprend les familles économiques dont la personne repère n'a pas de conjoint ni de partenaire, ni un enfant dans la famille, mais seulement d'autres personnes apparentées.

²¹ La personne repère dans une famille économique est celle dont le nom est inscrit en premier sur le questionnaire de l'enquête nationale auprès des ménages. Cette personne ne peut pas être âgée de moins de 15 ans ni être le fils, la fille, le petit-fils ou la petite-fille de quelqu'un d'autre dans le ménage.

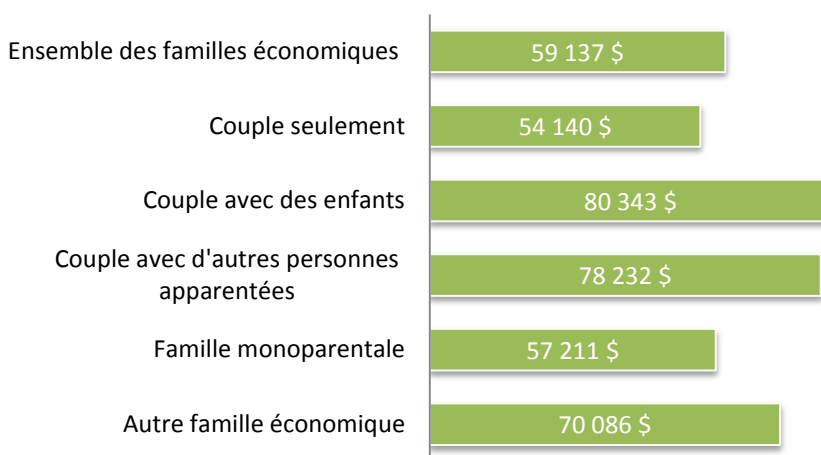
12 % d'une famille monoparentale et environ 5 % d'un couple vivant avec des personnes apparentées ou de personnes apparentées seulement.

Comme on peut le constater dans le graphique 25, le revenu moyen d'une famille économique lavalloise est de 59 137 \$, une moyenne plus élevée que celle de l'ensemble des ménages, entre autres parce que les personnes vivant seules sont exclues. Le revenu moyen est également plus élevé que celui du Québec (56 336 \$).

Si on regarde le revenu moyen par type de famille, les couples seuls, soit le type le plus commun chez les personnes âgées. À l'inverse, les couples avec enfants sont ceux dont le revenu moyen est le plus élevé (80 343 \$). Cela s'explique par le fait que les enfants des couples de 65 ans et plus sont plus susceptibles d'être en âge de travailler et d'apporter un revenu supplémentaire à la famille. Toutefois, pour faire partie de ce type de famille, l'enfant du couple ne doit pas avoir lui-même des enfants vivant dans le ménage, être marié ou en union libre. Les couples de 65 ans et plus vivant dans la famille de leur enfant (si celui-ci est en couple ou a lui-même des enfants) sont classés dans la catégorie des couples vivant avec des personnes apparentées.

Enfin, tout comme pour le revenu des ménages, le revenu moyen des familles économiques selon les secteurs de BML est à son plus faible dans Chomedey (BML 3, 55 429 \$) et à son maximum dans l'ouest de Laval (BML 4, 66 922 \$).

GRAPHIQUE 25. REVENU MOYEN (\$) APRÈS IMPÔT DES FAMILLES ÉCONOMIQUES DONT LA PERSONNE REPÈRE EST ÂGÉE DE 65 ANS OU PLUS, SELON LE TYPE DE FAMILLE, POPULATION LAVALLOISE, 2010



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

²² L'âge de l'enfant n'a pas d'importance, tant que ce dernier n'est pas marié ou en union libre et n'a pas lui-même des enfants. Les enfants peuvent aussi être des petits-enfants s'ils vivent chez leurs grands-parents sans la présence de leurs parents.

4.2.4 Faible revenu

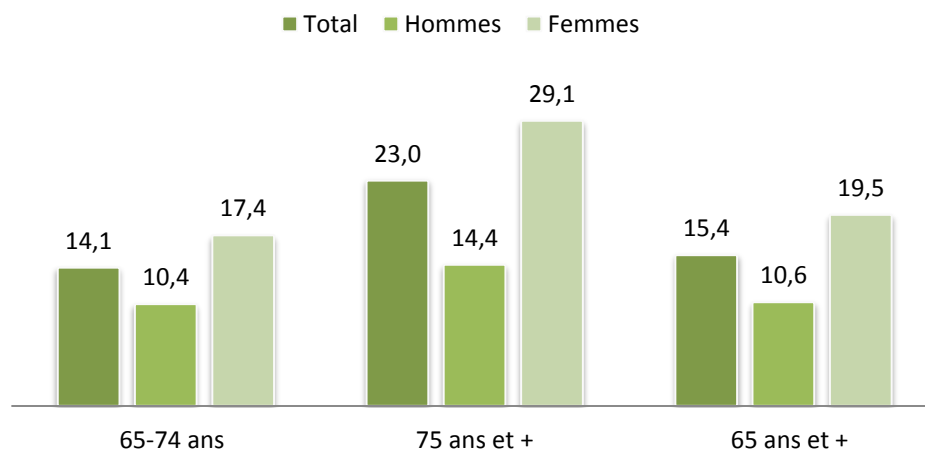
Selon l'OMS (2002), « si les pauvres de tous âges sont plus exposés aux risques de maladie et d'incapacités, les personnes âgées sont, elles, particulièrement vulnérables ».

La mesure de faible revenu (MFR) est un indicateur qu'utilise Statistique Canada pour identifier les ménages défavorisés sur le plan économique. Le seuil de faible revenu (selon la MFR) est fixé à 50 % de la médiane du revenu des ménages canadiens (avant ou après impôt). Le seuil de la MFR est ajusté en fonction de la taille des ménages.

En 2010, à Laval, 15,4 % des personnes de 65 ans et plus vivaient dans un ménage à faible revenu selon la MFR, une proportion plus élevée que chez les 18 à 64 ans (12,0 %). Dans l'ensemble du Québec, il y a davantage de personnes qui vivent dans un tel ménage, que ce soit parmi les 65 ans et plus (20,1 %) ou les 18 à 64 ans (16,0 %).

Parmi les Lavallois de 65 ans et plus, le faible revenu est plus fréquent chez les personnes de 75 ans et plus (23,0 %) que chez celles de 65 à 74 ans (14,1 %) et chez les femmes (19,5 %) comparativement aux hommes (10,6 %). Les aînés immigrants sont également proportionnellement plus nombreux que les non-immigrants du même âge à vivre dans un ménage à faible revenu (19,0 % contre 13,9 %).

GRAPHIQUE 26. PROPORTION (%) DE PERSONNES VIVANT DANS UN MÉNAGE À FAIBLE REVENU SELON LA MFR, PAR SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2010



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

Les personnes de 65 ans et plus vivant dans un ménage à faible revenu ne se répartissent pas également sur le territoire lavallois. En effet, comme on peut le constater dans le tableau suivant, le secteur de Chomedey en affiche une proportion beaucoup plus grande, près d'un aîné sur quatre (23,1 %) étant dans cette situation. À l'opposé, les secteurs des BML de l'est de Laval (Duvernay, Saint-François et Saint-Vincent-de-Paul) et d'Auteuil et Vimont sont ceux où l'on compte le moins de personnes de 65 ans et plus à faible revenu (10,1 %).

Le faible revenu n'est pas nécessairement lié au fait de vivre seul. Par exemple, le secteur de Pont-Viau, Renaud-Coursol et Laval-des-Rapides (BML 2) présente une plus grande proportion de

personnes âgées vivant seules (environ 31 %) que celui de Chomedey (environ 28 %) tout en affichant un taux de faible revenu beaucoup plus bas.

TABLEAU 19. PERSONNES VIVANT DANS UN MÉNAGE À FAIBLE REVENU SELON LA MFR APRÈS IMPÔT, PAR SECTEURS DE BML, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2010²³

Secteur de BML	65 ans et plus vivant dans un ménage à faible revenu	
	Nombre	Proportion (%)
1. Duvernay, Saint-François et Saint-Vincent-de-Paul	805	10,1
2. Pont-Viau, Renaud-Coursol et Laval-des-Rapides	1 735	14,8
3. Chomedey	3 605	23,1
4. Sainte-Dorothée, Laval-Ouest, Laval-Les Îles, Fabreville-Ouest et Laval-sur-le-Lac	815	13,8
5. Fabreville-Est et Sainte-Rose	880	12,5
6. Auteuil et Vimont	730	10,1
Ensemble de Laval	8 580	15,4

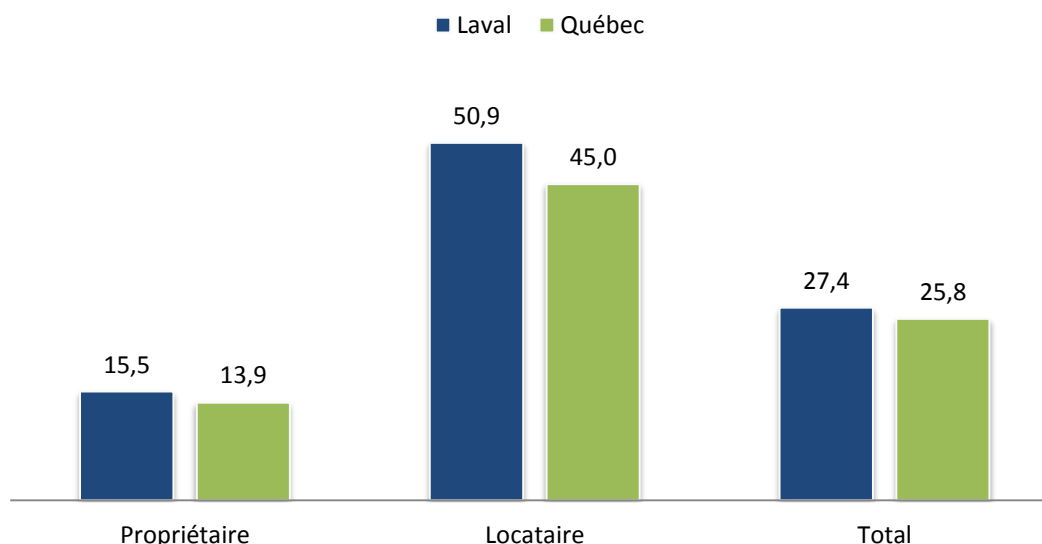
Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

4.2.5 Accès à un logement abordable

Le logement et les dépenses qui y sont associées peuvent représenter un fardeau économique important. Un logement est considéré comme non abordable lorsque le ménage consacre 30 % ou plus de son revenu total au loyer brut (ménage locataire) ou aux principales dépenses de propriété (ménage propriétaire). Tout comme la MFR, la notion de logement non abordable fournit des renseignements sur les ménages se trouvant potentiellement en difficulté financière. Le graphique suivant présente les proportions de logements non abordables dans les ménages où le principal soutien est un aîné, selon qu'ils sont propriétaires ou locataires.

²³ Puisque l'indicateur de faible revenu a été modifié lors du recensement de 2011, il n'est pas possible de faire des comparaisons historiques.

GRAPHIQUE 27. PROPORTION (%) DE LOGEMENTS NON ABORDABLES PARMI LES MÉNAGES OÙ LE PRINCIPAL SOUTIEN EST UNE PERSONNE ÂGÉE DE 65 ANS OU PLUS, MÉNAGES LOCATAIRES ET PROPRIÉTAIRES, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2011



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête nationale auprès des ménages, 2011.

Plus du quart (27,4 %) des ménages lavallois où le principal soutien est une personne âgée de 65 ans plus vivent dans un logement considéré comme non abordable. Cette proportion est un peu plus élevée que celle de l'ensemble du Québec (25,8 %). Lorsqu'on compare les ménages locataires et les ménages propriétaires, on constate que la problématique est beaucoup plus présente parmi les aînés locataires. En effet, à Laval, plus de la moitié des ménages locataires où le principal soutien est âgé de 65 ans ou plus vivent dans un logement qualifié de non abordable. Cette proportion est beaucoup plus importante que celle de l'ensemble des ménages lavallois locataires, tous âges confondus (36,5 %). De plus, dans l'ensemble des ménages locataires, le taux lavallois est équivalent à celui de la province (36,6 %).

4.3 FACTEURS SOCIOCULTURELS ET SOCIOÉCONOMIQUES EN BREF

Une proportion importante de personnes âgées vivent seules :

- Parmi les aînés lavallois, 67,3 % font partie d'une famille, tandis que le quart (25,2 %) vivent seuls, un pourcentage plus faible que celui de l'ensemble du Québec;
- Les femmes et les aînés plus âgés vivent plus souvent seuls que les hommes et les aînés moins âgés;
- Comparativement aux non-immigrants, les immigrants sont proportionnellement moins nombreux à vivre seuls.

Il y a de plus en plus d'immigrants de 65 ans et plus :

- À Laval, 29,7 % des aînés sont des immigrants, une proportion qui a augmenté depuis 10 ans et qui est plus grande que celle du Québec. Plus du tiers des aînés lavallois issus de l'immigration sont nés en Grèce ou en Italie.

Le niveau de scolarité des aînés s'améliore :

- La proportion d'aînés sans diplôme ou ni certificat a beaucoup diminué, passant de 58,2 % en 2001 à 38,8 % en 2011. Cette amélioration du niveau de scolarité des aînés pourrait avoir un effet positif sur leur niveau de littératie en santé;
- Plus de 1 aîné sur 10 était toujours en emploi en 2014. La tendance du taux d'emploi des aînés est à la hausse.

Malgré une amélioration globale de la situation financière des aînés lavallois, certains sont plus à risque de vivre dans un ménage à faible revenu :

- Le revenu total médian des aînés a augmenté depuis 2005, mais est encore faible (21 533 \$);
- Les femmes âgées sont plus susceptibles d'avoir un faible revenu que les hommes du même âge;
- À Laval, 15,4 % des aînés vivent dans un ménage à faible revenu, une proportion plus faible que celle du Québec. Toutefois, certains secteurs, comme celui du BML de Chomedey (23,1 %), sont plus touchés;
- Plus de la moitié (50,9 %) des ménages lavallois locataires où le principal soutien est âgé de 65 ans ou plus vivent dans un logement considéré comme non abordable, une proportion plus élevée que celle du Québec (45,0 %).



Chapitre 5 : Facteurs comportementaux et sociaux d'un vieillissement en santé

Agir sur les habitudes de vie et les déterminants sociaux de la santé peut avoir un effet bénéfique à tous les âges et sur divers problèmes de santé physique et mentale. L'OMS (2002) est très claire à ce sujet :

« Il est important à tous les stades de l'existence d'adopter un mode de vie favorable à la santé et de participer à sa propre prise en charge. L'un des mythes de la vieillesse consiste à dire que c'est une période de la vie où il est trop tard pour adopter des modes de vie favorables à la santé. Au contraire, avoir une activité physique adéquate, manger sainement, ne pas fumer, user de l'alcool et des médicaments avec modération peut éviter la maladie et le déclin fonctionnel, accroître la longévité et améliorer la qualité de vie. »

Dans ce chapitre, nous présenterons des données sur les principaux facteurs susceptibles d'avoir une influence positive sur la prévention des maladies ou la diminution de leurs effets négatifs et, ainsi, de favoriser une qualité de vie optimale chez les personnes âgées.

5.1 HABITUDES DE VIE

5.1.1 Alimentation

Une saine alimentation joue un rôle significatif dans la santé et le bien-être des personnes âgées, tout en repoussant et en réduisant le risque de maladies. Bien que plusieurs recommandations alimentaires générales s'appliquent également aux personnes âgées, ces dernières ont des besoins particuliers. Par exemple, leurs besoins énergétiques et nutritifs ne sont pas les mêmes que ceux des autres groupes d'âge. Il leur faut moins de calories, mais plus de nutriments pour rester autonomes et en bonne santé (L'administrateur en chef de la santé publique, 2010).

La consommation de liquide

Avec l'avancement en âge, le risque de déshydratation secondaire augmente en raison d'une baisse de la fonction rénale et du besoin de boire. La déshydratation est une cause fréquente de l'état de confusion aiguë chez les personnes âgées. C'est pourquoi il leur est généralement recommandé de consommer au moins 1,5 litre de liquide, soit 6 tasses, par jour (Ferland, 2012). Au Québec, 35,8 % des personnes âgées consomment entre 5 et 7 tasses de liquide (entre 1,25 et 1,75 litre) et 35,6 % au moins 8 tasses (2 litres).

La consommation de fruits et légumes

Le *Guide alimentaire canadien* recommande aux aînés de consommer au moins sept portions de fruits et légumes par jour. Toutefois, les données régionales dont nous disposons nous permettent seulement de considérer les personnes âgées qui consomment des fruits et légumes au moins cinq fois par jour. En 2011-2012, c'était le cas d'un peu plus du tiers (37,6 %) des Lavallois de 65 ans et plus. Les femmes sont plus nombreuses (46,4 %) que les hommes (25,9 %) dans cette situation, une différence non statistiquement significative à l'échelle régionale en raison d'un faible échantillon, mais qui se manifeste clairement sur le plan provincial. De plus, le pourcentage d'aînés qui consomment des fruits et légumes au moins cinq fois par jour fluctue selon les cycles de l'ESCC, mais ne présente pas de tendance.

Selon les données québécoises de l'ESCC – Vieillesse en santé de 2008-2009, les personnes âgées qui sont aptes à faire leur épicerie sans aide et celles qui participent à des activités communautaires sont plus nombreuses à consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour.

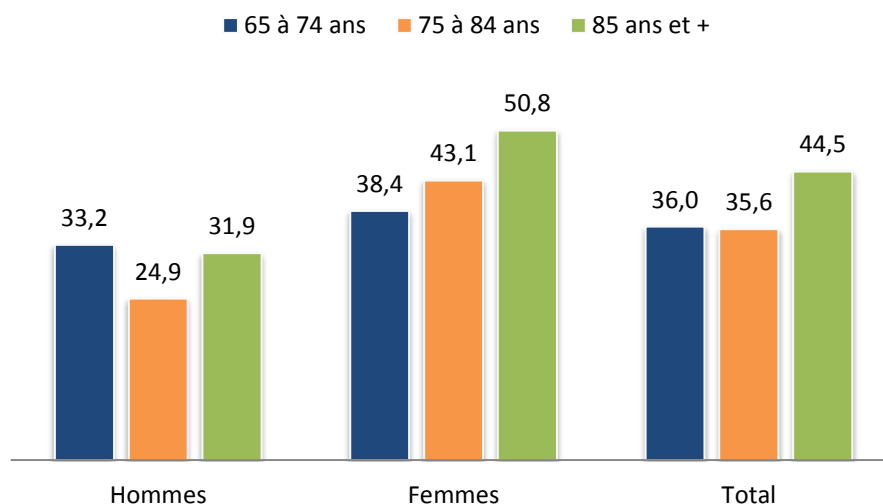
L'état nutritionnel

Au Québec, la majorité des personnes âgées saute rarement un repas ou ne le fait jamais (76,7 %), un pourcentage plus élevé que celui chez les 45 à 64 ans (66,6 %). De plus, selon l'ESCC de 2008-2009, la majorité considère son appétit comme « très bon » ou « bon » (85,6 %). Or, aucune donnée ne nous permet d'évaluer la qualité de l'alimentation des aînés du point de vue de l'apport nutritionnel. L'ESCC – Vieillesse en santé de 2008-2009 a toutefois mesuré le risque nutritionnel des aînés québécois. On entend par là le risque de se trouver dans un mauvais état nutritionnel, soit un état qui se situe, sur le continuum de la santé nutritionnelle, entre la « bonne santé » et la malnutrition (Statistique Canada, 2013). La malnutrition est quant à elle une alimentation mal équilibrée pouvant résulter d'une suralimentation ou d'une sous-alimentation (dénutrition), cette dernière représentant l'un des principaux problèmes nutritionnels en gériatrie (Ferland, 2012).

L'indicateur est conçu afin de déterminer le risque d'états nutritionnels déficients chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. Les items portent sur les habitudes alimentaires des répondants au cours d'une journée ordinaire et concernent, par exemple, l'appétit, le fait de sauter des repas, la consommation de liquide et de fruits et légumes ainsi que le plaisir de manger.

Le graphique suivant présente la prévalence du risque nutritionnel élevé chez les Québécois de 65 ans et plus selon le groupe d'âge et le sexe.

GRAPHIQUE 28. PROPORTION (%) DE PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE NUTRITIONNEL ÉLEVÉ SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2008-2009



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008-2009.

On constate que la prévalence du risque nutritionnel élevé est plus grande chez les femmes que chez les hommes et qu'elle augmente avec l'âge. Pour l'ensemble des aînés québécois vivant dans la collectivité, elle est estimée à 37 %.

Certaines caractéristiques sont associées à un risque nutritionnel élevé. Selon les données de l'ESCC de 2008-2009, les personnes présentant un tel risque étaient plus susceptibles :

- De vivre seules;
- D'avoir un faible niveau de soutien social concret²⁴;
- De participer peu fréquemment à des activités sociales;
- De souffrir de dépression;
- De souffrir d'une incapacité modérée ou grave;
- De consommer plus d'un médicament par jour;
- D'avoir une mauvaise santé buccodentaire;
- D'être dans le plus faible quintile de revenu.

5.1.2 Activité physique

Il est clairement établi que l'activité physique régulière aide les personnes à vieillir en santé. Chez les aînés, elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique et mentale et le rétablissement en cas de mauvaise santé. Elle a un effet positif sur la prévention des maladies chroniques et améliore aussi la qualité de vie en favorisant le maintien de l'autonomie des aînés (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être, 2006).

L'activité physique peut être divisée en quatre types :

- Les activités domestiques (faire l'entretien ménager, racler des feuilles, pelleter la neige, etc.);
- Les activités professionnelles (servir dans un restaurant, distribuer le courrier, etc.);
- Les activités de transport (faire ses courses à pied, aller au travail en vélo, etc.);
- Les activités de loisir (marcher, faire de la raquette, du patinage, de la natation, du vélo, etc.) (Nolin, Godin et Prud'homme, 2000).

L'OMS (2015a) recommande que les personnes de 65 ans et plus cumulent un minimum de 150 minutes d'activités physiques modérées par semaine. Chaque activité devrait durer au moins 10 minutes et peut inclure les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

Toutefois, l'état de santé des personnes âgées ne leur permet pas toujours d'atteindre les niveaux recommandés. Dans ce cas, l'OMS leur conseille d'être aussi actives que possible. Peu importe le degré d'activité physique, une légère augmentation peut avoir un effet significatif sur l'état de santé.

L'ESCC mesure le niveau d'activité physique des aînés. Toutefois, l'indicateur du niveau d'activité physique comporte certaines limites. En effet, il inclut seulement les activités de loisir pratiquées

²⁴ Le soutien social concret correspond à la prestation d'aide matérielle ou comportementale.

par les aînés et exclut toutes les autres formes spécifiées par l'OMS. Certaines personnes âgées utilisent peut-être beaucoup la marche pour leurs déplacements, ce qui aurait un effet important sur leur niveau d'activité physique, tel que défini par l'OMS. Le niveau d'activité physique des aînés pourrait alors être sous-estimé. Mentionnons tout de même qu'en 2011-2012, seulement 36,9 % des aînés lavallois atteignaient le niveau minimal recommandé (« actif » ou « moyennement actif ») dans leurs loisirs (soit 150 minutes ou plus), une proportion plus faible que celle observée dans l'ensemble du Québec (51,2 %). Précisons qu'à Laval, les hommes de 65 ans et plus étaient proportionnellement plus nombreux (42,0 %) que les femmes (33,1 %) à être assez actifs. En 2007-2008, la proportion lavalloise était de 38,9 %, puis elle a augmenté à 48,2 % en 2009-2010, un résultat comparable à celui du Québec. Compte tenu de la diminution observée en 2011-2012, il sera important de surveiller l'évolution de l'indicateur pour les prochains cycles de l'ESCC.

5.1.3 Poids corporel

Il n'y a pas de réel consensus sur le poids optimal des aînés au Canada (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être, 2006). Comme pour les autres groupes d'âge, l'obésité chez les aînés prédispose à des problèmes de santé, y compris le diabète de type 2, l'hypertension et les cardiopathies (L'administrateur en chef de la santé publique, 2010). Toutefois, chez les personnes âgées de 60 ans et plus, un léger surplus de poids pourrait s'avérer favorable, puisqu'il permettrait d'assurer une protection en cas d'amaigrissement involontaire lors d'une maladie (Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2009). Ainsi, un poids insuffisant serait davantage associé à des problèmes de santé que le surpoids chez les personnes âgées. Un indice de masse corporelle (IMC)²⁵ qui se situe entre 24 et 27 serait quant à lui associé à un meilleur état de santé, en plus d'être un indicateur favorable de longévité, surtout en cas de perte non intentionnelle de poids (Ferland, 2012).

En 2011-2012, 37,7 % des aînés lavallois présentaient un surpoids et 19,1 % souffraient d'obésité. Celle-ci était plus fréquente chez les hommes (29,4 %) que chez les femmes (11,3 %). Ces proportions sont comparables à celles de l'ensemble du Québec, sauf chez les hommes, pour qui la prévalence de l'obésité est plus élevée à Laval. Les proportions fluctuent selon les cycles de l'ESCC, mais ne présentent pas de tendance.

Nous ne disposons pas de données lavalloises assez fiables sur l'insuffisance de poids chez les personnes de 65 ans et plus. Toutefois, la prévalence est de 2,5 % au Québec, et elle est plus élevée chez les femmes (3,7 %) que chez les hommes (1,1 %). En 2016, cela pourrait correspondre à environ 1 800 aînés lavallois souffrant d'une insuffisance de poids. Enfin, à Laval, en 2011-2012, 28,0 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient un IMC se situant entre 24 et 27.

La perte de poids pourrait être une mesure utile pour prédire les risques d'incapacités et de mortalité chez les personnes âgées. À ce sujet, des données québécoises nous informent qu'en 2008-2009, 14,1 % des hommes et 20,4 % des femmes de 65 ans et plus avaient connu une perte de poids dans les 6 mois précédant l'enquête. Parmi ces personnes, 38 % ont rapporté une perte de plus de 10 livres. Les aînés qui avaient perdu du poids éprouvaient plus de difficultés dans les activités de la vie quotidienne que ceux dont le poids était stable (Blanchet et autres, 2014).

²⁵ IMC = poids (kg) / taille (m²).

5.1.4 Tabagisme

Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer, même à un âge avancé. En effet, le risque de décès prématuré diminuerait de 50 % si la personne cesse de fumer entre 60 et 75 ans (OMS, 2006).

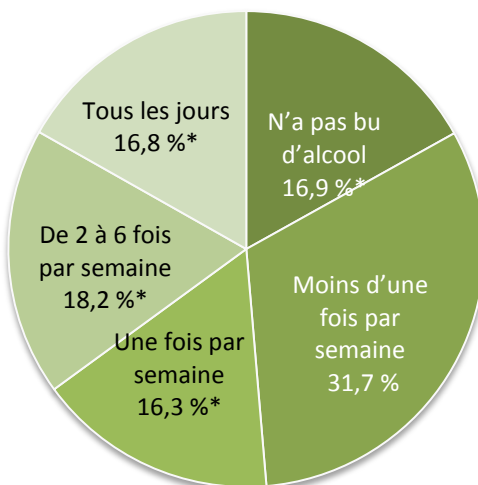
À Laval, en 2011-2012, 6,7 % des aînés fumaient (de façon régulière ou occasionnelle). Cette proportion est plus faible que celle observée en 2000 (11,3 %). Toutefois, probablement en raison du faible échantillon de l'ESCC, aucune tendance n'est observable. Au Québec, on note une diminution du tabagisme chez les aînés depuis 2000, bien qu'elle soit plus faible que celle observée dans les autres groupes d'âge. Globalement, le groupe d'âge des personnes âgées est tout de même celui où la prévalence du tabagisme est la plus faible, tant à Laval qu'au Québec. Cependant, c'est aussi dans ce groupe que l'on trouve le plus d'anciens fumeurs, soit une majorité d'entre eux (57,1 %).

5.1.5 Consommation d'alcool

Comme l'ensemble de la population, les personnes âgées consomment parfois de l'alcool pour composer avec différents problèmes personnels et émotionnels : pauvreté, solitude, deuil, dépression, etc. De plus, les aînés métabolisent l'alcool plus lentement et cela les rend plus vulnérables à ses effets néfastes. La consommation d'alcool peut, entre autres, accroître les risques de chute, de confusion, de perte de mémoire et d'hypertension (L'administrateur en chef de la santé publique, 2010).

En 2011-2012, 83,1 % des 65 ans et plus avaient consommé de l'alcool dans la dernière année, une proportion comparable à celle du Québec et des autres groupes d'âge lavallois. À Laval, la majorité des aînés consomme de l'alcool une fois par semaine ou moins (64,9 %). Toutefois, une proportion tout de même importante en prend tous les jours (16,8 %). Cette proportion est plus élevée chez les hommes (21,3 %) que chez les femmes (13,3 %).

GRAPHIQUE 29. RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LA FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA DERNIÈRE ANNÉE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2011-2012



*Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012.

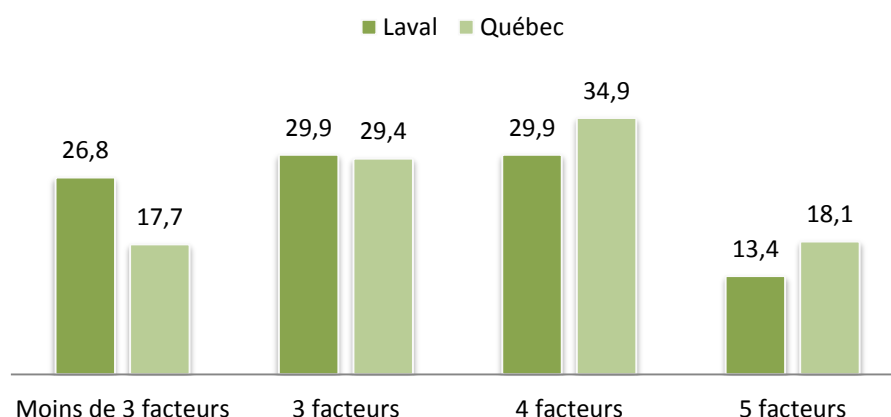
Concernant la consommation excessive d'alcool (prendre plus de 5 consommations en une même occasion, au moins 12 fois dans l'année), nous ne disposons d'aucune donnée régionale assez fiable. Toutefois, au Québec, en 2011-2012, 5,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient une consommation excessive d'alcool.

5.1.6 Cumul des facteurs favorables à la santé

En nous inspirant d'un indice conçu par l'INSPQ (Blanchet et autres, 2014), nous avons créé une **mesure globale positive** en regroupant les cinq facteurs présentés dans les sections précédentes, pour lesquels nous disposons de données lavalloises. Le nouvel indice peut être exprimé par une valeur variant de 0 à 5 et correspond au nombre de comportements sains que chaque aîné a déclaré lors de l'ESCC de 2011-2012.

Les facteurs favorables à la santé inclus dans cet indice sont : être non-fumeur ou un ancien fumeur, ne pas consommer d'alcool tous les jours ni de façon excessive, avoir un poids normal ou de l'embonpoint, être actif ou moyennement actif dans ses loisirs, et consommer quotidiennement au moins cinq portions de fruits et légumes. Le graphique suivant présente les résultats lavallois et québécois.

GRAPHIQUE 30. RÉPARTITION (%) DE LA POPULATION SELON LE NOMBRE DE FACTEURS FAVORABLES À LA SANTÉ, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2011-2012



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012.

À Laval, 13,4 % des aînés cumulent les cinq comportements sains, tandis que plus du quart (26,8 %) n'en déclarent qu'un ou deux. De plus, bien que l'on n'observe pas de différence statistiquement significative, la proportion d'aînés cumulant moins de trois facteurs favorables à la santé est plus faible dans l'ensemble du Québec (17,7 %) qu'à Laval.

Les aînés lavallois cumulant quatre ou cinq facteurs favorables à la santé sont moins nombreux que ceux qui en déclarent trois ou moins à :

- Souffrir du diabète;
- Souffrir d'une MPOC.

Ils sont également proportionnellement plus nombreux à :

- Se déclarer satisfaits ou très satisfaits de la vie en général;
- Se déclarer en très bonne ou en excellente santé.

5.1.7 Santé buccodentaire

Une mauvaise santé buccodentaire peut avoir un effet négatif sur l'alimentation et la digestion et augmenter le risque d'éprouver ou d'aggraver certains problèmes de santé, tels que des maladies du cœur, des affections pulmonaires, des complications liées au diabète ou le cancer de la bouche. Elle peut également avoir un effet sur la santé mentale des aînés, puisqu'elle est susceptible d'entraîner de l'isolement ou de la solitude (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002). De plus, lors d'une consultation publique sur les conditions de vie des aînés, l'Ordre des dentistes du Québec (2007) tirait la conclusion suivante :

« [D]es problèmes de dénutrition sont reliés à des conditions de mastication défectueuse en raison de dents insuffisantes en nombre pour en assurer l'efficacité ainsi qu'à des prothèses mal ajustées qui causent de l'inconfort ou même de la douleur au point d'entraver le choix et la quantité d'aliments. »

La santé buccodentaire constitue donc une composante essentielle du bien-être global de la personne et du vieillissement en santé des personnes âgées. L'ESCC – Vieillissement en santé de 2008-2009 apporte quelques informations es aînés. Ainsi, parmi les Québécois de 65 ans et plus :

- 11,6 % considèrent leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise;
- 77,9 % portent un dentier, des prothèses ou ont de fausses dents;
- 45,7 % n'ont aucune dent naturelle;
- 14,1 % ressentent souvent ou parfois de l'inconfort en mangeant;
- 10,4 % évitent souvent ou parfois de manger certains aliments à cause de problèmes de bouche.

Pour ce qui est des comportements en matière de santé, la majorité des 65 ans et plus rapporte se brosser les dents au moins deux fois par jour (68,6 %). Toutefois, ce pourcentage est plus faible chez les hommes (56,6 %) que chez les femmes (78,0 %). De plus, moins de la moitié (41,0 %) des aînés québécois a vu un professionnel des soins dentaires il y a moins d'un an. Cette proportion diminue également avec l'âge, jusqu'à 23,3 % chez les 85 ans et plus.

Rappelons que ces données concernent exclusivement les personnes vivant en ménage privé et excluent donc celles résidant en CHSLD. Certaines études sur ces dernières soulèvent des enjeux importants concernant leur santé buccodentaire. Par exemple, en 2004, Corbeil, Brodeur et Arpin (2006) ont fait une étude auprès de 415 personnes âgées de 65 ans et plus hébergées dans 38 CHSLD de la Montérégie, de Montréal et de Québec. Près des deux tiers de ces personnes présentaient une édentation complète (63 %). L'âge moyen de leurs prothèses dentaires était d'environ 12 ans. La moitié des prothèses dataient de 10 à 29 ans, et 9 % avaient 30 ans ou plus. Près d'une personne sur cinq rapportait vivre un ennui, une douleur ou de l'inconfort à cause de ses prothèses dentaires. On notait également une présence généralisée de débris et de plaque

bactérienne. Le quart des usagers recevaient de l'aide pour le brossage de leurs dents ou de leurs prothèses. Par ailleurs, la moitié des usagers souffraient de problèmes aux gencives et près de la moitié des personnes dentées présentaient des caries. De plus, un bon nombre d'usagers n'avaient pas eu de services dentaires dans les 5 dernières années, soit 61 % chez les personnes édentées et 36 % chez les personnes dentées. Le principal motif invoqué par ces personnes pour expliquer leur non-recours aux soins mentionnés était qu'elles ne ressentaient pas le besoin de consulter.

5.1.8 Consommation de médicaments

Bien que la médication, si elle est prescrite et administrée adéquatement, puisse prolonger la vie et améliorer sa qualité chez les aînés (L'administrateur en chef de la santé publique, 2010), elle peut également engendrer différents problèmes. Ceux liés à l'utilisation des médicaments d'ordonnance peuvent être de plusieurs ordres : mauvais choix de produit, dosage erroné, interactions avec d'autres médicaments ou maladies, ou encore duplication médicamenteuse²⁶ (Monette et Monette, 2008).

De plus, certains médicaments prescrits ne sont pas pris de façon appropriée, ce qui peut diminuer l'efficacité du traitement et être potentiellement dangereux (L'administrateur en chef de la santé publique, 2010). Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la non-observance²⁷; parmi ceux-ci, on note la mauvaise compréhension de la nature de sa maladie et du risque associé à un non-respect du traitement, l'absence de symptôme, la chronicité d'une maladie et la prise en plus de médicaments en vente libre ou de produits naturels. D'autres limitations sur le plan visuel, auditif ou de la dextérité peuvent également y contribuer. Les personnes présentant un faible niveau de littératie feraient plus souvent un mauvais usage d'un médicament (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007). À Laval, selon l'EQLAV de 2010-2011, une proportion assez importante des consommateurs de médicaments d'ordonnance âgés de 65 ans et plus avaient pris, dans le dernier mois, des médicaments en moins (9,1 %) ou en plus (5,4 %)²⁸.

La plupart des aînés consomment au moins un médicament d'ordonnance. À Laval, seuls 15,9 % des aînés ne prenaient aucun médicament²⁹ au moment de l'EQLAV de 2010-2011, alors que :

- 10,9 % en consommaient 1;
- 30,8 % en consommaient 2 ou 3;
- 42,4 % en consommaient 4 ou plus.

La consommation de quatre médicaments ou plus est moins fréquente à Laval que dans l'ensemble du Québec (49,7 %). Quant au pourcentage de consommateurs de quatre médicaments ou plus, il est beaucoup plus élevé parmi les Lavallois de 85 ans et plus (61,8 %). Autre fait à noter, la polymédication serait un facteur de risque important des chutes (Groupe de

²⁶ Il est question de duplication médicamenteuse lorsqu'un même ingrédient actif est contenu dans plusieurs produits inscrits au profil du patient.

²⁷ Fait, pour une personne, de ne pas suivre rigoureusement le traitement prescrit par un professionnel de la santé, notamment en ce qui a trait au respect des directives concernant les médicaments.

²⁸ Une même personne peut avoir eu les deux comportements.

²⁹ Médicaments d'ordonnance (c'est-à-dire tous les médicaments prescrits par un médecin, y compris ceux en vente libre et les suppléments vitaminiques) consommés dans les 24 dernières heures.

travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être, 2006) et a également été associée à une diminution de l'activité et à une augmentation de la mortalité (Hajjar, Cafiero et Hanlon, 2007).

L'ESCC – Vieillissement en santé de 2008-2009 nous informe sur les types de médicaments consommés par les Québécois de 65 ans et plus. Tous les médicaments, autant ceux qui ont été prescrits que ceux en vente libre, ont été considérés. Le tableau suivant présente la proportion de personnes de 65 ans et plus ayant consommé différents types de médicaments dans le dernier mois. On remarque qu'une majorité de Québécois ont consommé des analgésiques dans le dernier mois et que plus du quart ont pris des médicaments pour le cœur.

TABEAU 20. PRINCIPAUX MÉDICAMENTS CONSOMMÉS ET PROPORTION (%) DE PERSONNES EN AYANT CONSOMMÉ AU MOINS UNE FOIS DANS LE DERNIER MOIS, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2008-2009

Type de médicament	Proportion de consommateurs dans le dernier mois (%)
Analgésiques	69,2
Médicaments pour le cœur	27,9
Médicaments contre les maux d'estomac	19,8
Médicaments pour la thyroïde	19,2
Médicaments diurétiques	15,4
Somnifères	11,0
Tranquillisants	10,9
Médicaments contre l'asthme	10,1
Laxatifs	9,3
Antidépresseurs	6,7
Pénicilline ou autres antibiotiques	4,6

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

5.2 ENVIRONNEMENT SOCIAL

5.2.1 Appartenance, participation et soutien social

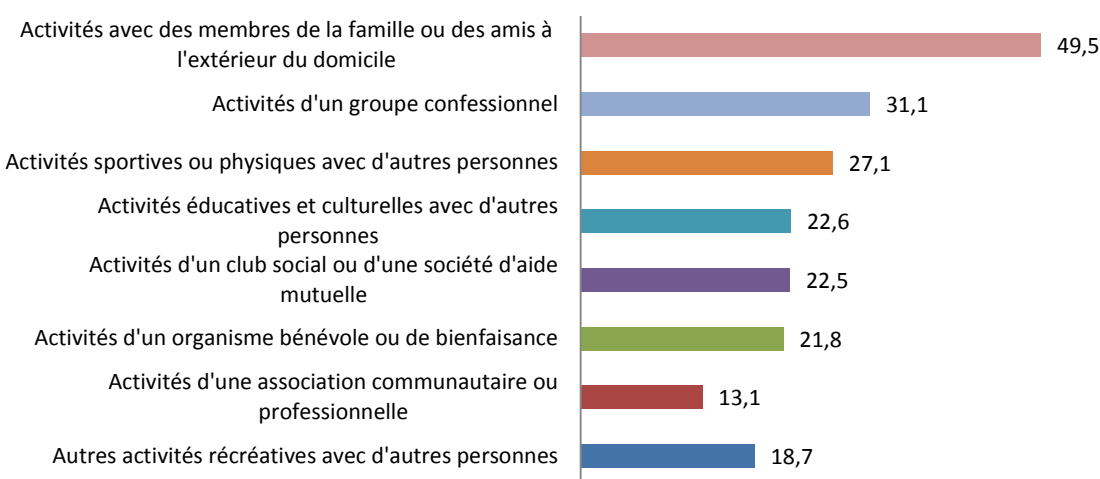
Bénéficier d'un soutien social et participer à la vie en société, que ce soit par la famille, par les amis ou en faisant partie d'un groupe, a des effets positifs sur la santé, comme le souligne l'OMS (2004) :

« L'appartenance à un réseau de relations et de soutien mutuel donne le sentiment d'être reconnu, aimé et apprécié, ce qui a un effet particulièrement protecteur sur la santé. Le soutien social peut également favoriser l'adoption d'un comportement plus sain. Le soutien social agit au niveau de l'individu et de la société. L'isolement et l'exclusion sont associés à des taux élevés de décès prématurés et à une diminution des chances de survie après une crise cardiaque. »

À Laval, 51,9 % des personnes de 65 ans et plus ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance très fort ou plutôt fort à leur communauté locale. Selon l'ESCC de 2011-2012, cette proportion est significativement plus importante que celle de la prochaine génération d'ainés, soit les 45 à 64 ans (32,5 %).

Dans l'ESCC de 2008-2009, la **participation sociale** fait référence à des activités réalisées dans différents contextes collectifs. Cela peut se traduire par des interactions avec des amis, de la famille ou par l'implication dans des groupes plus officiels tels que des associations ou des organismes d'action communautaire. Le graphique suivant présente la proportion d'aînés québécois qui participent fréquemment³⁰ à différentes formes d'activités sociales. Les activités avec les membres de la famille ou les amis sont les plus fréquentes, suivies de celles d'un groupe confessionnel et des activités sportives ou physiques faites avec d'autres personnes. Notons également que plus d'un aîné sur cinq a déclaré participer fréquemment aux activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance.

GRAPHIQUE 31. PROPORTION (%) DE PERSONNES PARTICIPANT FRÉQUEMMENT À DES ACTIVITÉS SOCIALES SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2008-2009



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008-2009.

De façon cumulative, 22,0 % des Québécois de 65 ans et plus ne participent à aucune activité de façon fréquente (23,4 % des femmes et 20,3 % des hommes), tandis que 44 % prennent fréquemment part à 1 ou 2 activités et 34 % à 3 activités ou plus.

Les caractéristiques suivantes sont associées au fait de ne participer à aucune activité sociale de façon fréquente (Blanchet et autres, 2014) :

- Ne pas avoir de diplôme d'études secondaires;
- Vivre seul ou avec quelqu'un d'autre qu'un partenaire ou un conjoint;
- Vivre dans un ménage dont le revenu se situe dans le quintile le moins élevé;
- Percevoir sa santé physique comme passable ou mauvaise;
- Percevoir sa santé mentale comme passable ou mauvaise;
- Avoir une incapacité modérée ou grave.

³⁰ Pour les activités familiales et amicales, religieuses, sportives et physiques ainsi que les autres activités récréatives, une participation est considérée comme fréquente si elle s'exerce sur une base quotidienne ou hebdomadaire. Pour les autres activités, elle est considérée comme fréquente si elle a lieu une fois par mois ou plus souvent.

Près d'un aîné québécois sur cinq (18,5 %) a déclaré qu'il aurait aimé participer à un plus grand nombre d'activités sociales, récréatives ou de groupe au cours de la dernière année. L'obstacle le plus couramment mentionné pour expliquer cette situation était une limitation attribuable à l'état de santé (30,2 %). Le fait d'être trop occupé représentait une autre raison souvent invoquée, mais davantage par les hommes (31,9 %) que par les femmes (11,8 %).

Le soutien social et l'isolement

Le soutien social se définit comme étant l'ensemble des individus dont une personne a besoin pour se sentir valorisée, appréciée et pour avoir les ressources qui lui permettront de s'adapter plus aisément aux changements et aux pertes. Le soutien social peut également inciter les aînés à adopter des comportements sains, puisque les membres de la famille et les proches seraient les personnes les plus susceptibles de les amener à changer des habitudes (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être, 2006).

Le soutien social est associé à la participation sociale, au sens où une personne qui participe à beaucoup d'activités avec d'autres individus a plus d'occasions de se créer un fort soutien social. Toutefois, le niveau de soutien social est associé à la santé et à la satisfaction à l'égard de la vie indépendamment du niveau de participation sociale (Gilmour, 2012).

Entre 2000 et 2009, on remarque une certaine tendance à l'amélioration du soutien social émotionnel et informationnel³¹ des Québécois de 65 ans et plus (Camirand et Dumitru, 2011). En 2008-2009, 80,7 % d'entre eux avaient un score élevé de soutien social émotionnel et informationnel, cette proportion diminuant à 76,9 % chez les 85 ans et plus.

Les personnes de 65 ans et plus ayant un soutien émotif et informationnel élevé sont plus nombreuses à :

- Percevoir leur santé physique comme excellente ou très bonne;
- Percevoir leur santé mentale comme excellente ou très bonne;
- Vivre avec au moins une autre personne;
- Vivre dans un ménage dont le revenu est d'au moins 60 000 \$.

Les personnes qui n'ont pas accès à un soutien social ou qui ne le trouvent pas satisfaisant sont plus isolées et peuvent vivre de la solitude. À ce sujet, plus du tiers (37,5 %) des aînés québécois ont déclaré ressentir « parfois » ou « souvent » au moins un des trois éléments suivants, qui servent à mesurer la solitude :

- Avoir l'impression d'être tenu à l'écart;
- Éprouver le sentiment d'être isolé des autres;
- Ressentir un manque de compagnie.

Le fait de ressentir un manque de compagnie est plus fréquent chez les femmes (38,7 %) que chez les hommes (22,3 %). Cette différence peut entre autres s'expliquer par le fait que les femmes âgées sont plus nombreuses à vivre seules. Comme nous l'avons vu à la section 4.1.1, plus du

³¹ Le soutien social émotionnel et informationnel se caractérise par l'expression d'une affectivité positive, d'une compréhension empathique et de l'encouragement à la manifestation des sentiments de même que par l'offre de conseils, d'information, d'orientation ou de rétroaction.

quart des aînés lavallois vivent seuls. Cela les rend plus vulnérables à un faible niveau de participation sociale et de soutien émotionnel et informationnel. Les personnes qui vivent seules risquent donc davantage d'être isolées socialement. Toutefois, il faut préciser que ces personnes, bien qu'elles soient plus à risque, ne sont pas forcément isolées. Elles peuvent tout de même bénéficier d'un grand réseau social. Par exemple, elles peuvent vivre dans une tour d'habitation et avoir de nombreux contacts sociaux même si elles sont seules dans leur logement (Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2014).

5.2.2 Proches aidants

Comme nous l'avons mentionné à la section 5.2.1, les aînés sont nombreux à donner régulièrement de leur temps à des organismes bénévoles. Ils offrent également fréquemment de l'aide non rémunérée à une personne nécessitant du soutien en raison d'un problème de santé ou de limitations. Cette personne peut être un membre de la famille, un ami ou une autre personne vivant à l'intérieur ou à l'extérieur de la résidence de l'aîné.

En 2006, le recensement de Statistique Canada avait fourni certaines données lavalloises sur la fréquence des soins ou de l'aide apportés à des personnes âgées. Parmi les Lavallois de 65 ans et plus, 16,7 % avaient consacré du temps à offrir des soins ou de l'aide à d'autres personnes âgées dans la semaine précédant le recensement³².

L'ESCC – Vieillissement en santé de 2008-2009 apporte des informations plus récentes à ce sujet, bien que les données soient seulement disponibles à l'échelle nationale. Au cours des 12 mois précédant l'ESCC, 33,4 % des Québécois âgés de 65 ans et plus avaient apporté de l'aide à une personne présentant un problème de santé ou une incapacité. La proportion était semblable selon le sexe et elle diminuait avec l'âge. Le tableau suivant présente la répartition des personnes ayant apporté de l'aide selon l'activité pour laquelle cette aide a été la plus importante.

TABLEAU 21. PROPORTION (%) DE PERSONNES AYANT APPORTÉ DE L'AIDE À UN PROCHE SELON L'ACTIVITÉ POUR LAQUELLE CETTE AIDE A ÉTÉ LA PLUS IMPORTANTE, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2008-2009

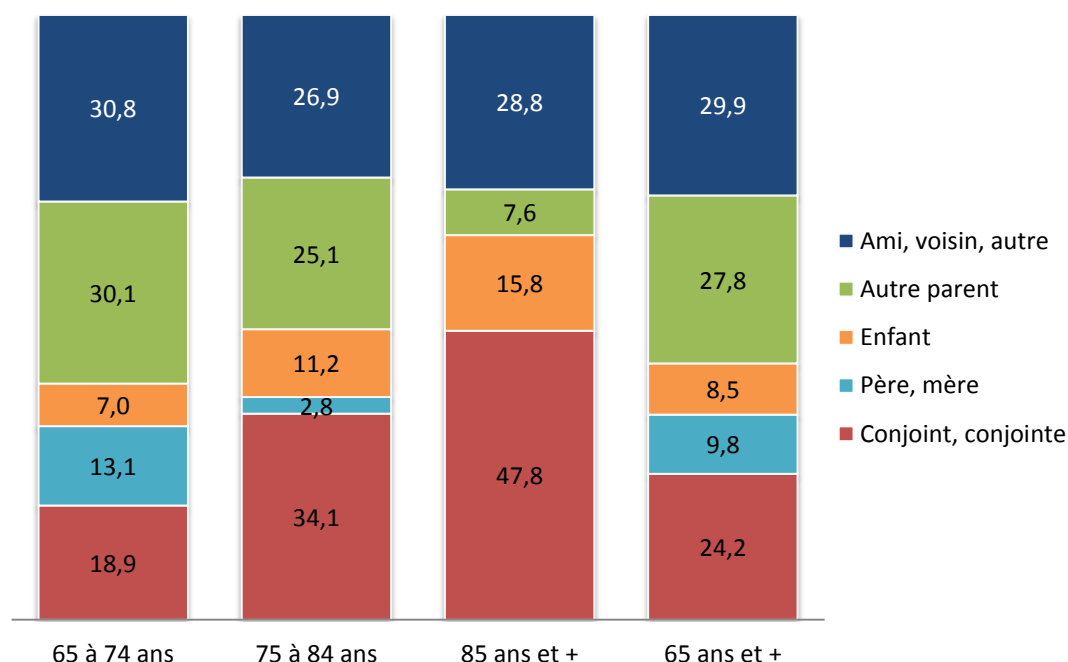
Activité	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans et plus	65 ans et plus
Soins personnels	14,8	16,7	39,6	16,6
Soins médicaux	5,0	9,8	10,2	6,5
Gestion des soins	2,6	3,5	5,9	3,0
Travaux ménagers ou d'entretien intérieur ou extérieur	18,7	12,0	3,9	16,1
Transport	37,3	38,1	15,7	36,4
Préparation ou livraison de repas	11,3	11,3	14,5	11,5
Autre	10,3	8,5	10,2	9,8

Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

³² Pour plus de détails sur les résultats du recensement de 2006 relativement à l'aide apportée aux personnes âgées, veuillez consulter le profil de 2009.

Le lien avec le bénéficiaire des soins varie beaucoup en fonction de l'âge du proche aidant. En effet, chez les aînés les plus jeunes, le conjoint est moins souvent mentionné comme étant la personne aidée, tandis que le père, la mère ou un autre parent l'est plus souvent. Chez les proches aidants plus âgés, c'est l'inverse.

GRAPHIQUE 32. RÉPARTITION (%) DES PROCHES AIDANTS SELON L'ÂGE ET LE LIEN AVEC LE BÉNÉFICIAIRE, POPULATION QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2008-2009



Source : STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, 2008-2009.

Il est également intéressant de constater que parmi les proches aidants de 65 ans et plus, plus de 1 personne sur 10 (13,3 %) vit elle-même avec une incapacité variant de légère à grave. Cela signifie que de nombreux aînés fournissent de l'aide à d'autres tandis qu'ils sont possiblement, eux aussi, limités dans l'accomplissement de certaines tâches.

Soutenir les proches aidants et combler le besoin de ressources

En 2008-2009, 33,4 % des aînés québécois ont assumé le rôle de proche aidant à l'égard d'une personne de leur entourage. Bien que ce rôle puisse être gratifiant, il peut également être une source de stress, de problèmes financiers ou d'isolement chez les personnes âgées. Il est donc important d'offrir un soutien à ces personnes pour prévenir les conséquences néfastes possibles (Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2012).

Quant à la proportion d'aînés ayant reçu de l'aide d'une personne de leur entourage, on l'estime à 18 % au Québec. Le besoin d'aide à domicile serait comblé en majorité par l'entourage immédiat de la personne âgée (famille et amis). Il en sera peut-être autrement lorsque les baby-boomers atteindront l'âge de 75 ans (vers 2020), âge où le niveau d'autonomie diminue plus rapidement et où les besoins augmentent. En effet, les baby-boomers ont eu des familles moins nombreuses que celles de leurs parents, certains n'ont pas eu d'enfants et un bon nombre d'entre eux sont séparés ou divorcés. Le besoin d'aide professionnelle à domicile pourrait donc augmenter à un rythme plus grand que la population de cet âge, puisque le nombre de personnes pouvant assumer ce rôle de façon informelle sera moins grand (Vézina et autres, 2009).

5.2.3 Âgisme et maltraitance

L'âgisme

Le Conseil des aînés du Québec (2010) définit l'âgisme de la façon suivante :

« L'âgisme se manifeste à travers les nombreux stéréotypes qui sont associés aux personnes âgées et au vieillissement. Les manifestations de l'âgisme se composent également des comportements qui tiennent les aînés à distance, les ignorent, les excluent ou les sous-représentent. Elles incluent des comportements négatifs ou visiblement néfastes pour les aînés et des comportements envers les aînés qui sont plus positifs et protecteurs que ceux envers les plus jeunes. »

Puisque l'âgisme se manifeste souvent de façon subtile et inconsciente, il est difficile d'évaluer son étendue. Il peut apparaître dans les représentations que notre société a par rapport aux aînés et au vieillissement, par exemple le fait de croire qu'il est moins important de favoriser une vie saine chez les personnes âgées que chez les autres groupes d'âge ou que les coûts de la promotion de la santé chez les aînés sont trop élevés par rapport aux bienfaits possibles à ce stade de la vie (Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être, 2006). L'âgisme peut également se manifester dans le marché du travail, par exemple par des stéréotypes sur les travailleurs âgés ou par le refus d'embaucher un aîné, ou dans le système de santé, notamment par des diagnostics ou des traitements variables selon l'âge (Conseil des aînés du Québec, 2010).

La maltraitance

Les mauvais traitements envers les aînés sont internationalement reconnus comme étant un problème en croissance qui mérite l'attention non seulement des cliniciens, mais aussi du reste de la population (Lachs et Pillemer, 2004).

La définition retenue par le gouvernement du Québec dans le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015 est celle de l'OMS : « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée » (Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2010).

La maltraitance peut prendre différentes formes :

- Maltraitance physique;
- Maltraitance psychologique ou émotionnelle;
- Maltraitance sexuelle;
- Maltraitance matérielle ou financière;
- Violation des droits de la personne;
- Négligence.

Deux études populationnelles effectuées au Canada auprès de personnes aînées vivant à domicile permettent d'estimer la prévalence de la maltraitance, qui varierait entre 4 et 7 %. Toutefois, il ne s'agit que de la pointe de l'iceberg, vu les obstacles liés au dépistage de ce problème et à la réticence des aînés et des professionnels à le dénoncer (Beaulieu et Bergeron-Patenaude, 2012). En effet, les cas de maltraitance seraient très rarement rapportés. Selon le National Center on Elder Abuse (2005), seulement 1 incident sur 14 serait porté à l'attention des autorités. Dans le cas de l'exploitation financière, la proportion atteindrait 1 cas sur 25.

Au Québec, la maltraitance matérielle ou financière serait la plus fréquente. On estime également qu'elle sera en hausse dans les prochaines années en raison « de la croissance absolue de la population âgée, de l'importance du capital financier des aînés, de l'augmentation de la vulnérabilité avec l'avancée en âge et de la sophistication des techniques employées pour soutirer de l'argent » (Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2010 : 24).

Lachs et Pillemer (2004) ont relevé certains facteurs de risque de maltraitance à l'aide d'une recension des études sur le sujet. Le fait de vivre dans un environnement partagé constituerait un tel facteur de risque, car cela augmenterait les possibilités de conflits et de tensions. Par contre, l'exploitation financière toucherait davantage les personnes vivant seules. Les personnes souffrant de démence seraient quant à eux plus à risque de maltraitance physique. L'isolement social serait un autre facteur de risque, l'absence de gens dans l'entourage de la victime pouvant contribuer à cacher les sévices. Enfin, les chercheurs ont constaté que certaines caractéristiques sont souvent présentes chez les agresseurs : des antécédents de troubles mentaux, l'abus d'alcool et la dépendance de l'agresseur vis-à-vis de sa victime.

Adapter l'environnement physique des aînés et diminuer les obstacles aux comportements favorisant la santé

Au-delà des habitudes de vie et de l'environnement social des aînés, certains facteurs associés au milieu de vie ont, eux aussi, un effet important sur le vieillissement en santé. Ces facteurs peuvent être, par exemple :

- Des logements adaptés qui favorisent le maintien à domicile des aînés;
- Un milieu de vie qui facilite l'accès à des choix alimentaires variés ou à des activités sportives ou récréatives;
- Un aménagement urbain sécuritaire et adapté aux aînés qui encourage un mode de vie actif;
- Un réseau de transport qui favorise la mobilité des aînés.

Il faut adapter le milieu de vie des aînés à leurs besoins afin de diminuer les obstacles à l'adoption ou au maintien de bonnes habitudes de vie et d'aider l'intégration sociale des plus isolés. Dans le contexte du vieillissement de la population, des mesures visant à favoriser le maintien de l'autonomie de la personne âgée, et ainsi à lui permettre de rester dans son logement et sa communauté le plus longtemps possible, doivent être mises en œuvre (Ministère de la Famille et des Aînés du Québec, 2012).

Aucune donnée régionale sur l'environnement physique des aînés et son effet sur leur santé n'est disponible. Mentionnons toutefois que la Ville de Laval (2014) a adopté récemment le plan d'action 2014-2017 Municipalité amie des aînés (MADA), préparé par le Comité des partenaires MADA. Ce plan d'action fait entre autres état de mesures à mettre en place dans le but d'améliorer l'environnement physique des personnes âgées. Ces mesures visent les espaces extérieurs, le transport et l'habitat. Certaines mesures favorisant la mobilité des aînés, par exemple l'accès gratuit au réseau de la Société de transport de Laval (STL) pour les 65 ans et plus, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2014, ont déjà été mises en œuvre. La STL offre également un service de circuits communautaires et de transport adapté (Ville de Laval, 2012). En 2012, six circuits communautaires étaient en service. Ces circuits sont des navettes qui relient les résidences pour aînés à des points de service utilisés par cette clientèle, comme des commerces, des bibliothèques, des centres communautaires. En 2015, la Ville de Laval travaillait sur l'élaboration d'un plan de développement visant à mieux desservir les résidences pour personnes âgées.

Toujours en ce qui concerne la mobilité des aînés, les données démontrent que la proportion d'aînés titulaires d'un permis de conduire a considérablement augmenté entre 1980 et 2006. En effet, en 2006, 88,7 % des 65 à 74 ans et 67,6 % des 75 ans et plus avaient un permis de conduire, tandis que ces pourcentages étaient respectivement de 65,1 % et de 28,6 % en 1980. Chez les femmes, 62,6 % des 65 à 74 ans et 25,6 % des 75 ans et plus étaient titulaires d'un permis en 2006, comparativement à 12,4 % des 65 à 74 ans et 1,9 % des 75 ans et plus en 1980 (ISQ, 2009). C'est dire qu'une majorité d'aînés ayant l'habitude de se déplacer en automobile devront opter pour d'autres moyens de transport, qu'ils n'ont possiblement jamais utilisés, lorsqu'ils ne pourront plus conduire. Il sera donc important de prendre les mesures nécessaires pour répondre aux besoins des aînés et faciliter leur utilisation d'autres moyens de transport afin que le retrait de leur permis ou l'arrivée de certaines incapacités n'engendrent pas une perte d'autonomie et un isolement social.

5.3 FACTEURS COMPORTEMENTAUX ET SOCIAUX EN BREF

Des améliorations peuvent être apportées sur le plan des comportements favorables à la santé chez les aînés lavallois. Les gains possibles sont importants, notamment au regard des situations suivantes :

- Parmi les Lavallois de 65 ans et plus, 62,4 % consomment des fruits et légumes moins de 5 fois par jour;
- Sur le plan de l'activité physique, 63,1 % n'atteignent pas le niveau minimal recommandé dans leurs loisirs;
- L'obésité touche 19,1 % d'entre eux;
- Près de 1 aîné sur 5 (16,8 %) consomme de l'alcool tous les jours;
- Parmi les consommateurs de médicaments d'ordonnance, au moins 1 aîné sur 10 ne respecte pas systématiquement la dose recommandée (prise de médicaments en moins ou en plus).

L'environnement social, qui est lié à l'adoption ou au maintien de bonnes habitudes de vie, a aussi un effet sur la santé des aînés.

Certaines caractéristiques socioéconomiques des aînés sont associées à une plus grande vulnérabilité :

- Le fait de vivre seul ou d'avoir un faible revenu ou un bas niveau de scolarité est associé à de moins bonnes habitudes de vie et à un environnement social moins favorable à la santé.

Adapter l'environnement physique, entre autres en diminuant les obstacles à l'adoption ou au maintien de bonnes habitudes de vie et en favorisant la création d'un réseau social positif, a des effets qui ne sont pas à négliger sur la santé des aînés.



Chapitre 6 : Utilisation des services de santé

Ce chapitre vise à faire un portrait des services de santé dont bénéficient les Lavallois de 65 ans et plus et, lorsque des données sont disponibles, à suivre l'évolution de leur utilisation. Les services présentés ici sont divisés en trois catégories :

- Les soins et les services dans la communauté;
- L'hébergement;
- Les soins et les services offerts dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), les cliniques et les hôpitaux.

Finalement, des projections concernant l'utilisation des services de santé seront présentées. Elles permettront d'évaluer l'effet qu'auront l'augmentation rapide du nombre d'aînés lavallois et les changements dans les taux d'utilisation des services sur les besoins futurs en matière de soins de santé.

6.1 SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

6.1.1 Programmes de promotion et de prévention

De nombreuses activités offertes dans la communauté aident à promouvoir la santé et le maintien de l'autonomie des aînés. On peut penser, par exemple, à des associations et des centres communautaires qui des activités récréatives ou des formations destinées à une clientèle âgée. Il existe également une vingtaine d'organismes communautaires lavallois qui font partie du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CISSS de Laval et qui participent, entre autres, au maintien à domicile des aînés. Par exemple, certains offrent un soutien aux proches aidants ou aux personnes souffrant d'Alzheimer. D'autres, comme les popotes roulantes, proposent un service alimentaire afin de permettre aux personnes en perte d'autonomie de rester à domicile le plus longtemps possible, en plus de favoriser une saine alimentation et de briser l'isolement.

Quelques programmes éducatifs qui visent les personnes âgées sont entièrement subventionnés par la DSPublique du CISSS de Laval. Dans le profil de 2009, on répertoriait les trois suivants :

- Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), portant sur la prévention des chutes;
- Le programme Médicament parlant, qui donne de l'information sur l'autogestion de la santé et la consommation sécuritaire de médicaments;
- Le programme Bien manger pour rester en santé, axé sur la saine alimentation.

Depuis ce temps, l'offre de service du CISSS de Laval en matière de promotion de la santé et de prévention chez les personnes âgées a été révisée.

Le plan d'action 2016-2020 de la DSPublique de Laval mise davantage sur la création d'environnements favorables au maintien de l'autonomie et à l'amélioration de la qualité de vie des individus, à l'aide de trois stratégies d'action :

- Le programme Santé EntourÂGE, qui vise à faciliter les choix sains dans les résidences privées pour personnes âgées en proposant des actions au regard de l'activité physique, de l'alimentation, des chutes, des médicaments, du soutien social et du tabagisme;
- L'élaboration d'actions dans les communautés locales, dans le but d'agir sur des facteurs prioritaires auprès de la population âgée en général en proposant des interventions concertées;
- La contribution d'agents multiplicateurs³³, qui ont pour mission la promotion ou le déploiement des différentes interventions mises en place.

6.1.2 Soins à domicile

Les services de soutien à domicile consistent à offrir de l'aide à des personnes qui sont incapables de se déplacer en raison de leur état de santé, d'un handicap physique ou d'une déficience intellectuelle. Ces services peuvent être regroupés en quatre grandes catégories : les soins et les services professionnels, les services d'aide à domicile, les services aux proches aidants et le soutien technique. Ils ont pour but d'éviter l'hospitalisation ou d'en réduire la durée et de faciliter le retour au domicile après une maladie ou une chirurgie. Ils visent également à maintenir le plus longtemps possible la personne à son domicile.

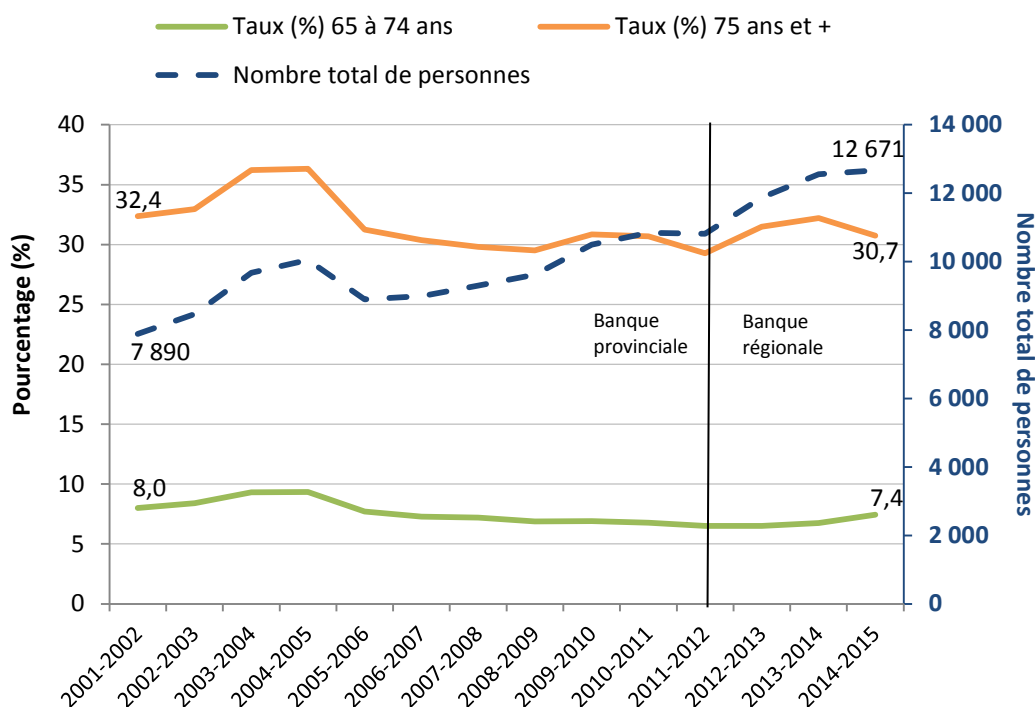
Les données disponibles sur les soins à domicile proviennent des fichiers Intégration-CLSC (I-CLSC). Le graphique 33 présente l'évolution du nombre d'aînés lavallois ayant reçu des soins à domicile d'un CLSC et le taux par tranche d'âge. Depuis 2001-2002, le nombre total d'aînés ayant reçu de tels soins a presque doublé, passant de 7 890 à 12 671 en 13 ans. Ces personnes sont majoritairement âgées de 75 ans et plus (78,9 % en 2014-2015).

Si on regarde l'évolution des taux par tranche d'âge, on remarque que le taux chez les 65 à 74 ans montre une légère tendance à la baisse entre 2003-2004 et 2012-2013, pour ensuite augmenter légèrement lors des deux années suivantes (de 6,5 % à 7,4 %). Le nombre d'aînés de cette tranche d'âge ayant reçu des soins à domicile chaque année est quant à lui assez stable, variant, selon les années, entre 2 100 et 2 700 (2 668 en 2014-2015). Quant au taux des 75 ans et plus, il varie d'année en année sans présenter de tendance claire, tandis que le nombre d'aînés de cette tranche d'âge augmente constamment, ayant presque doublé depuis 2001-2002 (10 003 en 2014-2015).

En 2014-2015, un peu plus de 7 % des 65 à 74 ans et près du tiers (30,7 %) des 75 ans et plus ont reçu au moins une fois des soins à domicile.

³³ Un agent multiplicateur est un individu présent dans les milieux ciblés ou côtoyant les aînés de la communauté.

GRAPHIQUE 33. PROPORTION (%) ET NOMBRE DE PERSONNES AYANT REÇU DES SOINS À DOMICILE SELON L'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2001-2002 À 2014-2015



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers I-CLSC (banque provinciale), 2001-2002 à 2011-2012; fichiers I-CLSC (banque régionale, données fournies par l'Infocentre du CISSS de Laval), 2012-2013 à 2014-2015; *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Le nombre d'interventions effectuées à domicile a grimpé encore plus rapidement que le nombre de personnes ayant reçu des soins. Il a en effet presque triplé, passant de 194 323 à 549 848 interventions en 13 ans. Le nombre moyen d'interventions par personne a donc augmenté significativement, soit de 24,6 à 43,4 (données non présentées).

Les interventions des CLSC effectuées à domicile peuvent être de différentes natures : soins infirmiers, nutrition, services psychosociaux, etc. Chaque intervention est classée dans une seule catégorie, qu'on appelle « centre d'activité ». Le tableau suivant montre le nombre de Lavallois ayant reçu des soins à domicile et le nombre d'interventions effectuées en 2014-2015 par centre d'activité.

TABLEAU 22. NOMBRE DE PERSONNES AYANT REÇU DES SOINS À DOMICILE ET NOMBRE D'INTERVENTIONS SELON LE CENTRE D'ACTIVITÉ, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2014-2015

Centre d'activité	Nombre d'usagers différents		Nombre total d'interventions	
	De 65 à 74 ans	75 ans et plus	N	%
Soins infirmiers à domicile	2 232	8 257	161 185	29,3
Services psychosociaux à domicile	759	5 484	43 284	7,9
Aide à domicile	319	2 006	325 775	59,2
Ergothérapie à domicile	570	1 421	9 272	1,7
Physiothérapie à domicile	483	1 254	8 599	1,6
Nutrition à domicile	83	464	1 733	0,3
Au moins un de ces centres d'activité	2 668	10 003	549 848	100

Note : Une personne peut avoir reçu des soins à domicile classés dans plus d'un centre d'activité. C'est pourquoi le nombre de personnes ayant reçu des soins à domicile d'au moins un des centres d'activité ne correspond pas au total des personnes par centre d'activité.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers I-CLSC (banque régionale), données fournies par l'Infocentre du CISSS de Laval, 2014-2015.

Une majorité (82,8 %) de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile ont obtenu au moins une fois des soins infirmiers, et près de la moitié (49,3 %) ont bénéficié de services psychosociaux. Bien que l'aide à domicile ne soit pas le centre d'activité où l'on compte le plus grand nombre de personnes (319 aînés), c'est celui qui a généré le plus d'interventions, soit 59,2 % de toutes celles effectuées en 2014-2015. Les soins infirmiers à domicile constituent également plus du quart des interventions (29,3 %).

6.1.3 Soins palliatifs à domicile

La Politique en soins palliatifs de fin de vie du MSSS vise à doter les intervenants du milieu d'outils pour baliser l'organisation des services et mieux les planifier. Elle a retenu la définition de l'OMS de « soins palliatifs », que voici :

« Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'utilisateur et les proches. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs » (MSSS, 2010).

Les données concernant les soins palliatifs prodigués à domicile à la population lavalloise sont issues de la banque I-CLSC. Dans le *Cadre normatif du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, on définit ainsi l'utilisateur en soins palliatifs :

« Usager dont l'évolution de la maladie a atteint l'étape irréversible, pour lequel tout traitement en vue de récupérer la santé ou de guérir a été interrompu et dont le pronostic de vie est limité. L'objectif principal du plan d'intervention est de contrôler la douleur et d'offrir un soutien à l'utilisateur et à ses proches » (MSSS, 2009).

En 2014-2015, 441 aînés lavallois, dont 63,3 % étaient âgés de 75 ans et plus, ont bénéficié de soins palliatifs des CLSC. Au total, 8 255 interventions ont été réalisées. Une majorité d'utilisateurs en soins palliatifs ont obtenu au moins une fois des soins infirmiers à domicile (89,6 %). C'est également dans ce centre d'activité que le nombre d'interventions a été le plus important, suivi de l'aide à domicile. Ces deux centres d'activité représentent plus de 91,3 % des interventions en soins palliatifs.

Le nombre d'interventions par personne est plus élevé chez les 75 ans et plus que chez les 65 à 74 ans (19,8 comparativement à 16,8). Toutefois, cette différence se remarque davantage sur le plan de l'aide à domicile (33,2 interventions par personne comparativement à 29,1). En 2007-2008, l'inverse avait été observé. Le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs des CLSC est quant à lui assez stable depuis 2007-2008. Cette année-là, 408 aînés avaient reçu ce type de service.

TABEAU 23. NOMBRE DE PERSONNES AYANT REÇU DES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE ET NOMBRE D'INTERVENTIONS SELON LE CENTRE D'ACTIVITÉ, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2014-2015

Centre d'activité	Nombre d'utilisateurs différents	Interventions		Nombre d'interventions par personne
		N	%	
Soins infirmiers à domicile	395	5 248	63,6	13,3
Aide à domicile	71	2 289	27,7	32,2
Services psychosociaux à domicile	118	504	6,1	4,3
Nutrition à domicile	26	52	0,6	2,0
Ergothérapie à domicile	45	125	1,5	2,8
Physiothérapie à domicile	13	37	0,4	2,8
Au moins un de ces centres d'activité	441	8 255	100,0	18,7

Note : Une personne peut avoir reçu des soins palliatifs à domicile classés dans plus d'un centre d'activité. C'est pourquoi le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs à domicile d'au moins un des centres d'activité ne correspond pas au total des personnes par centre d'activité.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers I-CLSC (banque régionale, données fournies par l'Infocentre du CISSS de Laval), 2014-2015.

6.2 HÉBERGEMENT

6.2.1 Résidences privées pour personnes âgées

L'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) définit une résidence privée pour personnes âgées de la façon suivante :

« Tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement: services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. »

Depuis 2002, la loi rend obligatoire l'inscription des résidences privées pour personnes âgées au Registre des résidences privées pour aînés. Chaque propriétaire doit obtenir un certificat de conformité, qui doit être renouvelé tous les deux ans.

En 2015-2016, Laval comptait 53 résidences pour personnes âgées offrant chacune entre 4 et 1 400 places (en logement ou en chambre), pour un total de 11 039 places sur le territoire lavallois. Les résidences offrent des chambres ou des logements et offrent tous certains services aux résidents, par exemple des services de repas, de l'aide domestique ou des soins infirmiers. Les aînés qui habitent ces résidences sont parfois totalement autonomes ou semi-autonomes et n'utilisent pas nécessairement l'ensemble des services qui y sont offerts.

6.2.2 Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)

Les RI et les RTF sont des ressources rattachées à un établissement du réseau de la santé par un contrat de service. Elles hébergent des usagers qui sont déjà inscrits auprès d'un établissement. Elles offrent principalement le gîte et le couvert ainsi que certains services de soutien et d'assistance selon les particularités de la clientèle hébergée. L'établissement qui a signé un contrat avec une telle ressource est responsable de rendre accessibles les soins infirmiers et les autres services professionnels aux personnes hébergées dans celle-ci. La personne âgée hébergée en RI paie à l'établissement responsable une contribution d'adulte hébergé; elle n'a pas de bail et elle est adressée à la ressource par l'établissement.

En 2016, on compte environ 425 places d'hébergement en ressources non institutionnelles (RI, RTF et projets novateurs) dans la région de Laval.

6.2.3 Centres d'hébergement et de soins de longue durée

Un CHSLD est un établissement de santé qui reçoit des personnes en perte d'autonomie physique ou cognitive. Il offre le gîte, le couvert, une surveillance jour et nuit ainsi que des services pharmaceutiques, médicaux, d'assistance et de soins infirmiers et professionnels. Pour ce faire, il élabore un programme d'activités adaptées de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation. Le CHSLD obtient du MSSS un permis qui répond aux normes établies. Il perçoit, auprès de la personne âgée hébergée, une contribution fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Le territoire lavallois compte 17 CHSLD, soit 5 CHSLD publics, 6 centres d'hébergement privés conventionnés, 5 centres d'hébergement privés autofinancés et 1 CHSLD en partenariat public-privé. Au 31 mars 2016, Laval comptait environ 1 900 lits dressés dans ces 17 CHSLD. Le nombre de lits en CHSLD sur le territoire correspond, en 2016, à 2,6 % de la population de 65 ans et plus. Par rapport à 2008, le taux a légèrement augmenté (2,4 %). Toutefois, notons que la majorité des personnes hébergées en CHSLD sont âgées de 80 ans et plus.

6.3 SOINS DE SANTÉ EN CLSC, EN CLINIQUE ET À L'HÔPITAL

6.3.1 Services de première ligne

Les services de première ligne représentent le point de contact de la population avec le réseau de la santé. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère et peuvent être offerts, par exemple, en cabinet privé ou en CLSC. Les services de première ligne s'adressent donc aux personnes qui peuvent demeurer dans leur milieu naturel, contrairement aux services de deuxième ligne qui, eux, sont destinés à une clientèle nécessitant une infrastructure adaptée et une technologie plus lourde qu'on trouve habituellement en centre hospitalier (Conseil médical du Québec, 1995).

Les données sur l'utilisation des services de première ligne proviennent de deux sources, soit le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ ainsi que le fichier I-CLSC sur les services rendus par les CLSC.

Le fichier de la RAMQ nous informe sur la consultation de médecins rémunérés à l'acte par les Lavallois. Ses données excluent donc les services offerts par des médecins désaffiliés de la RAMQ ainsi que la majorité des services reçus en CLSC. Toutefois, les médecins non participants ne comptent que pour 1,4 % de l'ensemble des médecins au Québec (Guénette et Frappier, 2013).

Le nombre de personnes de 65 ans et plus ayant consulté un médecin a augmenté de 32,6 % depuis 2005-2006, soit environ au même rythme que la croissance de la population totale des aînés lavallois durant cette période (31,7 %). Le nombre de consultations est également passé d'environ 475 000 à près de 600 000, ce qui représente une augmentation de 25,8 %. Le nombre moyen de consultations par personne a quant à lui baissé légèrement, passant de 10,2 à 9,7.

TABEAU 24. NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE ET NOMBRE DE CONSULTATIONS, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2005-2006 À 2013-2014

Années	Nombre de personnes	Nombre de consultations ³⁴	Nombre moyen de consultations par personne
2005-2006	46 701	475 500	10,2
2007-2008	51 336	510 878	10,0
2009-2010	53 815	527 256	9,8
2011-2012	57 845	567 064	9,8
2013-2014	61 933	597 993	9,7

Source : RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, 2005-2006 à 2013-2014.

³⁴ Une consultation est définie comme étant l'ensemble des services médicaux offerts à une même date, à une même personne, de la part du même professionnel de la santé et pour un même diagnostic.

En 2013-2014, à Laval, près de 62 000 personnes de 65 ans et plus ont consulté au moins une fois un médecin rémunéré à l'acte (56,9 % de femmes et 43,1 % d'hommes). Par tranche d'âge, cela représente :

- 32 758 personnes de 65 à 74 ans;
- 21 863 personnes de 75 à 84 ans;
- 7 312 personnes de 85 ans et plus.

Ces 62 000 personnes représentent environ 93 % de la population totale des aînés pour cette même année. La majorité des aînés ayant consulté un médecin a rencontré au moins une fois un omnipraticien (93,9 %), tandis qu'une proportion plus faible, mais tout de même importante, a vu au moins une fois un spécialiste (81,2 %).

Si on regarde l'ensemble des 597 993 consultations des Lavallois de 65 ans et plus, 42,3 % se sont déroulées en présence d'un omnipraticien et 57,7 % auprès d'un spécialiste. Les spécialités des médecins sont très variées, mais la première en importance est l'ophtalmologie (8,9 % des consultations), suivie de la cardiologie (5,0 % des consultations). De plus, la majorité des consultations a eu lieu à Laval (58,8 %), mais une proportion tout de même importante, soit plus du tiers (36,1 %), a été effectuée dans la région de Montréal. Finalement, notons qu'environ le tiers des consultations (33,4 %) se sont tenues en clinique externe, tandis que les cliniques médicales ou les cliniques réseau/groupes de médecine de famille (GMF) en ont offert environ la moitié (51,0 %).

TABLEAU 25. RÉPARTITION (%) DES CONSULTATIONS D'UN MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE SELON LE LIEU DE LA CONSULTATION, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013-2014

Lieu de la consultation	Nombre de consultations	Proportion (%)
Clinique médicale ou clinique réseau/GMF	305 185	51,0
Clinique externe	199 583	33,4
Urgence	63 540	10,6
CLSC	10 734	1,8
Autres	18 953	3,2
Total	599 993	100,3

Source : RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, 2013-2014.

En plus des soins à domicile décrits à la section 6.1.2, les CLSC de Laval offrent également d'autres services aux personnes âgées de 65 ans et plus. Le tableau suivant présente le nombre d'aînés ayant reçu des services en CLSC par principaux centres d'activité. Premièrement, on remarque que bien que le nombre d'aînés ayant bénéficié de ces services en 2014-2015 soit plus élevé que le nombre d'aînés ayant reçu des soins à domicile (14 093 comparativement à 12 671), le nombre total d'interventions est nettement moins élevé dans le premier cas que dans le second (48 414 contre 549 848).

Deuxièmement, on note que le centre d'activité où l'on compte le plus d'utilisateurs est celui de l'immunisation (vaccination), 7 592 personnes ayant bénéficié de ce type de service, soit 53,9 %

des aînés ayant reçu des services en CLSC cette année-là. Toutefois, le centre d'activité ayant généré le plus d'interventions est celui des services de santé courants, avec 57,0 % de l'ensemble des interventions.

TABEAU 26. NOMBRE DE PERSONNES AYANT REÇU DES SERVICES EN CLSC ET NOMBRE D'INTERVENTIONS SELON LE CENTRE D'ACTIVITÉ, EXCLUANT LES SOINS À DOMICILE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2014-2015

Centre d'activité	Nombre d'usagers différents	Interventions		N ^{bre} moyen d'interventions par personne
		N	%	
Immunisation et manifestations cliniques inhabituelles liées à l'immunisation	7 592	7 979	16,5	1,1
Services de santé courants	3 944	27 594	57,0	7,0
Activité médicale	2 451	4 489	9,3	1,8
Urgence	1 876	2 789	5,8	1,5
Soins pharmaceutiques – CLSC	296	890	1,8	3,0
Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	358	1 797	3,7	5,0
Services psychosociaux autres que le soutien à domicile (SAD)	245	1 267	2,6	5,2
Nutrition	218	346	0,7	1,6
Développement, adaptation et intégration sociale	143	156	0,3	1,1
Unité de médecine familiale (UMF)	103	214	0,4	2,1
Habitudes de vie et maladies chroniques	98	282	0,6	2,9
Suivi à intensité variable dans la communauté	40	481	1,0	12,0
Autres centres d'activité	39	130	0,3	3,3
Au moins un de ces centres d'activité	14 093	48 414	100,0	3,4

Note : Une personne peut avoir reçu des services d'un CLSC classés dans plus d'un centre d'activité. C'est pourquoi le nombre de personnes ayant reçu des services d'au moins un des centres d'activité ne correspond pas au total des personnes par centre d'activité.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers I-CLSC (banque régionale, données fournies par l'Infocentre du CISSS de Laval), 2014-2015.

6.3.2 Hospitalisations de courte durée

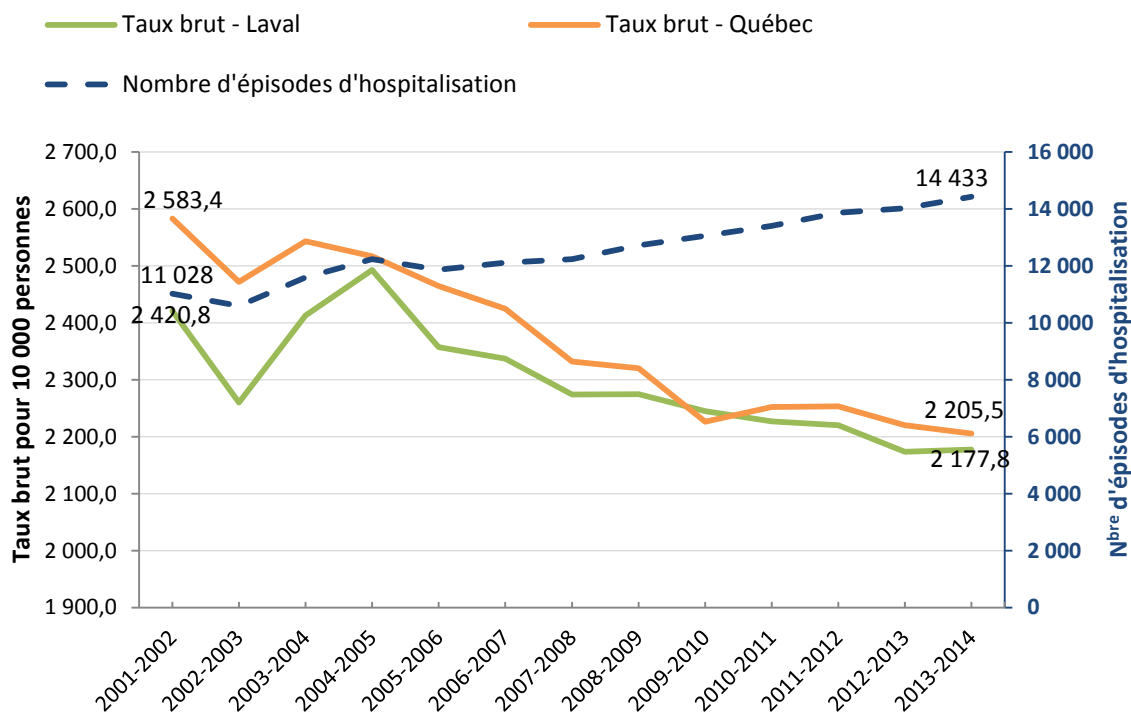
Le graphique 34 présente l'évolution des taux d'hospitalisation de courte durée chez les aînés lavallois et québécois ainsi que l'évolution du nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée.

On remarque que les taux d'hospitalisation sont à la baisse autant à Laval qu'au Québec, et plus particulièrement depuis 2004-2005. Cette tendance est également observable dans toutes les tranches d'âge de la population de personnes âgées. Ces diminutions pourraient être liées à des changements de pratique (virage ambulatoire), à l'amélioration de l'état de santé ou à des progrès médicaux et pharmaceutiques.

En 2013-2014, le taux d'hospitalisation des aînés lavallois était de 2 177,8 pour 10 000 personnes, tandis qu'il était légèrement plus élevé au Québec, soit de 2 205,5 pour 10 000 personnes. Bien que la différence entre Laval et Québec ne soit pas statistiquement significative pour l'ensemble des 65 ans et plus, elle l'est chez les personnes de 65 à 74 ans (1 450,1 à Laval comparativement à

1 513,2 pour 10 000 personnes au Québec) ainsi que chez les 75 à 84 ans (2 586,6 à Laval comparativement à 2 673,8 pour 10 000 au Québec).

GRAPHIQUE 34. TAUX (POUR 10 000 PERSONNES) ET NOMBRE D'HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2001-2002 À 2013-2014

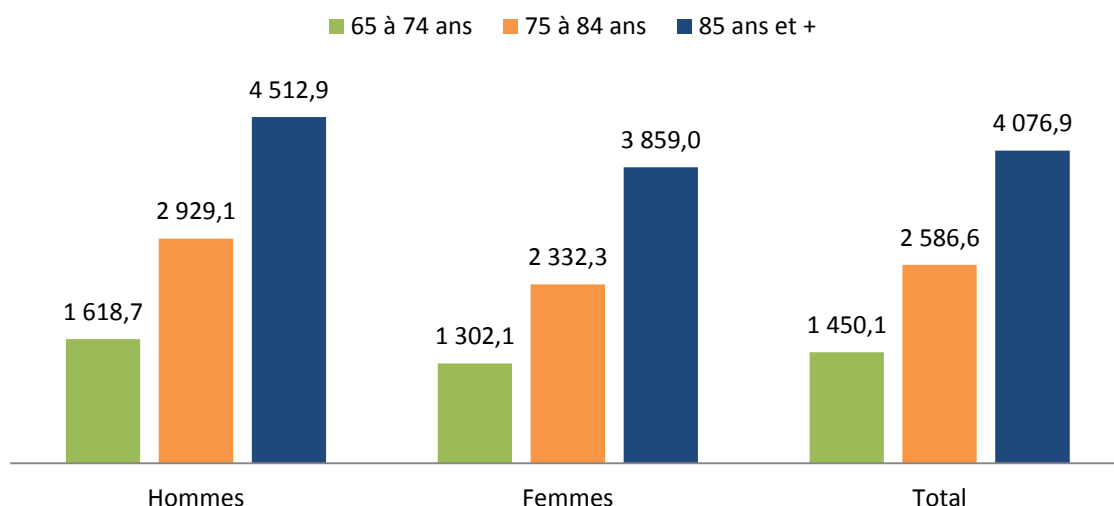


Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

En ce qui a trait au nombre d'épisodes d'hospitalisation d'ânés lavallois, il a augmenté de 30,9 % depuis 2001-2002, passant de 11 028 à 14 433. En 2013-2014, les épisodes d'hospitalisation de courte durée concernant des personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 44,4 % de l'ensemble des hospitalisations de courte durée de durant cette période.

Le graphique 35 présente les taux bruts lavallois par groupe d'âge et par sexe en matière d'hospitalisation de courte durée chez les 65 ans et plus. Bien que les femmes âgées soient l'objet de davantage d'épisodes d'hospitalisation (en 2013-2014, 7 660 femmes et 6 773 hommes), les taux d'hospitalisation sont plus faibles chez celles-ci, et ce, peu importe la tranche d'âge.

GRAPHIQUE 35. TAUX D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE (POUR 10 000 PERSONNES) SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013-2014



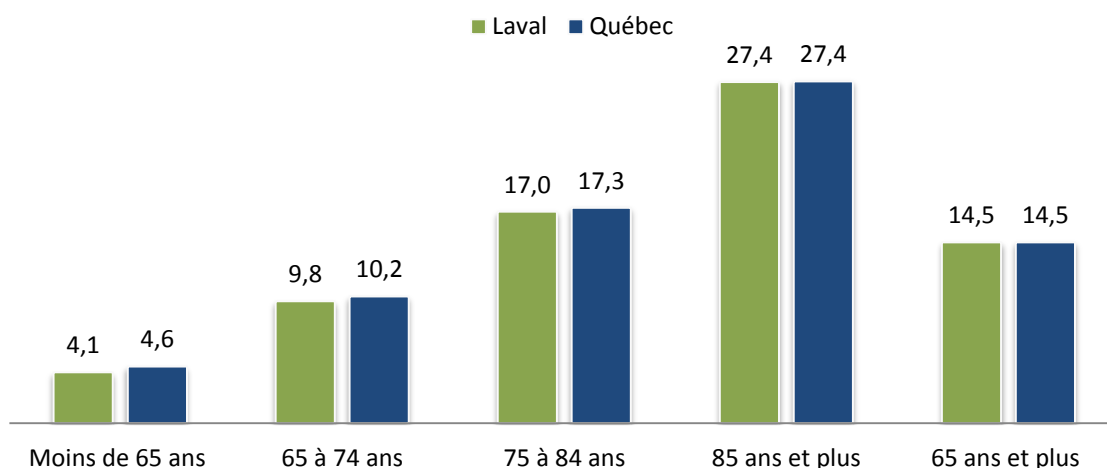
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Le graphique 36 présente la proportion de personnes différentes ayant été hospitalisées en 2013-2014 sur l'ensemble de la population du même groupe d'âge, à Laval et au Québec. Les 14 433 épisodes d'hospitalisation vécus par les 65 ans et plus en 2013-2014 ont concerné 9 612 aînés différents, ce qui veut dire qu'environ 50 % des personnes âgées hospitalisées l'ont été plus d'une fois dans l'année.

Les aînés lavallois hospitalisés représentaient près de 15 % de la population estimée d'aînés en 2013, une proportion qui augmente à 27,4 % parmi les 85 ans et plus. Les pourcentages sont un peu plus faibles à Laval qu'au Québec, sauf pour les 85 ans et plus et pour l'ensemble des 65 ans et plus.

Comparativement à 2007-2008, la proportion d'aînés lavallois hospitalisés a diminué chez les 65 à 74 ans et les 75 à 84 ans, tandis qu'elle a légèrement augmenté parmi les 85 ans et plus (passant de 26,9 % à 27,4 %).

GRAPHIQUE 36. PROPORTION (%) DE PERSONNES HOSPITALISÉES EN COURTE DURÉE (EXCLUANT LES NAISSANCES VIVANTES) SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION DU MÊME GROUPE D'ÂGE, POPULATIONS LAVALLOISE ET QUÉBÉCOISE, 2013-2014



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Les raisons d'une hospitalisation de courte durée et la durée moyenne de séjour

En 2013-2014, la durée moyenne de séjour (DMS) des Lavallois de 65 ans et plus dans un lit de courte durée était de 13,9 jours. Par tranches d'âge, elle était de 10,8 jours chez les 65 à 74 ans et de 15,6 jours chez les 75 ans et plus. Elle est restée plutôt stable depuis 2001-2002, variant entre 13,4 et 15,3 jours pour l'ensemble des 65 ans et plus. Toutefois, la durée moyenne de séjour varie selon la raison principale de l'hospitalisation, comme on peut le constater dans le tableau suivant.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont à l'origine du plus grand nombre d'épisodes d'hospitalisation, suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil respiratoire. Toutefois, ce sont les troubles mentaux et les maladies du système nerveux qui engendrent les plus longues hospitalisations, avec des durées moyennes de séjour respectives de 37,8 et 34,5 jours, suivies des hospitalisations pour lésions et traumatismes (19,5 jours).

TABEAU 27. PROPORTION (%) DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE ET DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR SELON CERTAINS REGROUPEMENTS DE DIAGNOSTICS PRINCIPAUX, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013-2014

Regroupement de diagnostics principaux	Nombre d'épisodes	% des épisodes	Durée moyenne de séjour (en jours)
Appareil circulatoire	3 174	22,0	11,6
Tumeur	1 768	12,2	12,7
Appareil respiratoire	1 643	11,4	10,9
Lésion et traumatisme	1 540	10,7	19,5
Appareil digestif	1 240	8,6	8,5
Système ostéo-articulaire	1 229	8,5	13,5
Organe génito-urinaire	686	4,8	6,5
Système nerveux	497	3,4	34,5
Trouble mental	484	3,4	37,8

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014.

Les hospitalisations de courte durée en soins palliatifs

En 2013-2014, on a enregistré 603 hospitalisations de courte durée ayant un code de service de soins palliatifs, dont 485 concernaient des personnes de 65 ans et plus. Parmi ces personnes, 128 étaient âgées de 65 à 74 ans (26,4 %), 196 de 75 à 84 ans (40,4 %) et 161 de 85 ans et plus (33,2 %).

La raison principale de l'hospitalisation était le cancer (37,3 %). Les 485 hospitalisations en soins palliatifs chez les aînés lavallois ont concerné 415 personnes différentes. Les séjours ont quant à eux duré entre 1 et 249 jours (durée moyenne de séjour de 20,15 jours). Si on considère le nombre d'aînés lavallois décédés en 2013 ($n = 2\,292$), on peut estimer qu'environ 18 % auraient été hospitalisés au moins une fois pour des soins palliatifs avant leur décès.

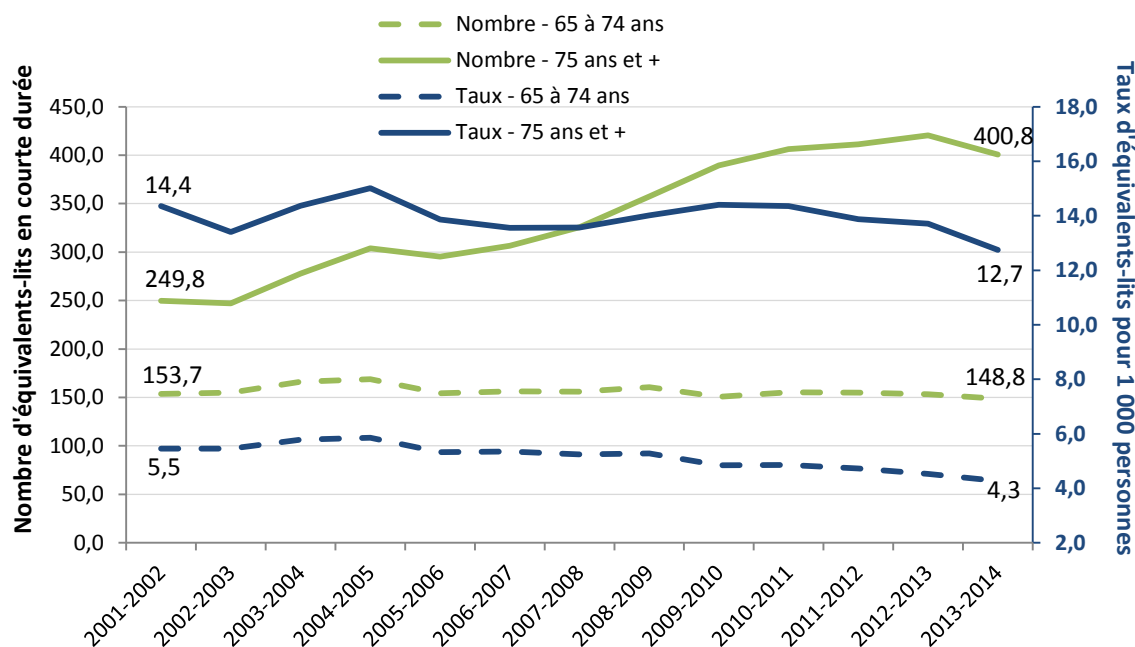
Les équivalents-lits en courte durée

Le concept d'équivalent-lit combine le nombre d'épisodes de soins et leur durée. Un équivalent-lit correspond à l'occupation d'un lit par une personne pendant 365 jours. Dans le profil de 2009, nous avons calculé les équivalents-lits sur une base d'occupation de 90 %, c'est-à-dire 328,7 jours, afin de tenir compte de la gestion des changements de bénéficiaire dans un même lit. Toutefois, il est maintenant plus courant d'utiliser une occupation de 100 %, soit 365 jours pour ce calcul. Dans le présent profil, nous avons donc pris le nombre total de jours d'hospitalisation de courte durée des Lavallois de 65 ans et plus et nous l'avons divisé par le nombre de jours dans une année, soit 365.

Le graphique suivant montre l'évolution du nombre et du taux d'équivalents-lits en courte durée (pour 1 000 personnes) par tranche d'âge de la population d'aînés lavallois. Le nombre total d'équivalents-lits chez les 65 ans et plus était de 549,6 en 2013-2014. Cela veut dire que 549,6 lits ont été occupés par des Lavallois de 65 ans et plus pendant l'année complète.

Chez les personnes de 65 à 74 ans, on remarque une légère diminution du taux ainsi qu'une stabilité du nombre d'équivalents-lits depuis 2001-2002. Chez les 75 ans et plus, la tendance du nombre d'équivalents-lits est clairement à la hausse, celui-ci étant passé de 249,8 à 400,8. Le taux est quant à lui assez stable, voire un peu plus faible qu'en 2001-2002.

GRAPHIQUE 37. TAUX (POUR 1 000 PERSONNES) ET NOMBRE D'ÉQUIVALENTS-LITS EN COURTE DURÉE SELON LE GROUPE D'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2001-2002 À 2013-2014



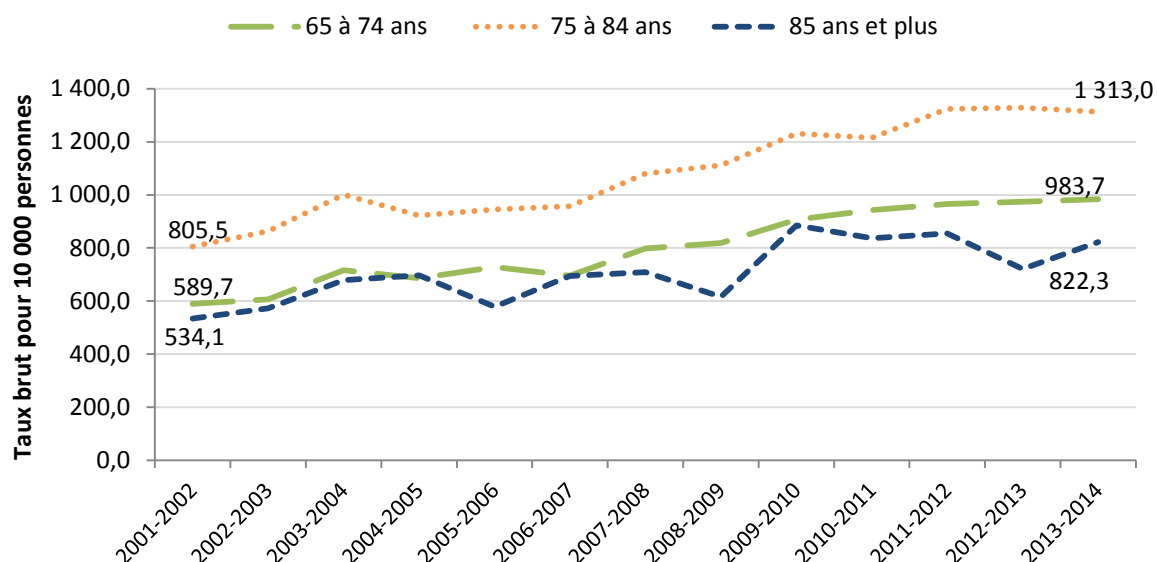
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

6.3.3 Hospitalisations pour une chirurgie d'un jour

Le graphique 38 présente l'évolution du taux de chirurgies d'un jour³⁵ par tranche d'âge chez les aînés lavallois. On remarque que la tendance est à la hausse dans les trois tranches d'âge. Ce sont les 75 à 84 ans qui ont connu la plus importante augmentation et c'est également dans ce groupe d'âge que l'on constate le plus haut taux de chirurgies d'un jour en 2013-2014.

³⁵ Chirurgie d'un jour : Ensemble d'activités structurées et organisées pour des interventions chirurgicales reposant sur des protocoles préopératoires et postopératoires et qui sont destinées à des usagers inscrits qui se présentent à l'hôpital et reçoivent leur congé le jour même de l'intervention.

GRAPHIQUE 38. TAUX (POUR 10 000 PERSONNES) DE CHIRURGIES D'UN JOUR SELON LE GROUPE D'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2001-2002 À 2013-2014

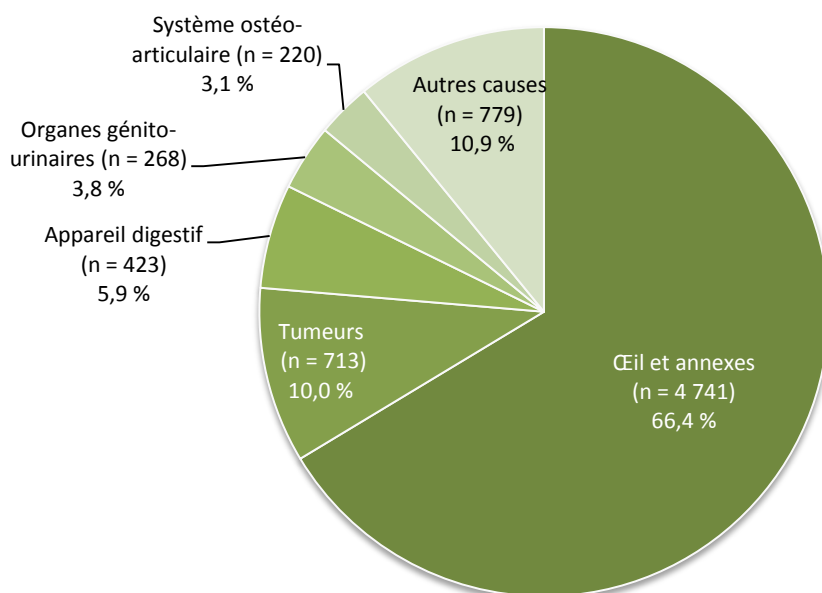


Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

En 2001-2002, le taux de chirurgies d'un jour chez les 65 ans et plus était beaucoup plus faible à Laval qu'au Québec, soit de 651,4 comparativement à 813,7 pour 10 000 personnes. Toutefois, puisque l'augmentation des taux a été plus importante à Laval qu'au Québec, cet écart s'est amoindri. En effet, en 2013-2014, le taux de chirurgies d'un jour dans l'ensemble du Québec était de 1 122,1 pour 10 000 personnes, tandis qu'il était de 1 077,9 à Laval (données non présentées).

Le graphique suivant présente la répartition des chirurgies d'un jour selon le diagnostic principal, en 2013-2014. Les plus pratiquées sont celles relatives aux maladies de l'œil ou de ses annexes (par exemple pour un glaucome ou une cataracte), avec 66,4 % de l'ensemble des chirurgies d'un jour subies par les aînés lavallois. Chez les 75 ans et plus, ces chirurgies représentent 71,9 % de l'ensemble des chirurgies d'un jour se rapportant à cette tranche d'âge. De plus, en 2013-2014, parmi l'ensemble des chirurgies d'un jour, 1 sur 10 concernait une tumeur.

GRAPHIQUE 39. RÉPARTITION (%) DES CHIRURGIES D'UN JOUR SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013-2014



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014.

6.3.4 Région d'hospitalisation des aînés lavallois

En courte durée, le taux de rétention³⁶ chez les aînés lavallois est de 56,6 %, tandis qu'il est de 41,8 % pour les chirurgies d'un jour. Comparativement à 2007-2008, le taux est stable en courte durée, mais a augmenté graduellement pour les chirurgies d'un jour, passant de 37,6 % à 41,8 %. Toutefois, encore en 2013-2014, davantage de chirurgies d'un jour étaient effectuées à Montréal plutôt qu'à Laval, chez les aînés lavallois.

Comparativement aux personnes de moins de 65 ans, le taux de rétention des aînés lavallois est plus élevé, autant en courte durée (45,1 % chez les moins de 65 ans) qu'en chirurgie d'un jour (33,2 % chez les moins de 65 ans).

³⁶ Le taux de rétention est la proportion d'épisodes de soins reçus dans la région de résidence. Le taux de rétention lavallois correspond donc au pourcentage d'hospitalisations de Lavallois qui ont eu lieu à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval (CSL) ou à l'Hôpital juif de réadaptation (HJR).

TABLEAU 28. NOMBRE D'HOSPITALISATIONS SELON LE TYPE ET LA RÉGION OÙ ELLES ONT EU LIEU, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2013-2014

Région	Courte durée		Chirurgie d'un jour	
	N	%	N	%
Laval	8 175	56,6	2 988	41,8
Montréal	5 700	39,5	3 479	48,7
Laurentides	419	2,9	555	7,8
Lanaudière	59	0,4	78	1,1
Montréal	33	0,2	31	0,4
Autres	47	0,3	13	0,2
Total	14 433	100,0	7 144	100,0

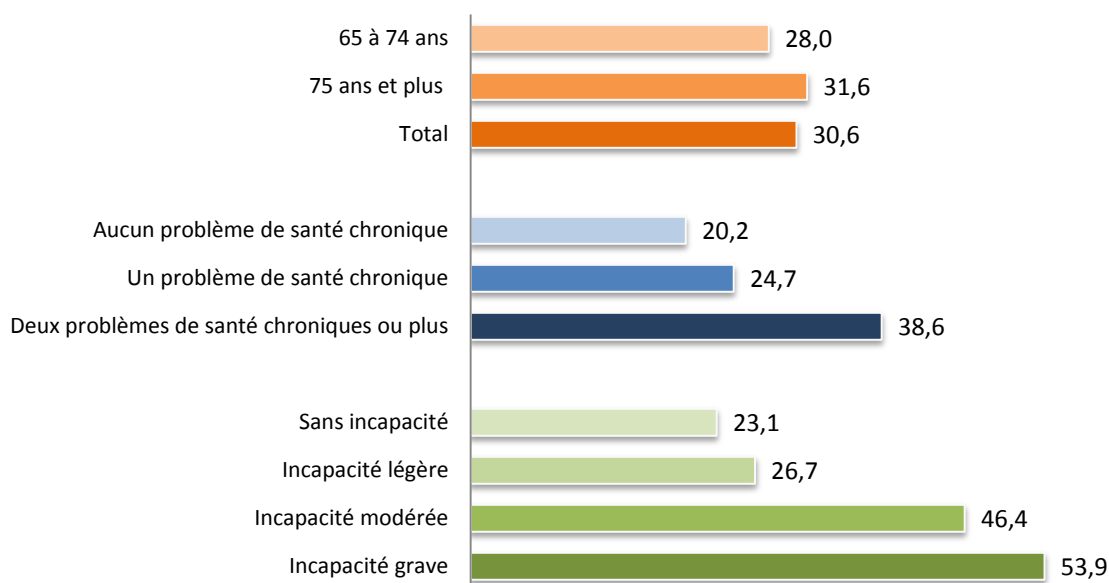
Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichier MED-ÉCHO, 2013-2014.

6.3.5 Utilisation des soins hospitaliers selon certaines caractéristiques des aînés lavallois

Les services hospitaliers incluent la consultation à l'urgence, l'hospitalisation de courte durée et la chirurgie d'un jour. Dans l'EQLAV de 2010-2011, 22,7 % des Lavallois de 65 ans et plus ont déclaré avoir consulté au moins une fois à l'urgence durant l'année, 14,2 % avoir été hospitalisés pour une courte durée et 6,8 % avoir subi une chirurgie d'un jour. Dans l'ensemble, 30,6 % ont déclaré avoir eu recours à au moins un de ces trois services, une proportion plus faible que celle de l'ensemble du Québec (35,6 %). En 2016, cela pourrait correspondre à environ 22 300 Lavallois.

Le graphique suivant présente la proportion de Lavallois ayant eu recours à au moins un service hospitalier selon certaines caractéristiques. On constate que l'utilisation de l'un ou l'autre des services hospitaliers est beaucoup plus fréquente chez les personnes âgées ayant plusieurs problèmes de santé ou une incapacité modérée ou grave. Bien qu'il existe aussi une différence selon l'âge, il est intéressant de constater que ce facteur, seul, ne joue pas un grand rôle dans l'utilisation des services de santé.

GRAPHIQUE 40. PROPORTION (%) DE PERSONNES AYANT EU RECOURS À AU MOINS UN SERVICE HOSPITALIER SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, 2010-2011



Source : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement, 2010-2011.

6.4 ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET BESOINS NON COMBLÉS

Dans l'EQLAV 2010-2011, une grande majorité (96,8 %) de Lavallois de 65 ans et plus ont déclaré avoir un médecin de famille³⁷. Cela représenterait, en 2016, environ 70 600 aînés affiliés à un médecin généraliste ou spécialiste et 2 300 qui ne le sont pas. Toutefois, parmi les personnes qui ont un médecin de famille, une proportion non négligeable de 12,7 % a déclaré avoir eu un besoin non comblé de consultation dans les 12 mois précédant l'EQLAV³⁸. C'est donc dire qu'en plus des 2 300 aînés lavallois sans médecin de famille, environ 8 700 autres en ont un, mais éprouvent de la difficulté à obtenir une consultation.

6.5 PROJECTION DE LA DEMANDE DE SERVICES DE SANTÉ

Depuis 2001-2002, les taux d'hospitalisation de courte durée, d'équivalents-lits et de chirurgies d'un jour touchant des aînés lavallois présentent des tendances claires à la hausse ou à la baisse. De telles tendances avaient déjà été observées dans le profil de 2009. Nous avons alors effectué certaines projections afin d'estimer les besoins futurs en matière de soins de santé. Nous refaisons cet exercice dans le présent profil avec les données des dernières années sur l'utilisation des services. Pour ce qui est des soins à domicile, bien que le nombre de personnes ayant reçu des soins et le nombre d'interventions présentent une tendance à la hausse, les taux varient trop pour faire l'objet d'une projection.

³⁷ Une personne a un médecin de famille lorsqu'elle est affiliée à un médecin, généraliste ou spécialiste, qui prend la responsabilité de ses soins de santé.

³⁸ On entend par « besoin non comblé » le fait d'avoir eu besoin d'une consultation au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir l'obtenir.

Note méthodologique

L'approche utilisée pour faire les projections est quantitative et non explicative. Cela signifie que les projections tiennent uniquement compte de la tendance des dernières années pour chaque type de soins et non des tendances dans les facteurs explicatifs. À titre d'exemple, le rythme de l'amélioration des habitudes de vie des aînés pourrait s'accélérer et avoir un effet à plus long terme sur la courbe de la tendance observée. C'est entre autres pourquoi nous préférons généralement limiter les projections à 10 ou 12 années.

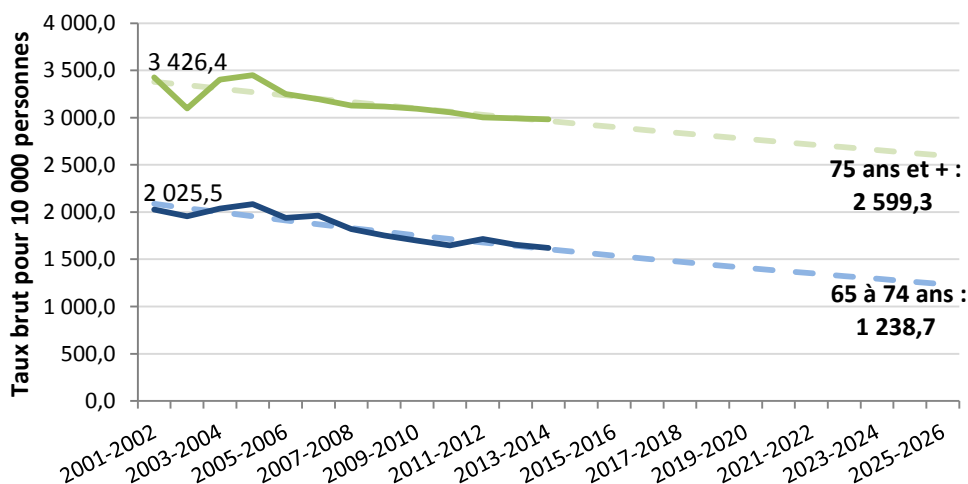
Lorsque la tendance observée entre 2001-2002 et 2013-2014 était positive, la méthode de régression linéaire a été choisie, tandis que dans le cas contraire, la régression exponentielle a été employée. Les modèles générés ont été appliqués jusqu'à l'année 2025-2026.

Les taux bruts projetés pour chacune des tranches d'âge de la population d'aînés ont été appliqués aux données de projection de la population âgée des années futures. Les données obtenues présentent toujours des coefficients de détermination (R^2) élevés (de 0,6 ou plus) et les modèles sont significatifs. Le coefficient de détermination est un bon indicateur de la concordance entre les données observées et le modèle de projection. Plus il est élevé (valeur se situant entre 0 et 1), plus le modèle concorde avec les données antérieures et permet, hypothétiquement, d'observer la tendance pour les prochaines années. Lorsque la tendance n'était pas claire et que le coefficient de détermination s'avérait trop faible, nous avons fait une projection de la demande de services selon le taux moyen des cinq dernières années observées, que nous avons appliqué aux projections populationnelles de 2015, 2020 et 2025.

6.5.1 Hospitalisations de courte durée

En appliquant la régression exponentielle aux courbes des deux tranches d'âge, on prévoit qu'en 2025-2026, le taux d'hospitalisation de courte durée atteindra 1 238,7 pour 10 000 personnes chez les 65 à 74 ans et 2 599,3 pour 10 000 personnes chez les 75 ans et plus.

GRAPHIQUE 41. TAUX D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE (POUR 10 000 PERSONNES) ET PROJECTIONS SELON LE GROUPE D'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2001-2002 À 2025-2026



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Le tableau suivant présente le nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée en 2001-2002 et en 2013-2014 ainsi que le nombre prévu en 2015-2016, 2020-2021 et 2025-2026. Malgré la diminution des taux d'hospitalisation chez les 65 à 74 ans, le nombre d'épisodes d'hospitalisation augmentera, mais de façon moins importante que chez les 75 ans et plus. Cela s'explique non seulement par l'accroissement démographique plus grand chez ces derniers, mais aussi parce qu'entre 2001-2002 et 2013-2014, les taux d'hospitalisation de courte durée ont davantage diminué chez les 65 à 74 ans (-20,9 %) que chez les 75 ans et plus (-12,9 %). Au total, on pourrait s'attendre à environ 19 000 épisodes d'hospitalisation chez les Lavallois de 65 ans et plus en 2025-2026.

TABLEAU 29. NOMBRE D'ÉPISODES D'HOSPITALISATION OBSERVÉS ET PROJÉTÉS ET VARIATIONS SELON LE GROUPE D'ÂGE, DE 2001-2002 À 2025-2026

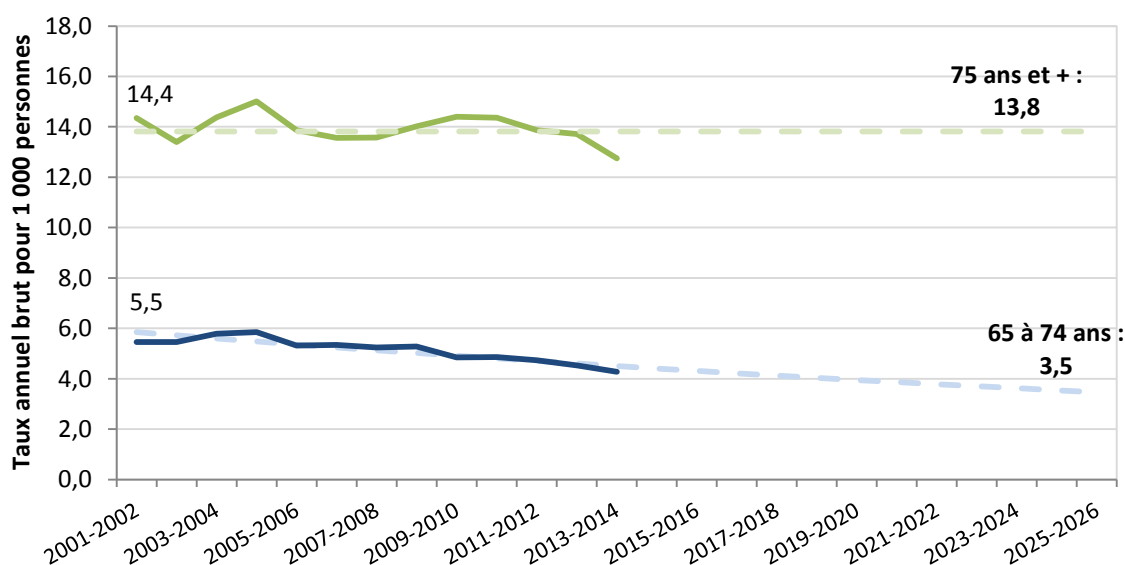
Groupe d'âge	Nombre de cas observés		Nombre de cas projetés			Variation entre 2013-2014 et 2025-2026
	2001-2002	2013-2014	2015-2016	2020-2021	2025-2026	
De 65 à 74 ans	5 064	5 050	5 701	5 877	6 129	+ 21,4 %
75 ans et +	5 964	9 383	9 773	10 986	12 477	+ 33,0 %
Total 65 ans et +	11 028	14 433	15 474	16 864	18 605	+ 28,9 %

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 et 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

6.5.2 Équivalents-lits en courte durée

En appliquant la régression exponentielle à la courbe des 65 à 74 ans, on prévoit que le taux d'équivalents-lits atteindra 3,9 pour 1 000 personnes en 2025-2026. Puisque la courbe des 75 ans et plus ne présente pas de tendance claire, nous appliquons aux années futures le taux moyen des 5 dernières années, soit un taux de 13,8 pour 1 000 personnes.

GRAPHIQUE 42. TAUX D'ÉQUIVALENTS-LITS EN COURTE DURÉE (POUR 1 000 PERSONNES) ET PROJECTIONS SELON LE GROUPE D'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2001-2002 À 2025-2026



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Le tableau suivant présente le nombre d'équivalents-lits en 2001-2002 et en 2013-2014 ainsi que le nombre prévu en 2015-2016, 2020-2021 et 2025-2026. Malgré la diminution des taux d'équivalents-lits chez les 65 à 74 ans, le nombre d'équivalents-lits augmentera de 15,3 %, soit une hausse moins importante que chez les 75 ans et plus, où le nombre s'accroîtra de plus de 65 %, passant de 400,8 à 663,4. Au total, on pourrait s'attendre à un besoin de plus de 800 lits en 2025-2026 pour la clientèle lavalloise d'aînés.

TABLEAU 30. NOMBRE D'ÉQUIVALENTS-LITS OBSERVÉS ET PROJETÉS ET VARIATIONS SELON LE GROUPE D'ÂGE, DE 2001-2002 À 2025-2026

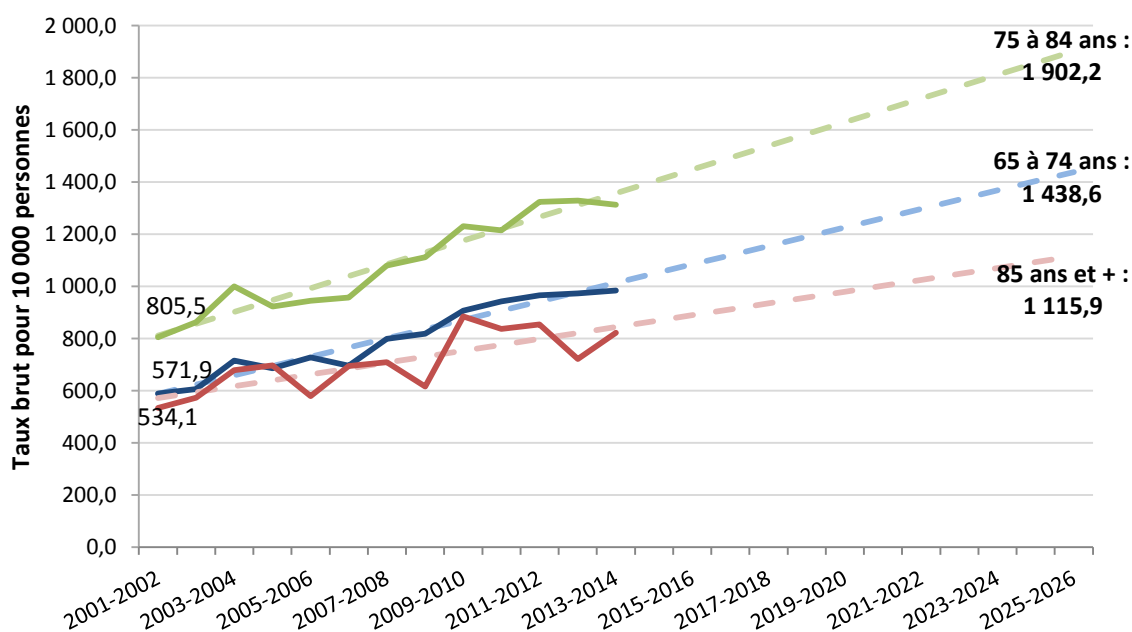
Groupe d'âge	Nombre de cas observés		Nombre de cas projetés			Variation entre 2013-2014 et 2025-2026
	2001-2002	2013-2014	2015-2016	2020-2021	2025-2026	
De 65 à 74 ans	153,7	148,8	159,7	164,6	171,6	+ 15,3 %
75 ans et +	249,9	400,8	465,7	553,0	663,4	+ 65,5 %
Total 65 ans et +	403,6	549,6	625,4	717,6	834,9	+ 51,9 %

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 et 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

6.5.3 Chirurgies d'un jour

Les taux de chirurgies d'un jour sont les seuls où une hausse est observée. Si on applique la régression linéaire aux différentes tranches d'âge, on prévoit que les taux pour 10 000 personnes continueront d'augmenter considérablement pour atteindre possiblement, en 2025-2026, 1 438,6 chez les 65 à 74 ans, 1 902,2 chez les 75 à 84 ans et 1 115,9 chez les 85 ans et plus.

GRAPHIQUE 43. TAUX (POUR 10 000 PERSONNES) DE CHIRURGIES D'UN JOUR ET PROJECTIONS SELON LE GROUPE D'ÂGE, POPULATION LAVALLOISE DE 65 ANS ET PLUS, DE 2001-2002 À 2025-2026



Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 à 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Si la tendance se poursuit, le nombre de chirurgies d'un jour aura plus que doublé entre 2013-2014 et 2025-2026, passant de 7 144 à 15 070 pour l'ensemble des 65 ans et plus. Bien que ce soient les 85 ans et plus qui génèrent le moins de chirurgies d'un jour, l'augmentation la plus importante sera observable dans cette tranche d'âge.

TABLEAU 31. NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR OBSERVÉES ET PROJETÉES ET VARIATIONS SELON LE GROUPE D'ÂGE, DE 2001-2002 À 2025-2026

Groupe d'âge	Nombre de cas observés		Nombre de cas projetés			Variation entre 2013-2014 et 2025-2026
	2001-2002	2013-2014	2015-2016	2020-2021	2025-2026	
De 65 à 74 ans	1 660	3 426	4 016	5 369	7 118	+ 107,8 %
De 75 à 84 ans	1 123	3 029	3 477	4 575	6 280	+ 107,3 %
85 ans et +	185	689	861	1 273	1 672	+ 142,7 %
Total 65 ans et +	2 968	7 144	8 354	11 218	15 070	+ 110,9 %

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, fichiers MED-ÉCHO, 2001-2002 et 2013-2014 et *Estimations et projections de population comparables (1996-2036)*, mars 2015.

Coup d'œil sur les projections du profil de 2009 et comparaisons

Soins à domicile

Comme on l'avait estimé en 2009, le nombre de personnes de 65 à 74 ans ayant reçu des soins à domicile est resté plutôt stable entre 2007-2008 et 2013-2014, n'ayant que très légèrement augmenté.

Chez les 75 ans et plus, on estimait qu'un peu plus de 9 500 personnes bénéficieraient de soins à domicile en 2014-2015. Il s'agit d'une légère sous-estimation, puisqu'en raison de l'accroissement plus rapide que prévu du nombre de personnes âgées, ce sont plutôt 10 003 individus de 75 ans et plus qui ont reçu des soins à domicile cette année-là.

Toujours chez les 75 ans et plus, on prévoyait qu'environ 420 000 interventions seraient effectuées en 2014-2015. Le nombre d'interventions en soins à domicile a effectivement augmenté rapidement, mais de façon beaucoup plus importante que prévu, atteignant plus de 450 000 en 2014-2015.

Nombre de personnes différentes hospitalisées³⁹

Le profil de 2009 annonçait que le nombre de personnes de 65 à 74 ans hospitalisées allait rester stable ou baisser un peu. En raison de l'accroissement démographique, ce nombre a plutôt légèrement augmenté, passant de 3 227 en 2007-2008 à 3 406 en 2013—2014.

Une nette hausse chez les 75 ans et plus était aussi prévue. On annonçait un peu moins de 6 000 personnes de 75 ans et plus hospitalisées en 2015. Cette projection a été atteinte un peu plus tôt que prévu, puisque 6 206 personnes différentes de 75 ans et plus ont été hospitalisées en 2013-2014.

Nombre d'équivalents-lits

On annonçait une tendance à la stabilité chez les 65 à 74 ans. Cette tendance s'est confirmée, le nombre d'équivalents-lits (148,8) en 2013-2014 étant assez semblable à celui observé en 2007-2008 (156,1).

Chez les 75 ans et plus, on prévoyait qu'environ 360 lits seraient occupés à temps plein en 2015. Cette estimation a été atteinte plus rapidement que prévu, puisqu'on enregistrait 400 équivalents-lits en 2013-2014.

Taux d'équivalents-lits

La tendance à la baisse qui était observable entre 1997 et 2007-2008 ne l'est plus. En effet, les taux des dernières années ont été trop variables pour qu'on puisse conclure à une telle tendance.

³⁹ Les projections que nous avons effectuées dans ce profil concernent les taux d'hospitalisation et non les personnes différentes hospitalisées. C'est le nombre d'épisodes d'hospitalisation que nous estimons, et non le nombre de personnes hospitalisées. Nous ne pouvons donc pas comparer les projections du profil de 2009 à celles effectuées à la section 6.5.1.

6.6 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN BREF

Mis à part les chirurgies d'un jour, où une hausse importante des taux est observée, la tendance globale semble à la baisse ou à la stabilité pour la plupart des services. La situation paraît s'être davantage améliorée chez les 65 à 74 ans que chez les aînés plus âgés. Toutefois, l'augmentation du nombre d'aînés entraîne tout de même une hausse importante des besoins en matière de soins de santé, particulièrement chez les 75 ans et plus.

Les principaux points à retenir sont les suivants :

Soins à domicile :

- Les soins à domicile concernent davantage les personnes de 75 ans et plus (78,9 % des usagers);
- Le nombre d'aînés lavallois recevant des soins à domicile est en augmentation constante, particulièrement chez les 75 ans et plus;
- Le nombre d'interventions en soins à domicile a augmenté à une vitesse plus grande que le nombre d'aînés en bénéficiant. Ainsi, le nombre moyen d'interventions par personne a considérablement augmenté, passant de 24,6 à 43,4 en 13 ans.

Hospitalisations de courte durée :

- Les taux d'hospitalisation de courte durée des aînés lavallois sont en diminution, tant chez les 65 à 74 ans que chez les 75 ans et plus. Le nombre d'épisodes d'hospitalisation a toutefois augmenté depuis 12 ans, passant de 11 028 à 14 433;
- La proportion de personnes âgées hospitalisées en courte durée en 2013-2014 augmentait considérablement avec l'âge, allant de 9,8 % chez les 65 à 74 ans à 27,4 % chez les 85 ans et plus;
- Les projections suggèrent que le nombre d'épisodes d'hospitalisation de courte durée augmentera de 21,4 % chez les 65 à 74 ans et de 33 % chez les 75 ans et plus, pour atteindre près de 19 000 épisodes d'hospitalisation en 2025-2026.

Équivalents-lits :

- Les taux d'équivalents-lits (pour 1 000 personnes) sont beaucoup plus élevés chez les 75 ans et plus (12,7) que chez les 65 à 74 ans (4,3);
- Les taux sont en diminution dans ces deux tranches d'âge. Toutefois, le nombre d'équivalents-lits augmente chez les 75 ans et plus, tandis qu'il reste stable chez les 65 à 74 ans;
- Les projections suggèrent que d'ici 2025-2026, le nombre d'équivalents-lits augmentera de 15,3 % chez les 65 à 74 ans et de 65,5 % chez les 75 ans et plus, pour un total de 835 équivalents-lits.

Chirurgies d'un jour :

- Les taux de chirurgies d'un jour sont en augmentation dans toutes les tranches d'âge de la population d'âînés;
- Les taux les plus faibles sont observés chez les 85 ans et plus, suivis des 65 à 74 ans. Viennent enfin les 75 à 84 ans, dont le taux atteint 1 313 pour 10 000 personnes;
- Les projections suggèrent que le nombre de chirurgies d'un jour aura plus que doublé d'ici 2025-2026, atteignant environ 15 000. L'augmentation sera plus grande chez les 85 ans et plus.

Conclusion

Au fil des différents chapitres de ce profil, de nombreux enjeux liés au vieillissement actuel et futur de la population lavalloise ont été soulignés. Nous revenons ici sur trois d'entre eux, soit :

- 1) Considérer les changements futurs de la structure d'âge et de sexe des aînés;
- 2) Répondre aux besoins des aînés vivant avec des incapacités;
- 3) Miser sur une approche globale de promotion de la santé et de prévention chez les aînés.

Considérer les changements futurs de la structure d'âge et de sexe des aînés

Même s'il est prévu que Laval figurera, en 2036, parmi les régions ayant la plus faible proportion d'aînés (23,7 %), entre autres en raison d'une augmentation démographique dans les autres groupes d'âge, **le vieillissement y sera tout de même très rapide**. En effet, le nombre d'aînés, qui a déjà augmenté de 357,6 % depuis 1981, bondira d'un autre 78,2 % d'ici 2036.

De plus, d'ici 2036, la structure d'âge des aînés se modifiera. En effet, d'ici 2036, il est prévu que **la croissance démographique des 75 ans et plus soit deux fois plus rapide que celle des aînés de 65 ans à 74 ans**. Les 75 ans et plus, qui représentent en 2016 moins de la moitié des aînés (47,9 %), représenteront 56,7 % de ceux-ci en 2036. Or, comme nous l'avons vu dans le présent profil, il existe une différence importante entre les aînés de 65 à 74 ans et ceux de 75 ans et plus sur le plan de l'état de santé ainsi que de l'utilisation des services (voir la figure 1). Les besoins en matière de services de santé pourraient alors augmenter plus rapidement que le nombre total d'aînés lavallois en raison du déplacement de la structure d'âge de ceux-ci.

Enfin, d'ici 2036, **le déséquilibre démographique entre les hommes et les femmes aînés diminuera de plus en plus**. On prévoit même que cette année-là, il y aura presque autant d'hommes que de femmes chez les 65 à 74 ans. Il est donc possible que certains facteurs de vulnérabilité actuellement plus présents chez la femme aînée, tels que le fait de vivre seul et d'être isolé, soit de plus en plus observé chez l'homme âgé également. Les programmes et services devront s'adapter afin de toucher plus facilement cette clientèle.

Répondre aux besoins des aînés vivant avec des incapacités

Voici quelques faits concernant les incapacités chez les aînés vivant à domicile⁴⁰ :

- 1) En 2016, le nombre d'aînés lavallois souffrant d'une incapacité est estimé à près de 42 000 personnes. Si les taux restent les mêmes, ce nombre pourrait atteindre environ 76 000 en 2036;
- 2) Parmi eux, environ 21 000 aînés disent avoir besoin d'aide pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne. Ce nombre pourrait presque doubler d'ici 2036, pour atteindre 41 400 aînés;
- 3) Environ la moitié des aînés qui manifestent un besoin d'aide dans la vie quotidienne ne reçoivent pas tout le soutien nécessaire.

⁴⁰ Les personnes vivant à domicile incluent celles qui résident dans un logement privé ou un logement collectif non institutionnel, tel qu'une résidence pour personnes âgées ou une maison de chambres.

Comme on peut le constater, il semble déjà difficile de répondre aux besoins qu'expriment les aînés qui vivent à domicile. Avec l'augmentation prévue du nombre d'aînés lavallois, surtout dans les tranches d'âge plus avancées, ces besoins croîtront à un rythme rapide. D'ailleurs, comme nous l'avons vu au chapitre 6, le nombre de personnes recevant de l'aide à domicile et le nombre d'interventions effectuées ne cessent d'augmenter.

Si rien n'est fait pour répondre aux besoins des aînés vivant à domicile, on pourrait assister à une hausse très importante du besoin d'hébergement. Miser sur le maintien à domicile, le plus longtemps possible, est donc une avenue intéressante autant pour maintenir la qualité de vie des aînés que pour diminuer la pression sur les services.

Différentes mesures peuvent aider à mieux répondre aux besoins des aînés et ainsi favoriser leur maintien à domicile. Voici quelques exemples :

- Adapter l'offre de services à domicile;
- Soutenir les proches aidants afin de favoriser l'aide informelle aux aînés;
- Adapter le milieu de vie des aînés afin de diminuer leur besoin d'aide;
- Favoriser l'intégration des aînés aux ressources communautaires qui participent au maintien à domicile, que ce soit avant ou après l'apparition d'incapacités.

Miser sur une approche globale⁴¹ de promotion de la santé et de prévention chez les aînés

Afin d'améliorer la qualité de vie des aînés, par exemple en leur permettant de rester dans leur milieu de vie et en santé le plus longtemps possible, il est important de travailler à réduire les incapacités, entre autres en visant les facteurs de risque de maladies chroniques. En effet, une diminution de la prévalence des maladies chroniques aura un effet sur les incapacités et le besoin d'aide. Comme nous l'avons vu au chapitre 3, une grande majorité d'aînés lavallois souffrant d'hypertension, d'arthrite, de diabète, de maladies cardiaques ou de MPOC vivent avec des incapacités. De plus, d'autres problèmes, comme l'apparition d'une démence telle que l'Alzheimer ou des conséquences physiques liées à une chute, peuvent entraîner des incapacités importantes.

Il faut donc travailler en amont afin de réduire les risques, pour les personnes âgées, de souffrir de ces maladies ou de ces problèmes qui minent l'autonomie et le bien-être physique et mental. En outre, comme les personnes qui souffrent de maladies chroniques sont les plus grandes utilisatrices de soins de santé, la réduction de la prévalence de ces maladies permettra de diminuer les besoins grandissants en services de santé, qui ont été présentés au chapitre 6.

Bien que le vieillissement entraîne inévitablement certaines incapacités, le maintien de bonnes habitudes de vie et d'un environnement social sain peut empêcher ou retarder l'apparition de maladies, repousser le moment où les incapacités surviennent ainsi que diminuer les conséquences de celles-ci. Cela aura pour effet d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, tout en réduisant les besoins futurs en soins de santé. Il est donc important, tout au long de la vie, d'avoir une alimentation saine, de ne pas fumer, de maintenir un poids optimal ainsi que

⁴¹ Une approche globale vise l'ensemble des personnes âgées et aborde la santé d'un point de vue large, en misant sur les déterminants d'un vieillissement en santé tel que présenté par le modèle de l'OMS *Vieillir en restant actif* (figure 2).

d'adopter un mode de vie physiquement et socialement actif. De plus, comme cela a été mentionné au chapitre 5, **l'adoption de bonnes habitudes de vie, même à un âge plus avancé, aura un effet important sur la qualité de vie d'une personne.**

Il ne faut pas non plus négliger le rôle de l'environnement physique des aînés sur leur santé. En effet, « [l]e paysage urbain, les bâtiments, le système de transport et l'habitat favorisent les déplacements en toute confiance, les comportements sains, la participation sociale et l'autodétermination ou, au contraire, contribuent à l'isolement dû à la peur, à l'inactivité et à l'exclusion sociale » (WHO, 2007). **Le milieu de vie des aînés doit favoriser leur implication sociale**, que ce soit sur le plan de l'emploi, du bénévolat ou d'activités diverses, pour ainsi prévenir l'isolement et permettre le vieillissement en santé physique et mentale des personnes.

Les efforts de prévention devraient répondre aux besoins de l'ensemble de la population d'aînés. Toutefois, il serait judicieux de savoir identifier les groupes les plus vulnérables afin de s'assurer que les interventions les ciblent et les touchent. Voici quelques caractéristiques à surveiller :

- Être plus âgé (à partir de 75 ans);
- Vivre seul;
- Avoir un faible revenu;
- Être peu scolarisé;
- Être une femme;
- Être immigrant.

Ces groupes d'aînés risquent davantage d'avoir de mauvaises habitudes de vie ou d'être isolés. Ainsi, ils peuvent être plus exposés aux maladies chroniques, aux incapacités ou aux problèmes de santé mentale, et donc être de plus grands utilisateurs de services de santé.

En conclusion, comme le mentionnait l'OMS (2002), le vieillissement de la population est l'un des plus grands défis à relever. Toutefois, l'augmentation du nombre et de la proportion d'aînés lavallois peut être vécue de façon positive si nous investissons suffisamment pour favoriser le vieillissement en santé de ceux-ci. Pour ce faire, les actions doivent viser les grands déterminants d'un vieillissement en santé : les déterminants comportementaux, sociaux et économiques, l'environnement physique ainsi que les services sanitaires et sociaux. La politique Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec du ministère de la Famille et des Aînés du Québec (2012) est éloquente à ce sujet :

« [L]es aînés représentent des acteurs majeurs de l'avenir pour le Québec. Le fait d'adapter les pratiques, les structures et les programmes constitue un jalon incontournable pour une participation pleine et entière des aînés à la vie des communautés du Québec, en fonction de leur volonté, de leurs intérêts et de leurs capacités. »

Bibliographie

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Portrait régional en matière de maltraitance envers les personnes âgées de Laval*, 2014, 61 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *La prévention des chutes chez les aînés*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014, 62 p.
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Rapport sur les chutes des aînés au Canada », [En ligne], 2005. [www.publications.gc.ca/collections/Collection/HP25-1-2005F.pdf].
- ALLEY, D.E., E. J. METTER, M. E. GRISWOLD, *et autres*. « Changes in weight at the end of life: characterizing weight loss by time to death in a cohort study of older men », *American journal of epidemiology*, vol. August 2, 2010, p. 1-8.
- ANDERSON, M., K. PARENT et L. HUESTIS. *Favoriser la santé mentale des personnes âgées : guide à l'intention du personnel des soins et services à domicile*, Ottawa, Association canadienne pour la santé mentale, 2002, 54 p.
- BATTAGLINI, S. et A. GRAVEL. *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000, 243 p.
- BEAULIEU, M. et J. BERGERON-PATENAUDE. « La maltraitance envers les aînés : changer le regard », Québec, Presses de l'Université Laval, 2012, 132 p.
- BERNÈCHE, F. et P. BERTRAND. « Développer nos compétences en littératie : un défi porteur d'avenir », *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes 2003*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 256 p.
- BLANCHET, C., D. HAMEL, *et autres*. *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 154 p.
- CAMIRAND, J. et V. DUMITRU. « Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise », *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, n° 29. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2011, 16 p.
- CAMPBELL, V. A., J.E. CREWS, D. G. MORIARTY, *et autres*. « Surveillance for sensory impairment, activity limitation, and health-related quality of life among older adults—United States, 1993–1997 », *MMWR CDC Surveill Summ*, vol. 48, n° 8, 1999, p. 131-156.
- CARDINAL, L., M.-C. LANGLOIS, *et autres*. *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2008, 58 p.
- CARRIÈRE, Y. et D. GALARNEAU. *Le vieillissement démographique : de nombreux enjeux à déchiffrer, Le report de la retraite au Canada et au Québec : une autre perspective*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2012, 17 p.

- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. « Pour un avenir en santé », *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 1999, 256 p.
- CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. « Littératie en santé au Canada : résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes », [En ligne], 2007. [www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/LitteratieensanteauCanada.pdf].
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE. *Santé mentale et vieillissement*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002, 120 p.
- CONSEIL DES AÎNÉS DU QUÉBEC. *Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation*, Québec, 2010a, 91 p.
- CONSEIL DES AÎNÉS DU QUÉBEC. « Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation ». [En ligne], mars 2010. [www.conseil-des-aines.qc.ca].
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : La hiérarchisation des services médicaux*, AVIS 95-03, juin 1995.
- CORBEIL, P., J.-M. BRODEUR et S. ARPIN. *Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2006, 39 p. (Coll. Rapport général).
- FADOQ Région Rive-Sud–Suroît. *Bilan d'activités FADOQ RRSS 2013-2014*, 2014, p. 35.
- FERLAND, G. *Alimentation et vieillissement*, 3^e éd., Paramètres, 2012, 348 p.
- FOURNIER, C., M. GODBOUT et L. CAZALE. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013, 71 p.
- FOURNIER, C., C. LECOURS et M. GAGNÉ. « Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec. Ce que révèle l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Vieillesse en santé 2008-2009*, n° 39, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2012, 8 p.
- GILMOUR, Heather. *Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada*, Ministre de l'Industrie, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, 2012, 13 p.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR LE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ ET LE MIEUX-ÊTRE. « Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital. Des faits aux gestes », Agence de la santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés, [En ligne], 2006. [www.gov.mb.ca/shas/fpt/docs/healthy_aging_in_canada_long.fr.pdf].
- GUÉNETTE, J. et J. FRAPPIER. « La médecine privée au Québec », Institut économique de Montréal, [En ligne], 2013. [www.iedm.org/files/note1213_fr.pdf].
- HAJJAR, E.R., A. C. CAFIERO et J. T. HANLON. « Polypharmacy in elderly patients », *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, vol. 5, n° 4, 2007, p. 345-351.
- HARVEY, P. T. « Common eye diseases of elderly people : identifying and treating causes of vision loss », *Gerontology*, vol. 49, n° 1, 2003, p. 1-11.

- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « Données sociales du Québec », [En ligne], 2009. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/donnees-sociales09.pdf].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. « La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile », *Guide d'implantation*, 2^e éd., Gouvernement du Québec, 2009, 100 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. « Fiche de l'indicateur : proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé », Infocentre de santé publique du Québec, [En ligne], 2014. [www.infocentre.inspq.riess.qc.ca].
- INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL. « Bien s'alimenter pour vieillir en santé », [En ligne], 2009. [www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/publications/a-5178_nutrition_fr.pdf].
- LACHS, M. S. et K. PILLEMER. « Elder abuse », *The Lancet*, vol. 364, n° 9441, 2004, p. 1263-1272.
- L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE, « Vieillir – Ajouter de la vie aux années », *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2010*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010, 158 p.
- MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS DU QUÉBEC. *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 83 p.
- MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS DU QUÉBEC. M.d.I.S.e.d.S.s.d. « Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté au Québec », *La Politique*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 200 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Cadre normatif du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC*, Québec, 2009, 447 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. « Politique en soins palliatifs de fin de vie », Gouvernement du Québec, [En ligne], 2010. [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/mourir-dans-la-dignite/documents/politique-en-soins-palliatifs-de-fin-de-vie.pdf].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. « Estimations et projections de population comparables 1996-2036 », [En ligne], 2015. [www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=ZoCuuedJKNw=].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, D.g.d.I.s.p. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 61 p. (Coll., Cadre de référence).
- MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. « Présence des immigrants admis au Québec de 2002 à 2011 », [En ligne], 2013. [www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2013_admisQc_02_11.pdf].
- MONETTE, J. et M. MONETTE. « Médicaments et personnes âgées : obstacles à une utilisation optimale », *Le médecin du Québec*, vol. 43, n° 12, 2008, p....
- National Center on Elder Abuse. « Elder abuse: Prevalence and Incidence », [En ligne], 2005. [www.ncea.aoa.gov].

- NOLIN, B., G. GODIN et D. PRUD'HOMME. « Activité physique ». Dans DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE, et autres. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 171-183.
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC. « Consultation publique sur les conditions de vie des aînés », [En ligne], 2007.
[www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/cfe_memoire_consultation_aines_2007.pdf].
- ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC. « Nutrition : personnes âgées », [En ligne],.
[www.opdq.org/extranet/manuel/opdqManuel/Library/Contenu/personnes_ages/index.htm].
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. « Statistiques sur l'âge effectif moyen et officiel de la retraite dans les pays de l'OCDE », [En ligne], 2015.
[www.oecd.org/fr/els/emp/vieillesseetpolitiquesdelemploi-statistiqueessurlageeffectifmoyendelaretraite.htm].
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Vieillir en restant actif », *Cadre d'orientation*, Genève, 2002, 59 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, 2^e éd. , sous la direction de Richard Wilkinson et de Michael Marmot, 2004, 40 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les maladies chroniques et leurs facteurs de risque communs*, Genève, 2006, p. 1-15.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « La santé mentale : renforcer notre action », [En ligne], 2014.
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr].
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « L'activité physique des personnes âgées », [En ligne], 2015A.
[www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr].
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « La démence », [En ligne], 2015B.
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr].
- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. « Le grand dictionnaire terminologique », [En ligne], 2001.
[www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8871271].
- PRINCE, M., BRYCE, R., ALBANESE, E., et autres. « The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis », *Alzheimer's & Dementia*, vol. 9, n° 1, 2013, p. 63-75. e62.
- REGENSTREIF, A. « Aînés souffrant de troubles de santé mentale au Québec. Répondre aux différentes catégories de besoins », *Quintessence*, vol. 5, n° 4, mars 2013, p. 2.
- RICHARD DEVANTOY, S. et F. JOLLAN. « Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge? », *Santé mentale au Québec*, vol. 37, n° 2, 2012, p. 151-173.
- SOCIÉTÉ ALZHEIMER CANADA. « Les chiffres sur la maladie au Canada », [En ligne], 2015.
[www.alzheimer.ca].
- SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA. *Raz-de-marée : impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, 2010, 63 p.

- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE. « La douleur chronique », [En ligne], 2009. [www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/douleurchronique].
- STATISTIQUE CANADA. « Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles », [En ligne], 2008. [www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008002/article/10689-fra.htm].
- STATISTIQUE CANADA. « Risque nutritionnel chez les Canadiens âgés »m *Rapports sur la santé*, vol. mars 2013, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, 2013, p. 1-14.
- STATISTIQUE CANADA. « Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque », *Coup d'œil sur la santé*, vol. n° 82-624-X au catalogue, 2014, p. 1-11.
- STATISTIQUE CANADA. « Estimations de la population du Canada : âge et sexe, 1^{er} juillet 2015 », *Le Quotidien*, 29 septembre 2015, p. 1-7.
- SUOMINEN, K., E. ISOMETSÄ et J. LÖNNQVIST. « Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt », *International journal of geriatric psychiatry*, vol. 19, n° 1, 2004, p. 35-40.
- VÉZINA, S., J. LÉGARÉ, M.-A. BUSQUE, et autres. « L'environnement familial des Canadiens âgés de 75 ans et plus à l'horizon 2030 ». *Enfances, Familles, Générations*, n° 10, [En ligne], 2009. [www.erudit.org/revue/efg/2009/v/n10/037518ar.html?vue=resume].
- VILLE DE LAVAL. *Portrait des services et des besoins des aînés sur le territoire lavallois*, Laval, 2012, 102 p.
- VILLE DE LAVAL. « Municipalité amie des aînés », *Plan d'action Laval 2014-2017*, Laval, 2014, 34 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Report on Falls Prevention in Older Age*, Genève, 2007, 47 p. Coll. « Ageing and Life Course, Family and Community Health ».
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Dementia: a public health priority*, Genève, 2012, 112 p.

La surveillance continue de l'état de santé de la population constitue un levier important pour dresser un portrait de l'état de santé, déterminer les besoins de la population, anticiper les tendances démographiques et sanitaires ainsi que les problèmes en émergence.

Cette surveillance constitue le fondement des actions de la Direction de santé publique du CISSS de Laval. Elle contribue à offrir à la population des services appropriés afin d'aider les Lavallois à améliorer leur état de santé ou à demeurer en santé.

La présente collection vise à cerner les principales facettes de l'état de santé de la population lavalloise, lesquelles seront réexaminées périodiquement afin d'en suivre l'évolution.