



Le vieillissement à Laval

# LE TEMPS D'AGIR

Pour un vieillissement actif,  
le plus longtemps possible

**RAPPORT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LAVAL**

Mars 2010

Québec 



Le temps



qui court, passe, fuit.

Le temps de réfléchir.

Puis le temps ***D'AGIR.***

Un grand nombre de déterminants d'un vieillissement sain sont interreliés. En agissant en amont sur les conditions de vie, on cible plusieurs causes de la perte d'autonomie. Maintenir ou adopter de saines habitudes de vie, demeurer mobile, entretenir ou développer un réseau social, se sentir utile et respecté dans sa communauté, prendre soin de soi et intervenir tôt en cas de problème sont les ingrédients essentiels.



Une publication de la  
**Direction de santé publique  
de l'Agence de la santé et  
des services sociaux de Laval**

800, boul. Chomedey, tour A  
Laval (Québec) H7V 3Y4

Téléphone : 450 978-2121  
Télécopieur : 450 978-2100  
Internet : [www.santepubliquelaval.qc.ca](http://www.santepubliquelaval.qc.ca)

#### **Direction**

D<sup>re</sup> Nicole Damestoy, directrice de santé publique  
Alain Carrier, directeur adjoint au programme

#### **Chargée de projet**

Joy Schinazi

#### **Comité de rédaction**

Joy Schinazi, analyse, conception et recherche scientifique  
Philippe Bélanger, analyse et interprétation des données  
Martine Caza-Lenghan, structure et rédaction

#### **Collaboration**

Stéphanie Daigneault  
Sylvie Dion  
Richard Grignon  
Silvio Manfredi  
France Martin  
Catherine Robichaud  
Maxime Roy  
Alexandre St-Denis  
Mark-Andrew Stefan  
Jean-Guy Vallée

#### **Édition et concept**

Martine Caza-Lenghan

#### **Secrétariat**

Suzanne Francœur

#### **Révision linguistique**

Italiques – Virginie Rompré

#### **Graphisme**

Evelyn Butt

## ABONNEZ-VOUS!

**Découvrez l'infolettre santé  
des Lavallois.**

**C'est gratuit.**

**Pour s'inscrire, rendez-vous sur  
[www.santepubliquelaval.qc.ca](http://www.santepubliquelaval.qc.ca)**

*Prenez des nouvelles de vous!*

Pour plus de détails sur l'état du vieillissement dans la région de Laval, consulter le Profil thématique sur le sujet, disponible sur le site Internet [www.santepubliquelaval.qc.ca](http://www.santepubliquelaval.qc.ca), section « Avis et publications ».

On peut acheter ce document au centre de documentation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval au coût de 10 \$, en composant le 450 978-2000. Il peut également être consulté sur le site Web [www.santepubliquelaval.qc.ca](http://www.santepubliquelaval.qc.ca), dans les sections « La direction » et « Avis et publications ».

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition d'en mentionner la source.

La forme masculine employée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2010

Dépôt légal – 2010

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN- 978-2-923699-49-3 (version imprimée)

ISBN- 978-2-923699-48-6 (version PDF)

# TOP CHRONO

VIVRE DANS SON  
TEMPS



À quel âge devient-on vieux?

- ÉDITO **65 ans, un âge comme un autre** 6
- LE VIEILLISSEMENT DES LAVALLOIS **Des faits et des chiffres** 8
- FAITS SAILLANTS **Maladies chroniques et incapacités** 11
- LA FRAGILITÉ **Un concept en évolution** 13

MAÎTRISER LE  
TEMPS



Les conditions de vie des aînés lavallois

- REVENU **Des progrès importants, mais encore tant à faire!** 18
- SCOLARITÉ ET LITTÉRATIE **Des Lavallois de plus en plus instruits** 20
- AGISME **Lutter contre les stéréotypes** 22

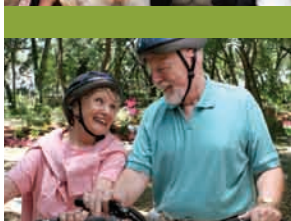
EMPLOYER LE  
TEMPS



Bien s'entourer pour rester actif

- VIVRE SEUL **Un risque d'isolement** 26
- AMÉNAGEMENT URBAIN  
**Pour un maintien de la santé et de l'autonomie** 28

DÉFIER LE  
TEMPS



Les habitudes de vie des aînés Lavallois

- BIEN S'ALIMENTER **Pas si simple...** 32
- TABAGISME **Cesser de fumer après la soixantaine: c'est payant!** 35
- ACTIVITÉ PHYSIQUE **Combattre la sédentarité à tout âge** 36

EN TEMPS  
OPPORTUN



Le bon service au bon moment

- AUTONOMIE **Les troubles qui mènent à sa perte** 42
- SANTÉ MENTALE **Diagnostiquer les bons symptômes** 43
- POLYMÉDICATION **Haut risque d'hospitalisation évitable** 44
- CHUTES **Des conséquences sous-estimées** 45

LE TEMPS DES  
ENGAGEMENTS



Le temps des engagements

- ENTREPRENDRE **des actions concrètes** 53

Référence bibliographique

55



**VIVRE DANS SON TEMPS**

# À quel âge devient-on vieux?

L'âge ne doit plus être considéré comme le déterminant le plus important de la santé.





# ÉDITO

## L'ÈRE DU TEMPS

### **65 ans, un âge comme un autre**

L'âge de 65 ans est presque devenu mythique depuis quelques décennies. On parle d'âge de la retraite, d'âge d'or, de troisième âge, de statut d'aîné. Mais quand l'espérance de vie d'une personne est aujourd'hui d'environ 80 ans, ces perceptions, ces étiquettes ou ces préjugés ont-ils encore leur place? En 2010, on n'est pas nécessairement « vieux » à 65 ans!

Cet âge correspond, sur le plan historique, à celui où les soldats ne pouvaient plus porter les armes dans l'armée française. D'autres attribuent au chancelier allemand Bismarck la détermination d'être « vieux » à 65 ans. En 1889, pour maximiser l'incidence politique de sa loi sur l'assurance vieillesse et limiter son coût, ce dernier aurait choisi cet âge parce que peu de gens atteignaient 65 ans et que le nombre de survivants diminuait par la suite rapidement.

Mais autre temps, autres mœurs. Entre 1980 et 2006, à Laval, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus de sept ans chez les hommes, pour atteindre 79,7 ans, et de cinq ans chez les femmes, pour atteindre 84 ans. L'espérance de vie des gens âgés aujourd'hui de 65 ans est de 18 ans pour un homme et de 24 ans pour une femme. On comprend que si un homme a atteint 65 ans, il peut espérer vivre jusqu'à 83 ans. La longévité vient toutefois avec son lot de vulnérabilité, qui augmente subitement entre 75 et 80.

## Avoir l'heure juste

La croissance démographique à Laval, pour l'ensemble de la population, est plus forte qu'ailleurs au Québec. Cette croissance est grandement influencée par la population âgée de 65 ans et plus, qui a augmenté de 45 % au cours des dix dernières années. En 2007, Laval comptait 54 700 personnes de 65 ans ou plus, dont 24 780 personnes de 75 ans et plus.

En 2007, on estimait que les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 14,3 % de la population lavalloise, comparativement à 13 % au Canada et 12 % aux États-Unis. Cette proportion est beaucoup plus basse que dans d'autres pays comme le Japon (21 %), l'Italie (20 %) et l'Allemagne (19 %)<sup>1</sup>. Cette croissance se poursuivra au Québec pour atteindre 31 % en 2051.

Les changements de la structure démographique auront forcément des répercussions sur l'ensemble de la société. En ce sens, la perception sociale des personnes de ce groupe d'âge connaîtra une mutation profonde au cours des prochaines décennies.

Pour l'instant, on ne peut conclure que le vieillissement impliquera une augmentation proportionnelle de l'utilisation des services de santé, puisque ces personnes auront vécu dans des

conditions très favorables comparativement à leurs prédécesseurs<sup>2</sup>. De plus, les pratiques de soins continueront d'évoluer. Ces facteurs pourraient compenser une partie de l'augmentation de la demande de soins. Le défi sera de concevoir des services adaptés à la population âgée<sup>3</sup>.

## Agir au bon moment

Bien sûr, le vieillissement de la population inquiète. Dans le réseau de la santé, nous avons une perception biaisée et souvent négative de l'état de santé et du niveau de perte d'autonomie des personnes de 65 ans et plus : celles qui sont vues sont déjà malades. Ce rapport examine plutôt les aspects dont nous devons collectivement prendre conscience afin de mieux planifier nos interventions pour que les personnes âgées d'aujourd'hui puissent garder leur autonomie le plus longtemps possible.

Ce que nous souhaitons, c'est agir AVANT que la personne ait justement besoin de soins. Notre propos s'adresse aux acteurs et aux décideurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ceux du milieu communautaire et associatif, de même qu'aux milieux municipal et des affaires.

À l'instar de l'Institut national de santé publique du Québec, c'est par choix que nous avons limité la portée de ce rapport aux besoins des personnes autonomes et que seuls les facteurs associés au risque de perte d'autonomie sont examinés.

Anticiper les tendances plutôt que réagir au nombre grandissant de demandes de services, intervenir en amont pour conserver le plus longtemps possible le capital santé de la population lavalloise et faire différemment pour mieux répondre aux besoins, voilà le défi qui s'offre à nous!

*Nicole Damestoy, M.D.*



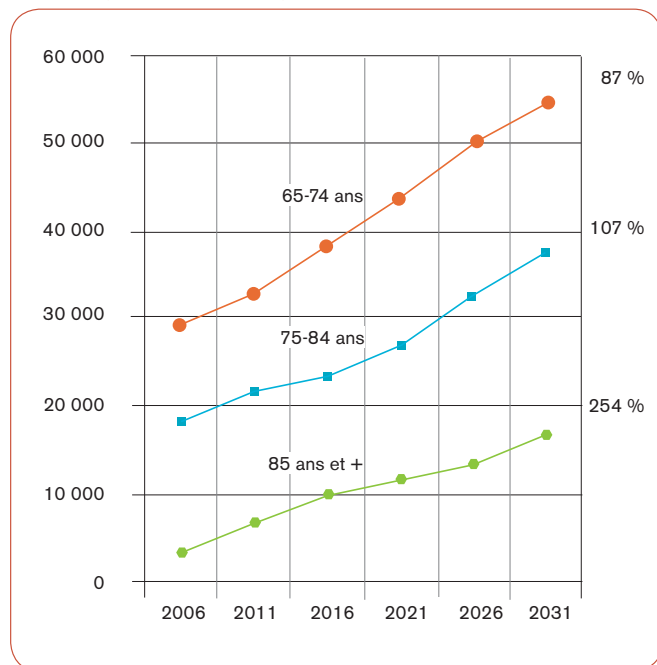
# LE VIEILLISSEMENT DES LAVALLOIS

## Des faits et des chiffres

À Laval, même si on constate une augmentation de 254 % du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, l'augmentation la plus importante devrait survenir chez les personnes âgées de 65 à 74 ans d'ici 2031 (figure 1), avec une augmentation de plus de 25 400 personnes (figure 2).

Figure 1 :

**Nombre estimé de personnes âgées, par groupe d'âge, Laval, 2006-2031**



Source : Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques*, Québec, L'Institut, 2003.



### La grande majorité des aînés sont autonomes

En novembre 2008, 97,6 % de la population lavalloise de 65 ans et plus vivait dans la communauté. Plus précisément, 89,8 % de ces personnes vivaient à leur domicile, 7,5 %, en résidence privée avec services, et 0,3 %, en ressources intermédiaires. Uniquement 2,4 % de la population lavalloise de plus de 65 ans vivait en CHSLD<sup>4</sup>.

## Tours d'habitation pour les personnes âgées : attirent-elles les résidents d'autres régions ?

On trouve plusieurs tours d'habitation pour personnes retraitées ou âgées à Laval. Il s'en construit d'ailleurs encore régulièrement. Ces tours auront-elles pour effet d'attirer des personnes âgées dans la région et ainsi éventuellement alourdir un réseau de la santé déjà débordé? L'analyse du solde migratoire interrégional donne à ce sujet un aperçu intéressant.

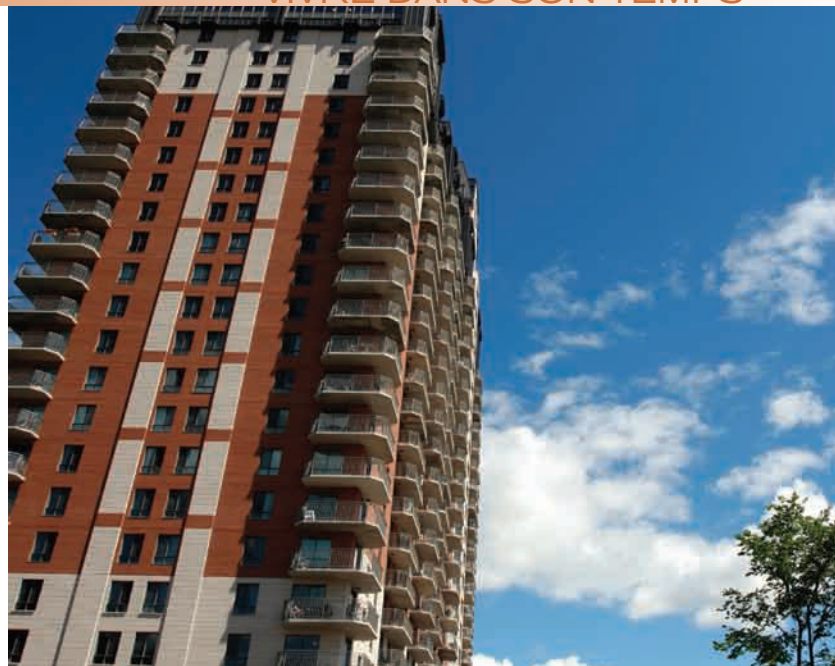
Le solde migratoire représente la différence entre le nombre de personnes venant d'autres régions québécoises qui se sont établies à Laval et le nombre de personnes ayant quitté Laval pour s'établir dans une autre région, pendant une période déterminée. Le solde migratoire annuel de Laval, pour 2007-2008, est positif de 2 604 personnes, dont 501 qui ont 70 ans ou plus. La figure 2 présente ce solde, en pourcentage. On remarque que la majorité des apports se limite à moins de 2 %, pour chaque groupe d'âge.

Chez les gens de 80 ans et plus, cet apport est de 240 personnes (1,9 % de la population des 80 ans et plus). Entre 2007 et 2008, on prévoyait une augmentation totale de 685 personnes dans ce groupe d'âge. La migration interrégionale contribue donc pour environ 35 % à l'augmentation du nombre de personnes de plus de 80 ans à Laval.

### Où sont les Lavallois ?

Les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont choisi de s'installer à Laval en 2007 venaient majoritairement de Montréal (55 %) et des Laurentides (21 %). Celles qui ont quitté Laval se sont installées à Montréal (37 %) et dans les Laurentides (31 %).

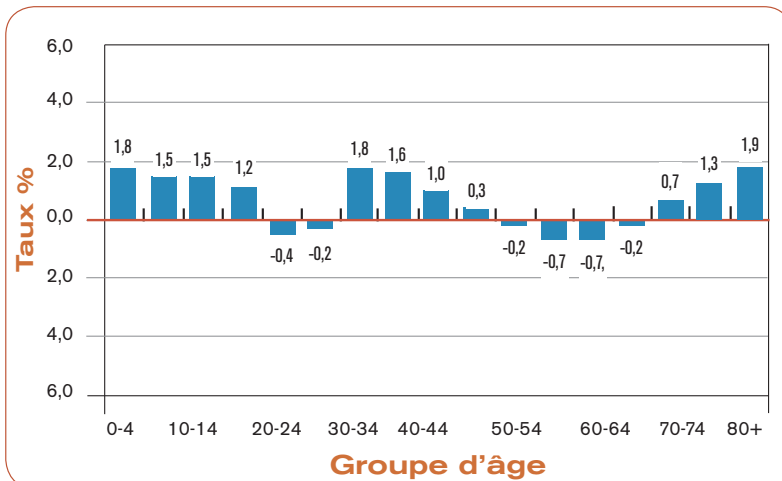
En clair, le nombre de personnes âgées venues récemment s'installer à Laval est un apport relativement mineur par rapport aux 55 000 personnes âgées de 65 ans et plus qui habitaient déjà Laval. Par ailleurs, on ne pos-



sède aucune information sur les types d'habitation que choisissent les personnes âgées qui décident de s'installer à Laval. Il ne faut donc pas conclure automatiquement qu'elles viennent toutes s'installer dans des tours d'habitation.

Figure 2 :

### Taux net de migration interrégionale selon le groupe d'âge, Laval, 2007-2008



Source : [http://stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/migrt\\_poplt\\_imigr/migr\\_ra\\_13.htm](http://stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/migrt_poplt_imigr/migr_ra_13.htm), consulté le 3 septembre 2009.

## Hétérogénéité : on ne vieillit pas tous de la même façon

La longévité augmente. Au lieu de considérer l'âge comme le déterminant le plus important de la santé, on devrait plutôt considérer les facteurs de risque liés à la perte d'autonomie des personnes âgées.

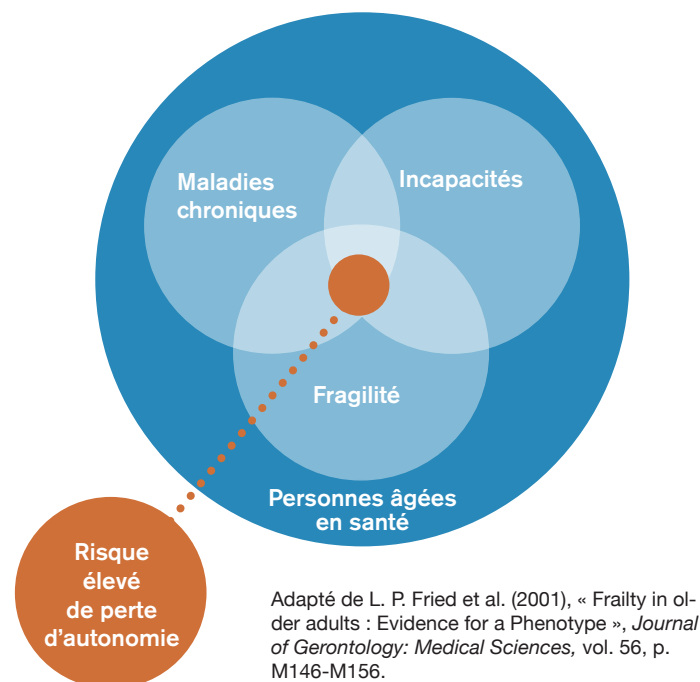
Contrairement à la population adulte générale, pour qui les maladies chroniques représentent le plus grand défi de santé, les personnes âgées doivent gérer leur santé en considérant leur risque de maladie chronique AINSI QUE leur risque d'incapacité ET de fragilité. L'interrelation de ces trois facteurs sont illustrés à la figure 3.

Prises individuellement, les séquelles découlant de ces trois facteurs sont gérables. Cependant, la situation se complique rapidement quand la personne âgée souffre à la fois d'une maladie chronique, d'incapacités et de fragilité.



Figure 3 :

### Les principaux facteurs de risque liés à la perte d'autonomie des personnes âgées



### L'effet « capital santé »

Les études démontrent que le processus de vieillissement débute très tôt dans les expériences de vie des individus<sup>5</sup>. Le « capital santé » d'une personne, et la vitesse à laquelle ce capital se détériore, semble associé à des facteurs génétiques ou physiologiques, mais aussi aux expériences de vie. Les personnes ayant vécu des difficultés pendant leur jeunesse risquent de voir leur état de santé se détériorer plus tôt ou plus rapidement.

Ces difficultés se trouvent dans le domaine physique (malnutrition, obésité, etc.), psychologique (abus, dépression, etc.) et social (pauvreté, etc.). De bonnes habitudes de vie, adoptées avant l'âge de 50 ans, semblent protéger la personne contre les issues défavorables du vieillissement<sup>6</sup>. Il est cependant toujours possible d'améliorer son « capital santé » même à un âge avancé.

# TEMPS BREF

## Faits saillants à Laval



### Les maladies chroniques

(Maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques, asthme, hypertension, cancers et diabète)

- Parmi les personnes de 65 ans et plus, 36 % ne souffrent d'aucune maladie chronique, 37 % en ont une seule, 27 % en ont deux ou plus<sup>7</sup>.
- Les maladies chroniques les plus importantes dans ce groupe d'âge sont l'hypertension (43 %), les maladies cardiaques (20 %) et le diabète (17 %)<sup>8</sup>.
- Parmi les 31 600 personnes âgées souffrant d'une maladie chronique, 30 % présentent également une incapacité<sup>9</sup>.
- En 2006, les maladies chroniques représentaient la cause principale (69 %) de décès. Cette proportion augmente avec l'âge.
- Le taux de décès par maladie chronique diminue depuis la fin des années 80. Cette diminution, particulièrement flagrante pour les maladies cardiovasculaires, est sans doute due aux progrès dans le traitement et à la diminution du tabagisme.
- Les maladies chroniques sont de mieux en mieux comprises et gérées. Une personne âgée atteinte d'une maladie chronique peut mener une vie active pendant plusieurs années, si elle adopte de bonnes habitudes de vie et adhère au suivi médical.

### Les incapacités

- La proportion de personnes de 65 ans et plus rapportant avoir dû limiter leurs activités en raison de maladies ou de problèmes physiques ou mentaux à long terme (six mois ou plus) était de 24 % en 2005<sup>10</sup>.
- La proportion de ces incapacités augmente avec l'âge. Alors qu'elle se situe à 17 % chez les Lavallois de 65 à 74 ans, elle s'élève à 38 % pour ceux de 75 ans et plus.
- Les types les plus fréquents d'incapacité chez les Lavallois de 65 ans et plus sont liés à : la mobilité (26 %), l'agilité (25 %), la douleur (20 %), les problèmes d'audition (12 %) et les problèmes de vision (7 %)<sup>11</sup>.
- La gravité des incapacités varie : 44 % des personnes ayant une incapacité en ont une importante ou très importante, tandis que 33 % présentent une incapacité légère<sup>12</sup>.
- À Laval, en 2005, 7 450 personnes de 65 ans et plus déclaraient avoir besoin d'aide pour se rendre à un rendez-vous, 5 800, pour accomplir des tâches ménagères quotidiennes, 3 300, pour préparer les repas<sup>13</sup>.



# LA FRAGILITÉ

## Un concept en évolution

Certaines personnes âgées sont simplement « fragiles ». Indépendamment de la maladie chronique et de l'incapacité, la fragilité semble être un syndrome complexe de vulnérabilité accrue. Liée à l'âge avancé, elle est le résultat d'une diminution des réserves physiologiques et cognitives ainsi qu'un appauvrissement des réseaux sociaux.

### Les signes cliniques de la fragilité :

- Diminution de la force de préhension
- Faible endurance
- Activité physique réduite
- Vitesse de marche lente
- Perte de poids involontaire

Les travaux en cours sur la fragilité laissent entrevoir des pistes intéressantes permettant de mieux définir ce concept, de comprendre le processus de vieillissement et de reconnaître les personnes les plus vulnérables<sup>14</sup>.

Une étude d'envergure dans le domaine indique que les personnes présentant trois signes ou plus de la fragilité seraient davantage à risque d'avoir des incapacités, d'être hospitalisées et même de décéder, indépendamment de plusieurs facteurs démographiques et de leur état de santé courant.

En effet, 18 % des participants étant définis comme fragiles au début de l'étude sont morts dans les trois années suivantes. Chez ceux qui n'étaient pas fragiles, cette proportion était six fois moins élevée, soit 3 %<sup>15</sup>. L'étude de la fragilité pourra aider à mieux comprendre le phénomène de l'hétérogénéité de la vieillesse : pourquoi des personnes ayant des problèmes de santé similaires peuvent avoir des trajectoires très différentes? ■



Temps **D'ARRÊT**

# ***Mettons ensemble nos pendules à la même heure!***

Ce rapport aborde les déterminants de la santé chez les personnes âgées de façon globale.

## **LE BUT?**

Cibler des actions de prévention dont les leviers sont dans le réseau de la santé et dans la communauté.

## **POURQUOI?**

Parce qu'un vieillissement en santé exige avant tout de bonnes conditions de vie, un milieu sécuritaire permettant de rester actif, la possibilité de s'intégrer dans la communauté et de se sentir utile, des habitudes de vie saines et un système de santé adapté aux besoins des personnes âgées.



# MAÎTRISER LE TEMPS

## Les conditions de vie des aînés lavallois

C'est le facteur ayant le plus contribué à l'augmentation de l'espérance de vie au cours du dernier siècle. Il demeure encore aujourd'hui celui ayant le plus d'influence sur la santé des aînés.





## REVENU

# Des progrès importants, mais encore tant à faire!

Près de 44 % des personnes lavalloises de 65 ans et plus ont un revenu annuel se situant entre 10 000 \$ et 19 999 \$, avant impôt. Le Régime de pensions du Canada (RPC), le Régime de rentes du Québec (RRQ) et la couverture plus élargie des régimes de retraite professionnels privés expliquent l'augmentation du revenu des aînés<sup>1</sup>.

La participation accrue des femmes au marché du travail leur a également permis de toucher un revenu plus important à la retraite. Entre 1980 et 2003, la proportion de Canadiennes âgées de 65 ans et plus touchant une rente du RPC et du RRQ est passée de 35 à 86 %. Le montant moyen reçu est passé de 3 100 \$ à 4 900 \$ par année. Quant à la proportion de celles touchant un revenu de retraite d'un régime privé, elle est passée de 20 % à 53 % pendant la même période. Le montant moyen reçu est pour sa part passé de 6 900 \$ à 10 200 \$ par année.

Ces différences sont plus faibles que celles enregistrées chez les hommes : 4 000 \$ à 6 500 \$ pour le RPC et le RRQ et 10 700 \$ à 17 900 \$ pour les régimes privés. L'arrivée prochaine des bébé-boumeurs retraités devrait sensiblement modifier le portrait socioéconomique des aînés, pour les deux sexes.

## Choix déchirants et cruciaux

Malgré ces progrès anticipés, 21,8 % des Lavallois âgés de 65 ans et plus (14,2 % des hommes et 27,7 % des femmes) vivent actuellement sous le seuil de faible revenu (12 000 personnes). Cette proportion est semblable à celle du Québec (20,2 %). Il s'agit d'une diminution importante depuis 1976, où celle-ci se situait à 45 %. Pour une région comme Laval, le seuil de faible revenu était fixé à 14 562 \$ pour une personne seule et à 17 723 \$ pour un couple en 2005<sup>2</sup>.

Puisque la défavorisation sociale et économique est un déterminant majeur de la santé, soutenir ces personnes vivant en contexte de pauvreté est une mesure de base pour assurer leur autonomie. Les interventions du réseau de la santé et des services sociaux peuvent atténuer les effets de la pauvreté. Mais les leviers pour agir aux sources du problème sont entre les mains de plusieurs autres réseaux (emploi, éducation, solidarité sociale, action communautaire) et nécessitent une intervention concertée, comme celle décrite dans la politique gouvernementale de lutte contre la pauvreté<sup>3</sup>.

Si l'on regarde, à titre d'exemple, le logement à Laval, l'accès au logement subventionné est très limité par rapport aux besoins potentiels. La région compte 11 habitations à loyer modique (HLM) réservées à des personnes âgées (711 logements). On y dénombre également 23 organismes sans but lucratif géant 1 522 logements ainsi que 26 coopératives d'habitation de 665 logements. Les logements des organismes sans but lucratif et des coopératives sont toutefois offerts à toute la population, peu importe l'âge. Le parc de logements sociaux ne permet donc pas de combler de nombreux besoins des aînés. Un grand nombre d'entre eux doivent faire des choix déchirants au moment de payer leur loyer et comprimer les dépenses dans d'autres domaines tout aussi cruciaux.

Un ensemble de solutions sont à envisager, dont la construction de logements sociaux, la promotion de coopératives d'habitation, l'adaptation du parc locatif aux besoins des aînés et la revitalisation des quartiers. L'action intersectorielle prend ici tout son sens.

Recommandation

1

## L'emploi à adapter

Selon le dernier recensement canadien (2006), environ 4000 Lavallois de 65 ans et plus, dont près de 3000 sont des hommes, occupent un emploi et 300 se trouvent au chômage. Si la majorité d'entre eux sont des employés (2 900), plusieurs sont des travailleurs autonomes (1 200). L'ensemble de ces personnes occupent, en proportions égales, des emplois à temps plein et à temps partiel. La majorité de ces Lavallois travaillent dans les secteurs de la vente, des services, des affaires, de la finance et de l'administration. Rester en emploi par choix contribue au maintien d'un réseau social, d'un revenu confortable et d'une bonne estime de soi.

Dans un contexte de pénurie de personnel pour certaines organisations et de la nécessité d'un plan de relève pour d'autres, les grands employeurs de la région doivent initier une réflexion pour mettre en place différents arrangements possibles afin de concilier leurs attentes, répondre aux besoins des travailleurs âgés et permettre la transmission d'un legs professionnel inestimable. Il faut toutefois rester vigilant quant aux conditions de travail offertes aux personnes qui sont dans l'obligation de continuer à travailler en raison de revenus trop limités.

Recommandation

2



## SCOLARITÉ ET LITTÉRATIE

# Des Lavallois de plus en plus instruits

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus sans aucun diplôme a fortement diminué entre 1996 et 2006. Elle est passée de 64 % à 42 % (34 % des hommes et 47 % des femmes en 2006). On remarque également une augmentation importante de la proportion de personnes ayant un diplôme universitaire. Celle-ci est passée de 6,5 % à 13,9 % en 2006 (18,4 % des hommes et 10,5 % des femmes). De telles augmentations laissent présager l'adoption de meilleures habitudes de vie et une meilleure condition financière.

Un faible niveau de scolarité est souvent lié à des effets négatifs sur la santé, comme une espérance de vie plus courte et une mortalité accrue<sup>4</sup>. Cependant, il faut rappeler que les standards de scolarité, tout comme les exigences des emplois, ont varié énormément depuis les années 50. Plusieurs facteurs sociaux, économiques et politiques ont eu une influence sur l'accessibilité et la valorisation de la scolarité au Québec. En ce sens, il est normal que l'on retrouve une plus grande proportion de personnes âgées n'ayant pas de diplôme d'études secondaires.

## La littératie, ou l'importance de comprendre

« La littératie en santé 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.<sup>5</sup> »

En 2003, l'enquête transversale canadienne sur la littératie et les compétences des adultes a permis de dresser certains constats sur ce phénomène. Le niveau moyen de littératie en santé est plus faible chez les Canadiens plus âgés que chez les plus jeunes. On remarque également que, dans un même groupe d'âge, le niveau de littératie diminue selon le niveau de scolarité.

Dans tout échange ou communication visant des sous-groupes de population ayant un niveau de littératie plus faible, il faut s'assurer de vulgariser le plus possible l'information. La Direction de santé publique de Laval sera sensible à en appliquer les principes. Tout le réseau de la santé et de services sociaux de la région devrait aussi mettre l'épaulé à la roue.

Dans la mesure où il s'agit d'un objectif majeur pour les intervenants et les professionnels de la santé, des investissements devraient être faits à Laval pour de la formation continue sur la littératie.

Recommandation

3



### Laval région multiculturelle: une nouvelle réalité

Environ 1 personne âgée sur 4 (25 %) est immigrante dans la région, ce qui représente près de 13 000 Lavallois. Cette proportion est plus élevée que celle du Québec, qui se situe à environ 15 %. On trouve cependant très peu d'immigrants récents chez les 65 ans et plus (365 nouveaux immigrants de ce groupe d'âge entre 2001 et 2006). La majorité des immigrants âgés de 65 ans et plus sont originaires d'Europe (65 %) et d'Asie (16 %).

Le français demeure la langue la plus souvent parlée à la maison par près des trois quarts des Lavallois âgés de 65 ans et plus, tandis que 7,4 % des aînés sont d'expression anglaise. Enfin, 4 % des aînés (près de 2 200 personnes) sont incapables de soutenir une conversation en français ou en anglais.



## ÂGISME

# Lutter contre les préjugés et les stéréotypes

L'âgisme est le troisième grand « isme » des sociétés modernes après le racisme et le sexisme. Il s'agit d'un « processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge<sup>6</sup> ».

Lors de la consultation publique québécoise sur les conditions de vie des aînés, en 2007, à laquelle ont participé plus de 200 Lavallois, on a souvent mentionné que « même si la contribution majeure des personnes aînées à la société et le fait qu'elles ont le droit d'être traitées avec respect et dignité sont reconnus, il subsiste des préjugés et des stéréotypes à leur égard<sup>7</sup> ». Ceux-ci concernent la vulnérabilité, la dépendance, l'apathie et l'improductivité et seraient responsables des attitudes infantilisantes et de l'âgisme.

En ce sens, il nous apparaît important de soutenir dans la région des recommandations du rapport ayant suivi la consultation publique de 2007, notamment : « faire du vieillissement de la population et des conditions de vie de nos aînés une priorité : déterminer comment nous nous assurerons de mettre en valeur cette ressource inestimable qu'est la sagesse des aînés, démontrer comment, grâce à la contribution des aînés, notre société deviendra plus juste, plus solidaire et plus sage<sup>8</sup> ».

## Les abus : un problème grave

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la maltraitance englobe tout geste singulier ou répétitif, ou l'absence d'action appropriée, qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance. Il est généralement reconnu que les abus envers les personnes de 65 ans et plus peuvent être rassemblés en cinq grands groupes : les abus physiques, psychologiques et sexuels ainsi que l'exploitation matérielle (biens et argent) et la négligence. Ces actes portent atteinte aux droits civiques ou aux droits fondamentaux de la personne, ou sont même de nature criminelle.

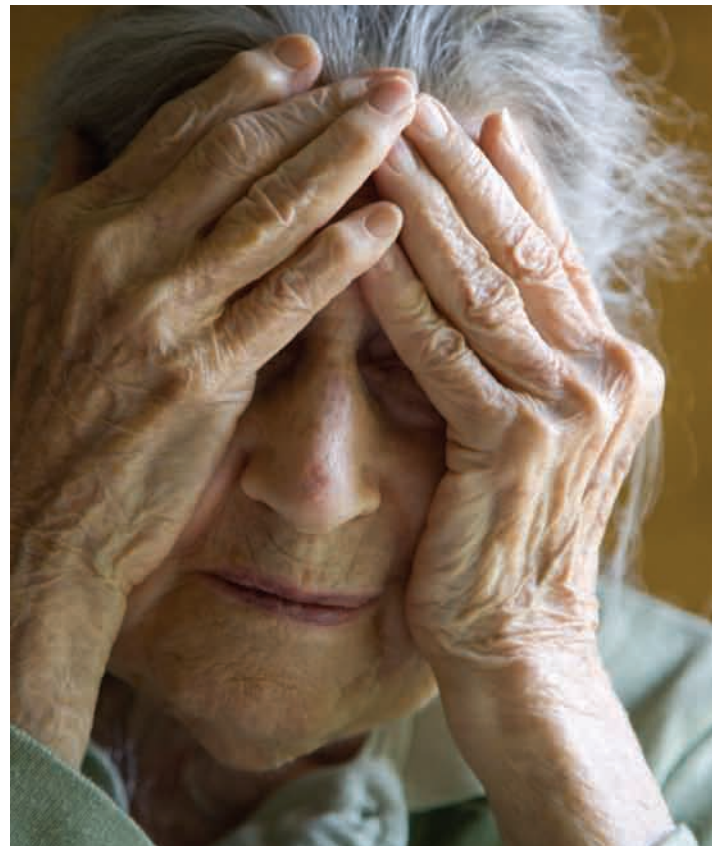
Il est cependant difficile de savoir exactement combien de personnes sont abusées, peu importe la région ou le pays. Les prévalences estimées des abus varient beaucoup d'une étude à l'autre. Ces différences sont liées à la méthodologie utilisée. Les estimations de la prévalence des abus perpétrés par des proches chez des personnes âgées vivant dans la communauté varient entre 2 et 10 %<sup>9</sup>. Les cas d'abus sont très rarement rapportés. Un incident seulement sur quatorze serait porté à l'attention des autorités. Dans le cas de l'exploitation financière, ce serait 1 cas sur 25<sup>10</sup>.

On constate ici l'importance du travail fait dans la région par l'organisme DIRA-Laval, qui vient en aide aux personnes de 50 ans et plus se disant notamment victimes de violence, d'abus ou de négligence.

## Dépistage systématique?

Devrait-on effectuer un dépistage systématique des abus? Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs affirme qu'il y a un manque de preuves scientifiques pour prendre position à ce sujet<sup>11</sup>. Les principaux arguments sont l'absence de technique de dépistage efficace et d'étude démontrant l'efficacité d'une intervention à long terme.

Il est suggéré de former les cliniciens sur les abus afin de les sensibiliser davantage, plutôt que d'intervenir de façon systématique auprès de toutes les personnes âgées. ■





# **EMPLOYER LE TEMPS**



# Bien s'entourer pour rester actif

Le vieillissement est un processus continu marqué par des transitions significatives telles la retraite, le deuil et l'apparition de problèmes de santé. Ces transitions sont vécues différemment par les personnes, certaines éprouvant plus de difficultés. Le réseau social entourant une personne prend alors beaucoup d'importance.



## VIVRE SEUL

# Un risque d'isolement

**Les Lavallois sont nombreux à partager leur vie avec quelqu'un jusqu'à environ 75 ans. Selon des données de 2006, 74 % des personnes de 65 à 74 ans vivent avec leur partenaire (époux ou conjoint de fait) ou avec un de leurs enfants. Cette proportion diminue à 53 % entre 80 et 84 ans, puis à 38 % à 85 ans et plus (figure 4). Parmi les personnes vivant seules, les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes puisque leur espérance de vie est plus élevée.**

La perte du conjoint est un événement particulièrement stressant; c'est l'événement qui nécessiterait le plus d'ajustement sur le plan social. Cette période d'intense souffrance est associée à un risque accru de développer des problèmes de santé mentale ou physique<sup>1</sup>. Mais le fait de vivre seul ne signifie pas nécessairement que les personnes sont isolées socialement. En 2006, selon l'Enquête sociale générale, environ 82 % des femmes canadiennes de 75 ans et plus déclaraient avoir un ami proche<sup>2</sup>.

## D'un réseau social à l'autre

On sait que le vieillissement a des implications non seulement sur le plan physique mais aussi sur le plan social. Cette transition est souvent marquée par la retraite, le deuil et les problèmes de santé qui commencent à apparaître. Plusieurs théories affirment que le vieillissement est associé à une plus faible intégration sociale. Pourtant, une étude nationale américaine, menée auprès de personnes âgées de 57 à 85 ans, indique plutôt que le réseau social des personnes change au fur et à mesure qu'elles vieillissent.

Dans cette étude, le vieillissement était associé à une diminution de la taille et de la proximité du réseau social ainsi qu'à une diminution du nombre de contacts avec d'autres personnes que la famille. Par contre, le vieillissement était aussi associé à une plus grande socialisation avec les voisins, tout comme à une participation communautaire accrue, notamment la participation religieuse et le bénévolat<sup>3</sup>.

## L'effet du soutien social

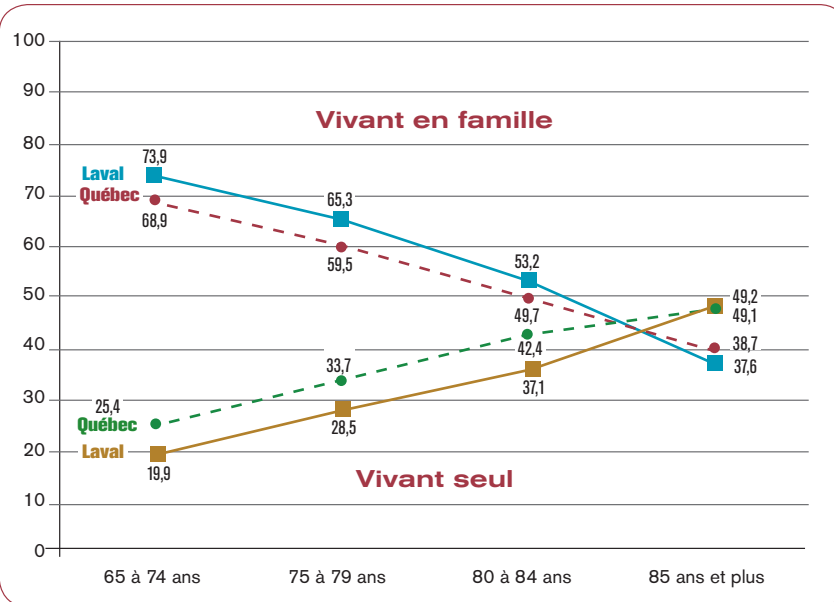
Plusieurs études indiquent que les personnes se maintenant actives sur le plan social et lors de leur transition à la vieillesse sont plus heureuses et en meilleure santé que celles qui s'éloignent des interactions sociales<sup>4,5</sup>. C'est l'effet reconnu du soutien social sur la santé<sup>6</sup>.

L'action communautaire vient combler de nombreux besoins des personnes âgées. La Table régionale de concertation des aînés de Laval regroupe environ 50 organismes œuvrant dans les loisirs, la santé,

le logement et le revenu. Certains organismes ciblent les personnes âgées les plus vulnérables (en contexte de pauvreté), tandis que d'autres ont un caractère universel. L'Agence de la santé et des services sociaux et le CSSS de Laval donnent un soutien financier et d'expertise à un grand nombre de ces organismes.

Figure 4 :

### Situation des particuliers âgés de 65 ans et plus dans les ménages privés, Laval et Québec, 2006



Source : Recensement canadien, 2006.

### Proches aidants : des gens de tout âge!

Les aînés contribuent de manière très importante en tant que proches aidants aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux familles ayant de jeunes enfants. À Laval, 55 700 personnes, dont 8 400 aînés, offrent des soins ou de l'aide à des personnes âgées en perte d'autonomie. Entre 70 et 85 % de l'aide provient du conjoint ou des enfants. En général, les proches aidants s'occupent de la même personne depuis environ cinq ans. Par ailleurs, 20 % des aînés (9 000 personnes) procurent de l'aide à des enfants, ce qui favorise les échanges intergénérationnels.

## S'isoler dans une tour?

Il est permis de s'interroger sur l'effet des tours d'habitation et l'isolement social de leurs résidents. À la base, en offrant des services à proximité, des voisins à côtoyer et un programme de loisirs, ces tours semblent une bonne solution pour les personnes quittant leur maison pour un appartement. Mais quel est l'impact des grands complexes d'habitation où tous appartiennent à la même génération? Est-il possible d'être intégré dans la vie de son quartier en habitant dans ces logements? Quels liens sont établis avec les services de santé pour détecter précocement des besoins, avant une perte d'autonomie flagrante?

Les tours d'habitation répondent sans doute à une partie des besoins, mais d'autres personnes, ayant des besoins similaires, vont opter pour d'autres formes de logement. Il faudra adapter l'offre de service à tous.

Recommandation

4

# AMÉNAGEMENT URBAIN

## Pour un maintien de la santé

Visiter la famille ou des amis, faire ses courses ou du bénévolat, participer à une chorale, prendre une marche ou se rendre chez le dentiste : l'aménagement urbain a une influence majeure sur le mode de vie des citoyens, y compris sur leur santé. Le développement urbain doit tenir compte de cette réalité étant donné l'augmentation de la population âgée.

La région de Laval s'est développée rapidement. Placée dans une logique de périurbanisation, elle a joué le rôle de première couronne nord dans les années 70 et 80, attirant des familles, des couples de 25 à 40 ans avec de jeunes enfants. Il est ainsi peu surprenant de constater que la population âgée se trouve aujourd'hui surtout dans la partie sud de l'île, où sont situés les premiers pôles de développement.

Les personnes de 65 ans et plus ont d'ailleurs beaucoup moins déménagé au cours de la dernière année (5 %) comparativement à celles de 15 à 64 ans (11 %). Il en va de même pour la mobilité sur une période de cinq ans, bien que près de une personne âgée sur cinq ait déménagé au cours de cette période. Chez les personnes plus jeunes (15 à 64 ans), cette proportion représente deux personnes sur cinq.

Si les Lavallois de 65 ans et plus sont portés à rester dans le quartier où ils ont vécu et dans lequel se trouve leur réseau social de voisinage bien ancré, il faut planifier dès maintenant des aménagements urbains et une offre de services communautaires leur permettant d'exercer un véritable choix lorsque vient le moment de décider entre déménager ou demeurer dans son quartier.

Recommandation

5

### Villes-amies des aînés

Le lien entre une population vieillissante et l'aménagement urbain est devenu à un tel point important que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a créé le concept Villes-amies des aînés. Plusieurs municipalités (Drummondville, Québec, Rimouski, Rivière-du-Loup) et municipalités régionales de comté québécoises (Témiscamingue, Granby et Sherbrooke) ont accepté, en 2007, de mettre en place un projet pilote Villes-amies des aînés se conduisant jusqu'en 2013. Plusieurs autres villes dans le monde entier essayent également d'implanter ce concept.

Les principes de cette approche sont la densification de la population jumelée à une mixité des usages commercial et résidentiel favorisant les déplacements actifs quotidiens (marche ou vélo) et les rapports entre les citoyens du quartier. On y aborde également la notion de sécurité dans les rues (vitesse excessive des véhicules dans les quartiers) et dans les parcs, l'aménagement et l'entretien des trottoirs, de voies cyclables et de sentiers récréatifs, l'accès à des réseaux d'espaces verts et aux plans d'eau, utilisables en toute saison.

La qualité du lieu de résidence, la qualité de vie du quartier, des lieux publics et du voisinage, la qualité des infrastructures, du cadre bâti et des équipements favorisant l'accomplissement d'activités, tout cela influence la possibilité de demeurer physiquement actif et favorise la vie sociale de tous les citoyens, quel que soit leur âge. Plus encore, c'est l'effet sur le maintien de l'autonomie d'une population vieillissante qui prend ici toute son importance.

# et de l'autonomie

## Se déplacer : l'enjeu de l'autonomie!

Le transport est une préoccupation particulière chez les personnes de 65 ans et plus. Il touche à l'indépendance et au sentiment de contrôle sur sa vie. L'automobile est souvent le principal moyen de transport, spécialement dans une ville comme Laval qui présente un étalement urbain important. L'accroissement de la population âgée représente aussi une augmentation du nombre de conducteurs âgés sur les routes. Or, conduire une voiture de façon sécuritaire exige des habiletés complexes sur les plans moteur, visuel et cognitif, dont certaines commencent à se détériorer quand on avance en âge.

Les statistiques sur les collisions routières au Canada et aux États-Unis indiquent que les personnes âgées sont un groupe particulièrement vulnérable au volant. Même si elles ont tendance à prendre moins de risques en conduisant et à limiter les conditions dans lesquelles elles conduisent, les personnes de plus de 75 ans sont 3,5 fois plus à risque d'avoir un accident sur la route que celles de 35 à 44 ans.

Les personnes âgées sont également plus à risque de décéder de leurs blessures lors d'un accident routier que les plus jeunes, les accidents de la route étant la principale cause de mortalité liée à un traumatisme non intentionnel chez les personnes de 65 à 74 ans<sup>7</sup>.



## Des offres de rechange

La question du transport est complexe et interpelle plusieurs acteurs :

- 1 Un aménagement urbain favorable aux besoins des aînés facilite le transport de ces personnes. Le développement d'un concept « Villes-amie des aînés » pourrait être une option intéressante.
- 2 Les professionnels de la santé, qui dépistent les personnes ayant une condition de santé pouvant altérer la conduite automobile, doivent aviser la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour une évaluation professionnelle, s'il y a lieu.
- 3 Les organismes de transport et les milieux associatifs concernés doivent développer et offrir des solutions de rechange acceptables pour les transports quotidiens des personnes.

Recommandation

6

Enfin, mentionnons que les politiques publiques peuvent être étudiées pour que les personnes gardent une certaine mobilité en conservant leur permis dans des conditions tenant compte de leur sécurité et de celle des autres usagers<sup>8</sup>. ■



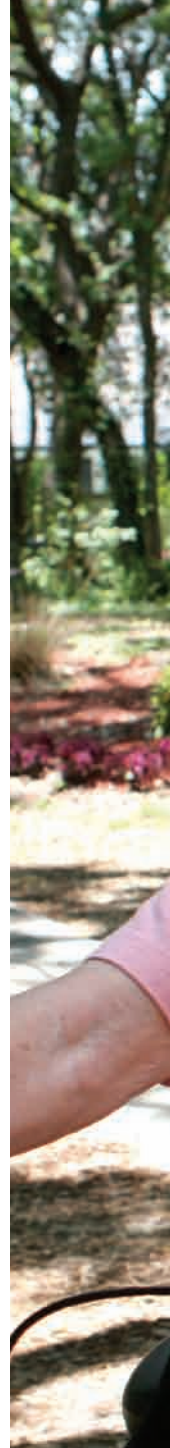


# DÉFIER LE TEMPS

## Les habitudes de vie des aînés lavallois

Il n'est jamais trop tard.

L'abandon du tabagisme, une saine alimentation et la  
pratique d'activités physiques améliorent la qualité de vie.







## BIEN S'ALIMENTER **Pas si simple...**

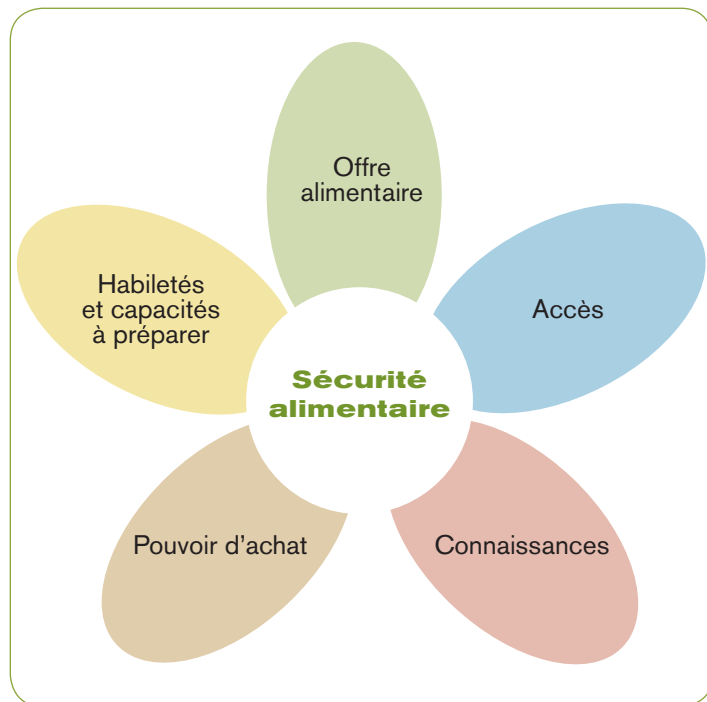
Une alimentation variée et équilibrée, tout au long de la vie, peut aider à mieux vieillir. La nutrition joue un rôle important dans l'apparition et l'évolution de plusieurs maladies chroniques.

## Des facteurs qui influencent une saine alimentation chez les personnes âgées

Cette figure montre que bien s'alimenter est le résultat d'un processus complexe.

Figure 5 :

### La sécurité alimentaire chez les personnes âgées



**Offre alimentaire.** Bien s'alimenter commence par une offre alimentaire complète, de qualité, à prix abordable.

**Accès.** Pour bien s'alimenter, les personnes doivent pouvoir se rendre facilement aux endroits d'approvisionnement et être en mesure de transporter leurs aliments. La présence de marchés à proximité et le transport accessible influencent l'autonomie à l'égard de l'alimentation. Les personnes âgées éprouvent de nombreux problèmes au moment de faire leurs emplettes : lieux trop vastes, produits placés trop haut ou trop bas, listes d'ingrédients imprimées en caractères minuscules, etc. Pour ceux qui vivent des incapacités, l'accessibilité à un réseau social et à des ressources d'aide alimentaire (popotes roulantes, cuisines communautaires, etc.) devient d'autant plus importante.

**Connaissances.** Pour faire les bons choix alimentaires, les personnes doivent avoir des connaissances sur la saine alimentation. L'accès à une information simple et complète est nécessaire, d'autant plus que des messages contradictoires sont souvent véhiculés.

**Pouvoir d'achat.** Un revenu restreint limite le pouvoir d'achat alimentaire. Le fait de vivre seul peut augmenter la précarité financière. Le manque d'argent oblige bon nombre de personnes âgées à utiliser des banques alimentaires, où le choix pour une alimentation saine est plus restreint.

**Habilités et capacités** à préparer les repas. Savoir apprêter les aliments est important. Vivre seul et manger seul compromettent l'envie de cuisiner et le plaisir de manger. Les maladies chroniques et les incapacités physiques peuvent aussi affecter les aptitudes nécessaires à la préparation des aliments (troubles de vision, rhumatismes, douleurs, etc.).

Chez les personnes âgées vivant dans la communauté, les problèmes nutritionnels peuvent facilement passer inaperçus. Trop souvent, leur entourage n'est pas sensibilisé aux conséquences de la dénutrition sur la santé. Des restrictions alimentaires inutiles ou exagérées que s'imposent plusieurs personnes âgées, ou que leur impose leur famille, peuvent de plus accentuer le problème de malnutrition ou de perte d'appétit<sup>1</sup>.

En comprenant mieux les facteurs qui influencent une saine alimentation, on peut mieux intervenir. C'est en agissant sur plusieurs plans à la fois qu'on peut espérer améliorer l'alimentation des personnes âgées. Il faut adapter les messages de santé publique à l'intention de cette clientèle et soutenir le réseau communautaire dans la poursuite de ses actions.

# ATTENTION, PRUDENCE!



## Les suppléments

Les personnes âgées représentent une clientèle ciblée pour la consommation de suppléments vitaminiques, alimentaires ou autres, qui sont souvent sans indications. Attirées par des perspectives d'une meilleure santé physique, d'une longévité accrue, d'une amélioration des facultés mentales (mémoire, concentration), de protection ou de guérison de certaines maladies, elles ont tendance à consommer de nombreux produits souvent coûteux.

Même si ces produits sont parfois nécessaires, l'obtention d'un avis professionnel pour en justifier l'usage est recommandé, considérant, en plus, une possibilité d'interaction avec des médicaments sur ordonnance<sup>3</sup>.

## La perte de poids

La perte de poids involontaire représente l'un des principaux facteurs de risque en relation avec l'alimentation des personnes âgées. La prévalence élevée de la malnutrition s'observe chez celles vivant seules et en perte d'autonomie. Une baisse du poids est un marqueur important du risque de mortalité chez les aînés.

L'indice de masse corporelle (IMC) présente des particularités quand on l'associe au vieillissement. Un IMC se situant entre une valeur légèrement supérieure à 18,5 et s'étendant dans la zone considérée comme de l'embonpoint pour l'adulte de moins de 65 ans, soit jusqu'à 29,9, peut correspondre à un « poids normal » pour les 65 ans et plus. Un IMC se situant entre 24 et 27 a été associé à de meilleurs états de santé et s'est avéré un pronostic favorable de longévité dans de nombreuses études<sup>2</sup>.

## La dentition

L'état de la santé buccodentaire des personnes âgées s'améliore. On remarque d'ailleurs que les proportions d'édentation complète diminuent. En 1980, 58 % des gens âgés n'avaient plus leurs dents, un pourcentage qui était de 37 % en 1993. On estime actuellement que 22 % des personnes de 55 à 64 ans sont complètement édentées.

La perte des dents causée par les caries dentaires et les maladies parodontales n'est pas une conséquence directe du vieillissement. Elle est plutôt liée à une hygiène buccodentaire inadéquate, à de mauvaises habitudes alimentaires, au tabagisme et à un manque de recours aux soins. Ces facteurs de risque s'accumulent dans le temps et causent la détérioration de la dentition.

On remarque en outre que le vieillissement peut entraîner dans les habitudes de certaines personnes âgées des changements pouvant les rendre plus à risque d'avoir des problèmes dentaires.

## TABAGISME

# Cesser de fumer après la soixantaine: c'est payant!

On constate une augmentation de l'espérance de vie de trois ans, en moyenne, chez les personnes qui cessent de fumer vers l'âge de 60 ans<sup>4</sup>. Les effets sur la qualité de vie sont visibles à très court terme. Après un an, le risque de crise cardiaque associé au tabagisme diminue de 50 %.

On évalue à 13 % la proportion de Lavallois de 65 ans et plus (environ 7 300 personnes) qui fument. En 2005, dans ce même groupe d'âge, on comptait près de 2 000 ex-fumeurs réguliers ayant renoncé au tabac au cours des trois dernières années<sup>5</sup>.

L'intervention d'un professionnel de la santé, l'utilisation d'un traitement pharmacologique ou de ressources d'entraide doublent les chances de réussite. Les aînés fumeurs peuvent obtenir de l'aide pour cesser de fumer dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) de la région de Laval.

### Du soutien sur mesure à Laval

Les CAT du Centre de santé et des services sociaux de Laval offrent des rencontres individuelles et de groupe. Toute personne intéressée à cesser de fumer aura accès gratuitement à leurs services en contactant la ligne INFO-OXYGÈNE au 450 661-5372, poste 603.

Les CAT pourraient à cet effet mieux contribuer à soutenir la cessation tabagique chez les personnes âgées en augmentant l'offre de services pour ce public.



# ACTIVITÉ PHYSIQUE

## Combattre la sédentarité à tout âge

C'est à travers la pratique régulière d'activités physiques que l'on développe un mode de vie actif. L'activité physique peut être **domestique** (faire l'entretien ménager, racler des feuilles, pelleter la neige, etc.), de **transport** (faire ses courses à pied ou en vélo, etc.) et de **loisir** (marche, patin, natation, vélo, etc.).



Le niveau de pratique d'activités physiques de loisir et de transport diminue avec l'âge. Chez les hommes de 65 à 74 ans, 63 % ne font pas suffisamment d'activité physique pour en retirer des bénéfices pour la santé. Ce pourcentage monte à 69 % chez les hommes de 75 ans et plus. Chez les femmes, la situation est encore plus préoccupante : 70 %, chez les 65 à 74 ans, 81 % chez les 75 ans et plus, n'atteignent pas les recommandations minimales. Plus les personnes avancent en âge, plus elles risquent de devenir inactives<sup>6</sup>.

La présence de maladies, d'incapacités et de fragilité affecte la pratique d'activité physique et donc la condition physique. Or, une diminution de la condition physique ou de la masse musculaire déclenche le processus menant à l'incapacité. Bref, moins on en fait, moins on est en forme pour en faire! Cependant, l'affaiblissement des chevilles et des hanches, une flexibilité moindre au niveau du cou, de la colonne vertébrale et des épaules ainsi qu'une réduction de l'habileté motrice peuvent être contrecarrés par l'activité physique.

## Un p'tit 30 minutes, une grande différence

L'adoption d'un mode de vie physiquement actif ralentit les effets du vieillissement et le développement des principales maladies chroniques<sup>7</sup>. Le risque de chute est diminué de 10 % chez les aînés qui suivent un entraînement physique et de 17 % chez ceux qui y ajoutent des exercices développant l'équilibre.

Pour avoir un effet significatif sur la santé, les activités physiques doivent avoir une durée d'au moins 30 minutes par jour et cibler :

- la capacité aérobie :  
marche, natation, vélo, patin, etc.;
- l'équilibre et l'agilité :  
tai-chi, yoga, danse, activités aquatiques, etc.;
- la musculation, les étirements et la flexibilité.

Même à un âge avancé, entreprendre des activités physiques entraîne l'amélioration ou le maintien de ses qualités fonctionnelles et de sa qualité de vie<sup>8</sup>. Rappelons que l'espérance de vie sans incapacité est restée stable en dépit des gains récents de longévité. Mettre en place les conditions favorisant l'activité physique quotidienne fait partie des solutions.

Beaucoup d'efforts sont investis dans la promotion de l'activité physique chez les jeunes et les adultes âgés de 18 à 64 ans. Les aînés doivent pouvoir acquérir des connaissances de base en même temps qu'ils expérimentent la sensation d'être physiquement actifs. Les mesures dites « universelles » ne sont pas forcément adaptées aux besoins particuliers des aînés. Leur offrir des occasions de faire une activité physique significative régulière est un objectif pour la communauté.

En ce sens, les milieux municipal, associatif et communautaire sont invités à rester à l'affût des besoins et des goûts des personnes âgées, afin d'adapter leurs programmations et d'augmenter les occasions de bouger de ce public.

Recommandation

9

Si bouger davantage est une chose, encore faut-il pouvoir se rendre sur les lieux où se déroulent les activités. Nous constatons encore une fois l'importance du transport.

### Activité physique et santé mentale : un heureux mariage

La pratique régulière d'activité physique a de nombreuses retombées aussi immédiates qu'avantageuses! Lesquelles? La préservation de certaines facultés cognitives (mémoire, attention, contrôle psychomoteur), le soulagement des symptômes associés à la dépression et à l'anxiété de même que l'amélioration du sommeil. Une condition physique améliorée rehausse le sentiment de bien-être et l'estime de soi, en plus de faciliter l'intégration sociale des aînés, l'une des composantes de leur qualité de vie<sup>9</sup>.

# ÊTRE 0-5-30

## un message simple

Le programme 0-5-30 combinaison prévention, qui vise au quotidien la consommation de zéro produit de tabac, de cinq portions de fruits et légumes et la pratique de trente minutes d'activité physique, contribue à la prévention des maladies chroniques chez les adultes. Bien que les personnes âgées sont elles aussi invitées à être « 0 », « 5 » et « 30 » chaque jour, des objectifs particuliers doivent être considérés pour cette population.



0.5.30  
COMBINAISON PRÉVENTION  
[www.0530laval.com](http://www.0530laval.com)

# Se creuser les méninges, une habitude de vie?

La mémoire, l'attention et la vitesse de traitement de l'information d'une personne déclinent avec l'âge<sup>10,11</sup>. Certaines autres habiletés cognitives, particulièrement celles en rapport avec les connaissances acquises au cours d'une vie (l'intelligence cristallisée), semblent rester intactes.

On remarque des différences importantes dans les habiletés cognitives des personnes âgées. On sait que le niveau de scolarité, l'occupation, l'état de santé, la personnalité, le style de vie et le fait d'être actif socialement ont un effet sur les « réserves cognitives » d'une personne. Plus on est stimulé intellectuellement, plus on a de chances de préserver ce capital.

## Protéger ses habiletés

Les dernières recherches sur le vieillissement indiquent que la présence des maladies cardiovasculaires et métaboliques affecte la performance cognitive. Ainsi, une partie des troubles cognitifs chez les personnes âgées seraient attribuables à l'augmentation de la prévalence de ces maladies avec l'âge. Si on veut garder son cerveau en santé, il faut garder son corps en santé.

L'intégration sociale est aussi associée aux capacités cognitives. Que ce soit la détérioration de l'état intellectuel d'une personne qui cause son isolement social ou vice-versa, les activités de loisir sur le plan social et intellectuel sauvegardent la personne contre la détérioration de ses habiletés cognitives<sup>12</sup>.

## L'entraînement cognitif : une nouvelle mode?

L'« entraînement cognitif » consiste en l'exécution répétitive de tâches cognitives, soit des exercices de mémoire, d'attention et de résolution de problèmes. Des études tendent à démontrer que l'entraînement cognitif retarde la détérioration des habiletés cognitives<sup>13</sup>.

Mais attention! On parle ici de résultats d'études scientifiques ne pouvant pas être généralisés à grande échelle. La recherche sur l'entraînement cognitif n'est pas assez développée pour permettre des recommandations précises quant au type et à l'intensité d'entraînement cognitif à faire pour prévenir un déclin cognitif et fonctionnel dans la population<sup>14</sup>. ■



# EN TEMPS OPPORTUN

## Le bon service au bon moment

L'état de santé des personnes de 65 ans et plus est loin d'être homogène. Il faut donc adapter notre réseau afin que le service le plus précoce soit offert par la bonne personne, au bon moment et à l'endroit le plus propice.

Il s'agit d'un objectif fondamental pour le réseau local de services.



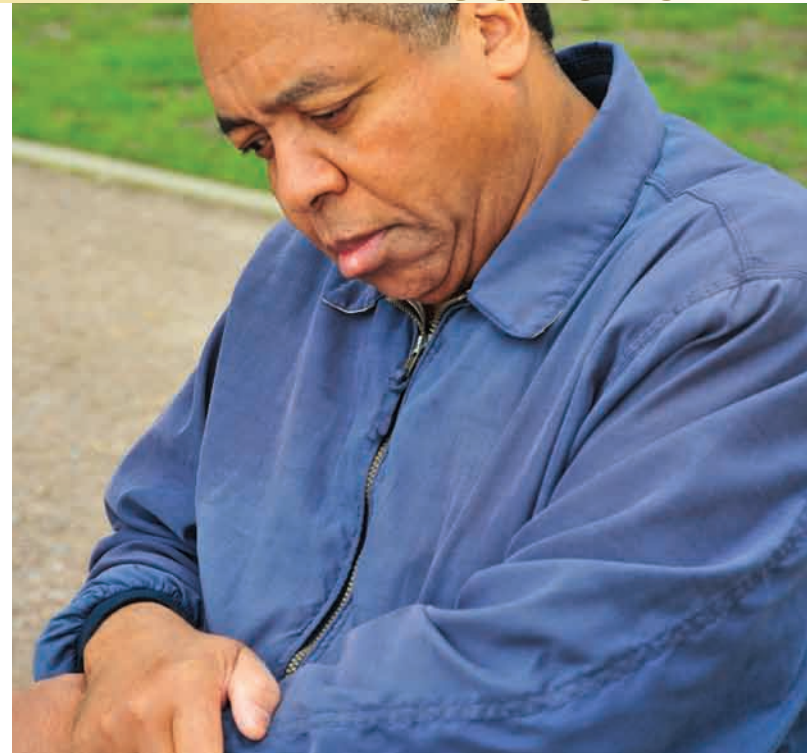
# AUTONOMIE

## Les troubles qui mènent à sa perte

Certains problèmes de santé, souvent perçus comme des malaises inévitables du vieillissement, peuvent être des facteurs déclencheurs d'un isolement social, suivi par une perte importante d'autonomie. Certaines causes de ces problèmes, diagnostiquées à temps, peuvent cependant être contrôlées ou traitées.

**Les troubles de SANTÉ MENTALE, la POLYMÉDICATION et les CHUTES constituent des facteurs de risque importants de perte d'autonomie qui méritent une attention particulière.**





# SANTÉ MENTALE

## Le bon diagnostic

Comme chez les adultes plus jeunes, certains facteurs contribuent de façon favorable à la santé mentale des adultes plus âgés. Il s'agit de l'autonomie, des sentiments de contrôle sur sa vie et de dignité, du fait d'avoir un but, une bonne santé physique, des rapports sociaux, de la spiritualité ainsi que l'aptitude à composer avec le sentiment de perte et l'expérience de vie<sup>1</sup>.

La retraite est souvent mentionnée, tantôt comme facteur de risque, tantôt comme facteur de protection de la santé mentale. En fait, la retraite en elle-même n'est ni l'un ni l'autre. Les études tendent à démontrer que c'est plutôt le choix d'être à la retraite ou non qui a un effet sur la santé<sup>2</sup>.

### Des aînés qui consultent rarement...

Plusieurs facteurs de risque pour la santé mentale sont beaucoup plus présents chez les aînés : la perte du conjoint, de la fratrie, d'amis, l'isolement ou la perte du soutien social, la dégradation de son état de santé ou de celle d'un proche, la diminution de la capacité fonctionnelle, l'insécurité financière et le manque de perspectives d'avenir.

Historiquement, les problèmes de santé mentale ont été cachés, associés à l'anormalité, à la faiblesse. Les aînés consultent rarement pour des problèmes de santé mentale et sont plus enclins à rapporter des symptômes physiques que mentaux<sup>3</sup>. Bien reconnus, ces problèmes peuvent être traités.

À court terme, le réseau entourant les aînés doit détecter davantage les premiers symptômes de la dépression et de l'anxiété afin d'offrir un soutien et un traitement appropriés. L'intervention en première ligne, en équipe multidisciplinaire, qui utilise aussi les ressources de la communauté, devrait encore une fois apporter des solutions concrètes à un problème fréquent et causant beaucoup de souffrance silencieuse.

Recommandation

10

### Suicide : les boumeurs plus affectés?

Les décès par suicide chez les personnes âgées ont représenté environ 12 % des suicides au Québec entre 2004 et 2006<sup>4</sup> (4 décès à Laval par année en moyenne). Il est plausible que ce taux augmente au cours des prochaines années. La génération des boumeurs, affectée par un taux de suicide élevé au cours de chaque période précédente de leur vie, arrivera bientôt à 65 ans.

# POLYMÉDICATION

## Haut risque d'hospitalisation évitable



La polymédication est un problème particulièrement important chez les personnes âgées. Celles-ci consomment souvent plusieurs médicaments d'ordonnance quotidiennement<sup>5</sup>. À ce nombre, on peut également ajouter des médicaments en vente libre ou des produits naturels. Résultat? Plus le nombre de médicaments augmente, plus il est difficile de suivre toutes les instructions.

Dans certains cas, comme pour le traitement de l'hypertension, les personnes doivent prendre des médicaments à long terme alors qu'elles n'éprouvent pas de symptômes. Elles comprennent souvent mal les risques de ne pas traiter la maladie. Il peut être difficile de lire les étiquettes, d'ouvrir les contenants ou de respecter les horaires. Les personnes présentant un faible niveau de littératie feraient plus souvent mauvais usage d'un médicament<sup>6</sup>.

Les problèmes liés à la prise de médicaments ont des conséquences importantes. Dans une étude menée par des cliniciens québécois et portant sur 225 personnes âgées fragiles hospitalisées, 70 hospitalisations étaient liées à un problème de pharmacothérapie<sup>7</sup>. De ce nombre, 40 auraient pu être évitées.

Une étude américaine, menée auprès de 208 patients âgés, a révélé également que le tiers des personnes de 65 ans et plus prenaient un médicament inefficace et que 16 % avaient une duplication médicamenteuse.

### Médicament parlant

À Laval, le programme d'éducation à la santé Médicament parlant aborde, depuis 1996, la consommation sécuritaire des médicaments avec les aînés. Environ 130 personnes par année assistent à ces groupes, ce qui est relativement peu. Utilisé seul, ce programme a un effet limité et de courte durée.

Des stratégies complémentaires ciblant les médecins et les pharmaciens doivent s'ajouter, puisque « la collaboration patient-médecin-pharmacien est au cœur de l'utilisation optimale du traitement médicamenteux<sup>8</sup> ». On désigne souvent le médecin de famille comme un facteur clé dans la prestation de soins de santé de première ligne. Pourquoi ne pas envisager aussi un « pharmacien de famille »?

# CHUTES

## Des conséquences sous-estimées

Chaque année, 30 % des aînés chutent. Une infime partie de ces chutes occasionnent des blessures suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation (voir figure 6). Les personnes qui chutent limitent souvent par la suite leurs activités par peur d'une nouvelle chute, ce qui entraîne d'autres limitations dans les activités quotidiennes.

Dans les orientations du Programme national de santé publique 2003-2012, on trouve un objectif et des activités visant la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile<sup>9</sup>. Les causes des chutes sont multiples<sup>10</sup>. Trois grandes classes de facteurs y sont liées (voir figure 7) : les facteurs liés à la personne, aux comportements ou à l'environnement.

### Programmes lavallois

Depuis plusieurs années, la prévention des chutes est une préoccupation de la Direction de santé publique de Laval. Plusieurs initiatives ont d'ailleurs vu le jour. D'abord, des programmes d'exercices associés à des capsules d'information sur les risques du domicile (programmes Viactive, Parachute, Muscul'ation, clubs de marche, etc.) sont offerts dans la communauté. Ces interventions touchent près de 3 000 Lavallois.

Pour les gens ayant chuté ou qui ont des doutes sur leur équilibre, le CSSS de Laval offre un programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) dont l'efficacité a été démontrée. Des liens



ont été créés avec les infirmières de liaison travaillant dans certaines cliniques médicales pour dépister les patients à risque de chute et les orienter vers ce programme.

Le CSSS de Laval offre par ailleurs, depuis trois ans, un programme de suivi d'un an à la clientèle à haut risque de chute. L'objectif est de rejoindre annuellement 350 personnes par l'intermédiaire de ce programme intensif ciblant tous les facteurs de risque d'un individu.

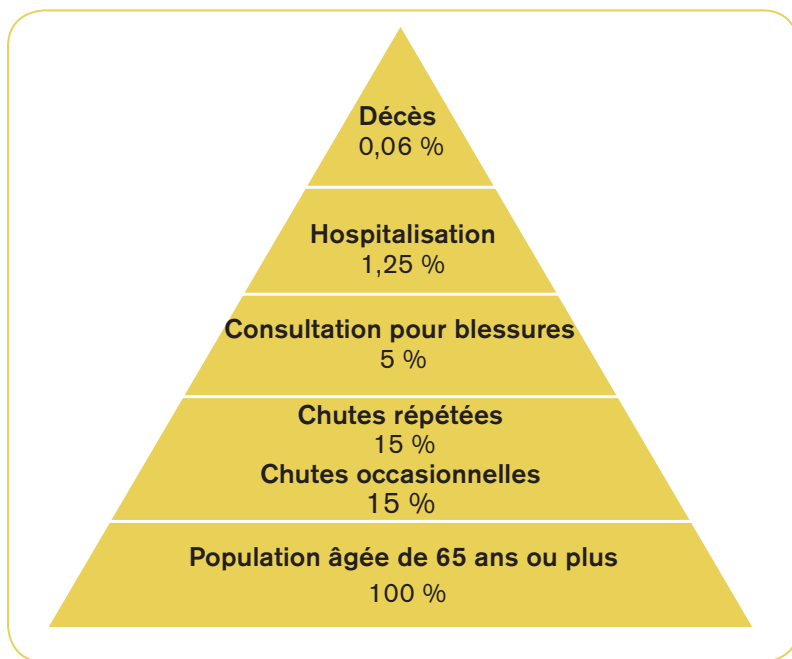
Une chute est un événement qui ne devrait pas être ignoré ou banalisé. Les personnes âgées et le réseau qui les entoure doivent être davantage informés sur l'importance des chutes. Des programmes existent à Laval pour les personnes âgées à risque de chute. Il faut les faire connaître davantage et travailler à lever les obstacles empêchant les personnes âgées qui pourraient en bénéficier de le faire.

Recommandation

12

Figure 6 :

**Importance et conséquences des chutes chez les personnes âgées**



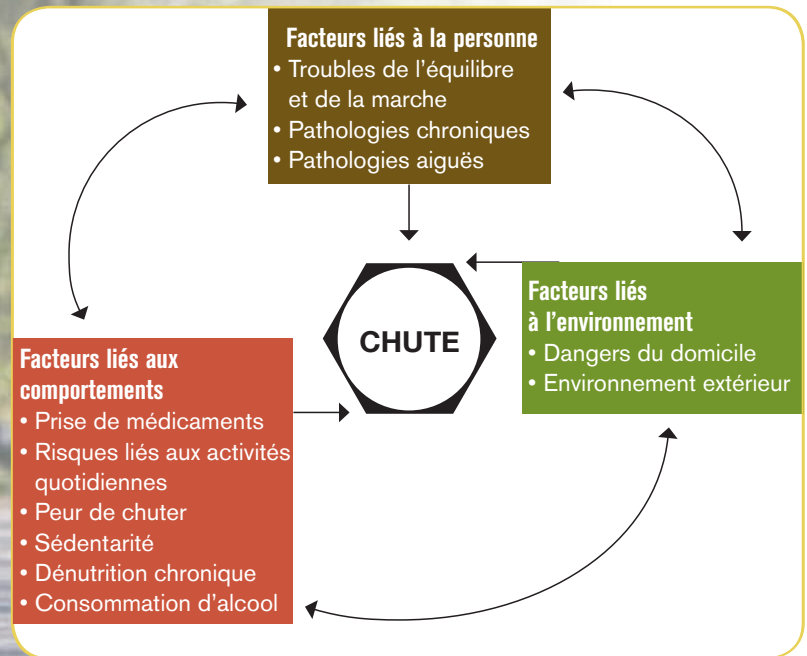
Adapté de : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, Québec, Le Ministère, 2004.





Figure 7 :

### Schéma conceptuel de la multifactorialité des chutes



Tiré de : Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, *Référentiel de bonnes pratiques : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*, Saint-Denis, Éditions INPES, 2005.

# D'autres troubles qui minent l'autonomie

Connaître et reconnaître les facteurs qui minent l'autonomie, et agir sur ces facteurs

Problème de santé	Prévalence et tendances	Description et éléments à signaler																		
<b>Troubles d'audition et de vision<sup>11</sup></b>	<p><b>Chez les 65 à 74 ans :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>8 % ont des troubles d'audition; 4 % ont des troubles de vision</li> </ul> <p><b>Chez les 75 ans et plus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>17 % ont des troubles d'audition</li> <li>12 % ont des troubles de vision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté dans la mobilité et la socialisation</li> <li>Certaines pathologies peuvent être traitées (ex. : cataracte), d'autres, contrôlées (diabète)</li> <li>L'exposition au bruit est une préoccupation en santé au travail</li> </ul>																		
<b>Incontinence urinaire<sup>12</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmente avec l'âge</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Femmes</th> <th>Hommes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70 à 74 ans</td> <td>19 %</td> <td>8 %</td> </tr> <tr> <td>75 à 79 ans</td> <td>24 %</td> <td>15 %</td> </tr> <tr> <td>80 à 84 ans</td> <td>29 %</td> <td>15 %</td> </tr> <tr> <td>85 à 89 ans</td> <td>35 %</td> <td>15 %</td> </tr> <tr> <td>90 ans et +</td> <td>33 %</td> <td>25 %</td> </tr> </tbody> </table>		Femmes	Hommes	70 à 74 ans	19 %	8 %	75 à 79 ans	24 %	15 %	80 à 84 ans	29 %	15 %	85 à 89 ans	35 %	15 %	90 ans et +	33 %	25 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Associée à la dépression, à l'anxiété, à une plus faible qualité de vie</li> <li>Facteur important dans la prise de décision pour héberger une personne</li> <li>Il existe des traitements pour certaines causes de l'incontinence urinaire</li> </ul>
	Femmes	Hommes																		
70 à 74 ans	19 %	8 %																		
75 à 79 ans	24 %	15 %																		
80 à 84 ans	29 %	15 %																		
85 à 89 ans	35 %	15 %																		
90 ans et +	33 %	25 %																		
<b>Arthrose et douleurs chroniques</b>	<p><b>Chez les 60 ans et plus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les prévalences observées varient de 29 à 59 %<sup>13</sup></li> </ul> <p><b>Chez les 65 ans et plus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>45 % sont aux prises avec au moins un des quatre problèmes suivants : arthrite ou rhumatisme, maux de dos, migraine ou fibromyalgie (52 % chez les 80 ans et plus)<sup>14</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La douleur chronique est souvent sous-rapportée et traitée</li> <li>Des programmes intégrés pour gérer la douleur chronique associée à l'arthrose commencent à être évalués<sup>15</sup></li> </ul>																		



Problème de santé	Prévalence et tendances	Description et éléments à signaler
<b>Troubles cognitifs et maladie d'Alzheimer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon l'étude longitudinale française PAQUID, la prévalence de la démence chez les 75 ans et plus s'établissait à environ 21 % chez les femmes et 13 % chez les hommes<sup>16</sup></li> <li>• Selon la Société Alzheimer du Canada, 9 % des Canadiens sont atteints de démence<sup>17</sup>, soit une personne de 65 ans et plus sur onze. À Laval, cela pourrait représenter près de 5 000 personnes. Ces chiffres corroborent des estimations européennes (5,9 à 9,4%)<sup>18</sup> et américaines (6 à 10 %)<sup>19</sup></li> <li>• L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV) nous permettra de suivre l'évolution de ce problème</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Alzheimer et les affections connexes touchent les femmes plus spécialement : elles comptent en effet pour 72 % des cas</li> <li>• Selon PAQUID<sup>20</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La majorité des personnes atteintes de démence souffrent de formes légères ou très légères de la maladie</li> <li>✓ 60 % des personnes vivent à domicile</li> </ul> </li> <li>• Il faut anticiper dès aujourd'hui l'augmentation du nombre de personnes atteintes et revoir les modalités d'offres de services pour ces familles</li> </ul>

**Les personnes âgées et le réseau qui les entoure doivent être vigilants et détecter les premières manifestations de ces problèmes de santé. Il faut éviter de minimiser l'importance de ces problèmes et plutôt intervenir de façon précoce. Cela souligne l'importance de l'intervention en première ligne.**

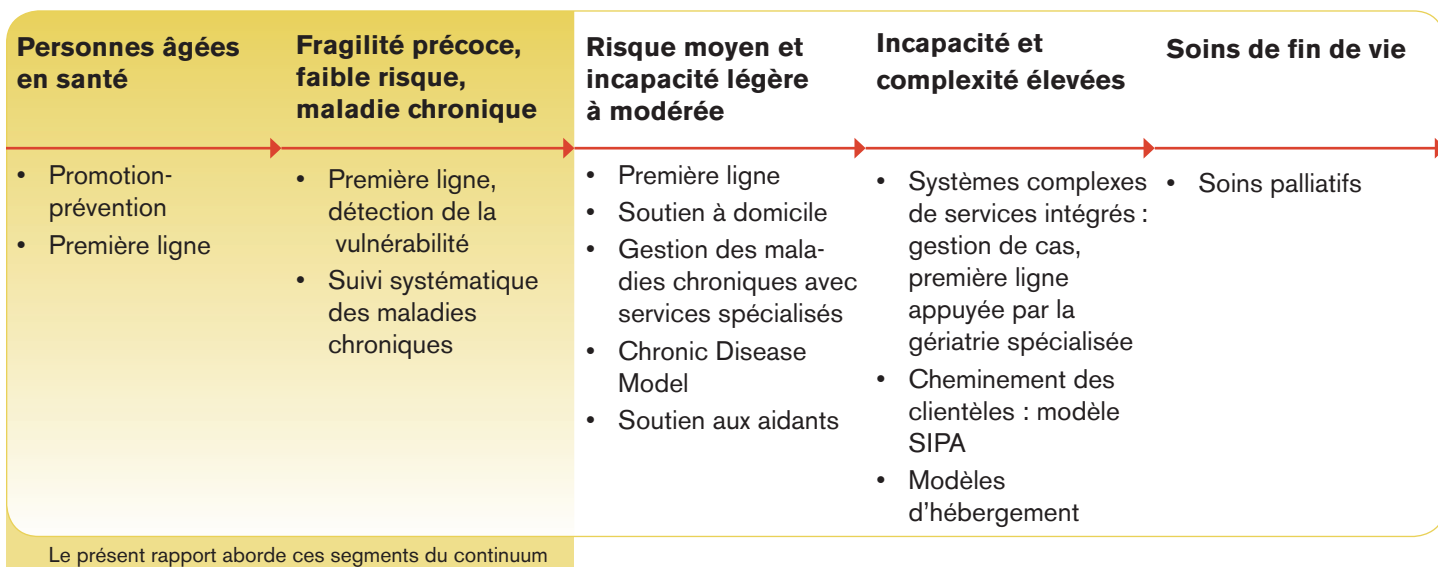
# La nécessité d'un réseau adapté aux besoins des aînés



Voici un exemple du continuum de services adapté à l'évolution des besoins des personnes âgées. Pour maintenir en santé et autonomes le plus longtemps possible les personnes de 65 ans et plus, la promotion-prévention et la première ligne occupent une place stratégique dans notre offre de service. Leur organisation et leur qualité sont un levier important d'efficacité<sup>21</sup>.

Figure 8 :

## Continuum de services pour les personnes âgées



Adapté de : H. Bergman, « Les soins aux personnes âgées : Une complexité et une diversité à saisir », [Présentation au colloque *Le vieillissement à Laval : Défi ou catastrophe?*, Laval, le 3 juin 2009].

## À propos de la promotion-prévention

Les programmes de prévention utilisent un nombre restreint de stratégies, rejoignent peu de personnes comparativement au besoin et ne ciblent qu'une partie des problèmes minant l'autonomie. Une programmation globale de services de promotion et de prévention adaptés aux personnes âgées et intégrant les nouvelles connaissances doit être amorcée à Laval.

Recommandation

13

## À propos des services de première ligne

En 2008, la mise à jour du Programme national de santé publique 2003-2012 décrivait une liste de pratiques cliniques préventives destinées aux cliniciens de première ligne. Il s'agit de pratiques démontrées efficaces auprès des personnes âgées :

- dépistage de la dépression et orientation vers les services appropriés;
- recherche de cas d'abus et de négligence;
- dépistage des maladies chroniques suivantes : cancer du sein, cancer du col, hypertension artérielle, ostéoporose;
- évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile;
- promotion de la vaccination, incluant la vaccination contre le pneumocoque et la vaccination antigrippale annuelle.

Le médecin de famille est au centre de la prestation des soins de première ligne. Des recherches ont démontré que les personnes âgées ayant un médecin de famille étaient plus susceptibles de recevoir des services préventifs<sup>22</sup>.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a procédé, en 2006, à une enquête visant à déterminer plus précisément le nombre de Lavallois n'ayant pas de médecin de famille<sup>23</sup>. Chez les personnes de 18 ans et plus, 29 % rappor-



taient ne pas en avoir. Cette proportion était nettement plus faible chez les personnes de 65 à 74 ans (8,7 %) et chez celles de 75 ans et plus (7 %). Tout de même, 4 421 d'entre elles n'avaient pas de médecin de famille.

Il existe à Laval, comme ailleurs, une pénurie de médecins pour répondre à tous les besoins en première ligne. En outre, 33 % des 321 médecins de famille ont 55 ans ou plus. Au cours des prochaines années, on peut donc anticiper qu'une certaine proportion d'entre eux partiront à la retraite ou diminueront significativement leur activité professionnelle, laissant un nombre important de patients vulnérables aux soins de leurs collègues.

Dans ce contexte, l'organisation des services de première ligne est, à juste titre, une priorité régionale. Le travail en équipe de soins interdisciplinaires, l'utilisation de guides de pratique harmonisés, le partage de systèmes d'information performants sont les ingrédients connus du succès des modèles de prestations de soins primaires pour les maladies chroniques et de services préventifs. ■

Recommandation

14

An elderly couple is shown from behind, sitting on wooden chairs on a grassy lawn. They are holding hands, and the scene is brightly lit, suggesting a sunny day. The man is on the left, and the woman is on the right. The background is a soft-focus landscape with trees and a bright sky.

# LE TEMPS DES ENGAGEMENTS...

**IL EST TEMPS** pour nous tous de considérer le vieillissement comme une richesse et de valoriser l'apport des aînés à notre communauté.

# Entreprendre des actions concrètes

Le phénomène du vieillissement démographique modifiera en profondeur toutes les sphères de notre communauté. Parce qu'ils auront eu de meilleures conditions de vie que leurs parents, les aînés de demain auront probablement un meilleur état de santé global. Il faudra investir pour conserver ce « capital santé ».

Un grand nombre de déterminants d'un vieillissement sain sont interreliés. En agissant en amont sur les conditions de vie, on cible plusieurs causes de la perte d'autonomie. Maintenir ou adopter de saines habitudes de vie, demeurer mobile, entretenir ou développer un réseau social, se sentir utile et respecté dans sa communauté, prendre soin de soi et intervenir tôt en cas de problème sont les ingrédients essentiels.

Il n'est jamais trop tard pour retirer les bienfaits d'un tel investissement. Bien que l'individu soit central dans la démarche, c'est toute une communauté qui doit soutenir un vieillissement actif. La Direction de santé publique de Laval espère que le présent rapport convainc que sont nécessaires :

- 1 des politiques publiques favorisant des conditions de vie adéquates;
- 2 des logements accessibles et salubres;
- 3 des aménagements urbains sécuritaires permettant une consommation de proximité et des lieux de rencontre à l'échelle du quartier;
- 4 la possibilité de s'impliquer et de partager son savoir dans les organisations de la communauté;
- 5 une offre de loisirs actifs;
- 6 un réseau de services de santé et de services sociaux de première ligne favorisant la prévention et l'intervention précoce avec une équipe soignante travaillant proche de la communauté;
- 7 des services de soutien à domicile palliant les incapacités légères ou modérées;

- 8 des services communautaires pour favoriser l'intégration sociale;
- 9 une communication claire et accessible pour tous.

D'un point de vue de santé publique, on ne connaît que peu de programmes efficaces visant les besoins propres aux aînés. Il existe en outre un manque de ressources pour implanter, avec l'intensité souhaitée, ceux qui sont connus.

Au cours des prochaines années, la Direction de santé publique de Laval s'engage à participer aux développements dans ce domaine et à ajuster les actions préventives. Cette implication s'exprime déjà par des gestes concrets. Un profil de santé détaillé a été fait pour soutenir la planification du CSSS de Laval. Un colloque régional sur le vieillissement, tenu en juin 2009, a posé les premiers jalons de la réflexion. De même, la présentation de ce rapport s'impose comme une action tangible.

## VIVRE DANS SON TEMPS

À quel âge devient-on vieux?

1. C. GIRARD (2008), Le bilan démographique du Québec, Québec, Institut de la statistique du Québec.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005), Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Québec, Le Ministère.
3. QUESNEL-VALLÉE et L. SODERSTROM (2008), « Le défi démographique du vieillissement : une menace pour le financement des services de santé? », dans F. BÉLAND et al. (sous la direction de), Le privé dans la santé. Les discours et les faits, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008), Info-Hébergement, Québec, Le Ministère.
5. D. KUH (2007), « A life course approach to healthy aging, frailty and capability », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 62A, no 7, p. 717-721.
6. G. E. VAILLANT et K. MUKAMAL (2001), « Successful aging », *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, no 6, p. 839-847.
7. STATISTIQUE CANADA (2005), [Banque de données], Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, Ottawa, Statistique Canada.
8. Ibid.
9. Ibid.
10. Ibid.
11. Id. (2007), L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique, Ottawa, Santé Canada (no 89-628-XIF au catalogue).
12. Ibid.
13. Id. (2005), [Banque de données], Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, Ottawa, Statistique Canada.
14. H. BERGMAN et al. (2007), « Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm – Issues and Controversies », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 62A, no 7, p. 731-737.
15. L. P. FRIED et al. (2001), « Frailty in older adults: Evidence for a Phenotype », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 56, p. M146-M156.

## MAÎTRISER LE TEMPS

Les conditions de vie des aînés lavallois

1. STATISTIQUE CANADA (2006), Un portrait des aînés au Canada, Ottawa, Santé Canada (n° 89-519-XIF au catalogue).
2. Id. (2005), Le revenu au Canada, Ottawa, Santé Canada (n° 75-202-XIF au catalogue).
3. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2004), Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009, Québec, Gouvernement du Québec.
4. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008), Administrateur en chef de la santé publique : Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008, Ottawa, L'Agence.
5. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE (2007), Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, Ottawa, Le Conseil.
6. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS DU QUÉBEC (s. d.), Fin de la consultation : Dénoncer l'âgisme et célébrer la sagesse, [En ligne]. [[www.mfa.gouv.qc.ca/aînés/consultation-publique/index.asp?view=fin](http://www.mfa.gouv.qc.ca/aînés/consultation-publique/index.asp?view=fin)] (Consulté le 19 février 2009).
7. Ibid.
8. Ibid.
9. C. THOMAS (2002), « First National Study of Elder Abuse and Neglect: contrast with results from other studies », *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 12, p. 1-14.
10. NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (2005), « Elder abuse: Prevalence and Incidence », Fact Sheet. [[www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main\\_Site/pdf/publication/FinalStatistics050331.pdf](http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/pdf/publication/FinalStatistics050331.pdf)].
11. M. LACHS (2004), « Elder abuse », *Lancet*, vol. 364, p. 1263-1272.

## EMPLOYER LE TEMPS

Bien s'entourer pour rester actif

1. M. STROEBE et al. (2007), « Health outcomes of bereavement », *Lancet*, vol. 370, p. 1960-1973.
2. C. LINDSAY (2008), Est-ce que les Canadiens âgés comptent plus d'amis aujourd'hui qu'en 1990?, Ottawa, Statistique Canada (no 89-630-X au catalogue).

3. B. CORNWELL, E. O. LAUMANN et L. P. SCHUMM (2008), « The social connectedness of older adults: a national profile », *American Sociological Review*, vol. 73, no 2, p. 185-203.
4. R. S. CAVAN et al. (1949), *Personal adjustment in Old Age*, Chicago, Science Research Associates.
5. B. W. LEMON, V. L. BENGTON et J. A. PETERSON (1972), « An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity Types and Life Satisfaction among In-Movers to a Retirement Community », *Journal of Gerontology*, vol. 27, p. 511-523.
6. J. B. UNGER et al. (1999), « Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging », *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 54, no 5, p. S245-251.
7. TRANSPORTS CANADA (2004), cité dans le site de l'Association canadienne des ergothérapeutes (2009), Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés, Ottawa, CAOT Publications ACE.
8. Ibid.

## DÉFIER LE TEMPS

Les habitudes de vie des aînés lavallois

1. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC (s. d.), « Nutrition, Personnes âgées », Manuel de nutrition clinique en ligne, [En ligne]. [[http://www.opdq.org/extranet/manuel/opdqManuel/Library/Contenu/personnes\\_ages/index.htm](http://www.opdq.org/extranet/manuel/opdqManuel/Library/Contenu/personnes_ages/index.htm)] (Consulté le 13 février 2009).
2. G. FERLAND (2007), *Alimentation et vieillissement*, 2e édition, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 341 p.
3. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC (s. d.), op. cit.
4. GOUVERNEMENT DU CANADA (2006), *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital – Des faits aux gestes*, Ottawa, Gouvernement du Canada.
5. STATISTIQUE CANADA (2005), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, Ottawa, Statistique Canada.

6. B. NOLIN et D. HAMEL (2005), « Les Québécois bougent plus mais pas encore assez », dans M. VENNE et A. ROBITAILLE (sous la direction de), L'annuaire du Québec 2006, Montréal, Fides, p. 296-311.
7. P. BOISVERT et C. BOUCHARD (1999), Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec et applications, Québec, Ministère de l'Éducation.
8. R. J. SHEPHARD (2001), « La qualité de vie des personnes âgées : une raison essentielle de promouvoir le sport pour tous », dans C. SIMARD et al. (sous la direction de), Le sport pour tous et les politiques gouvernementales : Québec, 18 au 21 mai 2000 : Actes du VIII<sup>e</sup> Congrès mondial du sport pour tous, Québec, Sports internationaux de Québec et Éditions MultiMondes, p. 203-215.
9. P. BOISVERT et C. BOUCHARD (1999), op. cit.
10. B. SKA et Y. JOANETTE (2006), « Normal aging and cognition », Médecine sciences (Paris), vol. 22, no 3, p. 284-287.
11. L. BHERER (2005), « Le vieillissement cognitif chez les personnes âgées en bonne santé », CARDINALE : Revue de cardiologie, p. 8-12.
12. J. VERGHESE et al. (2003), « Leisure activities and the risk of dementia in the elderly », New England Journal of Medicine, vol. 348, no 25, p. 2508-2516.
13. S. L. WILLS et al. (2006), « Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults », JAMA, vol. 23, p. 2805-2814.
14. S. BELLEVILLE (27 mai 2009), Communication personnelle.
3. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1999), Mental Health: A Report of the Surgeon General, Rockville (MD), U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
4. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008), Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution de la problématique de 1981 à 2006, Québec, L'Institut.
5. J. MONETTE et M. MONETTE (2008), « Médicaments et personnes âgées : obstacles à une utilisation optimale », Le médecin du Québec, vol. 43, no 12.
6. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE (2008), Lire l'avenir : Pour répondre aux besoins futurs du Canada en matière de littératie, Ottawa, Le Conseil.
7. L. PAYOT et al. (2006), « Problèmes reliés à la pharmacothérapie comme cause d'hospitalisation chez la personne âgée fragile », Gériatrie, vol. 31, no 10, p. 785-794.
8. MONETTE et M. MONETTE (2008), op. cit.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003), Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, Le Ministère, Direction générale de la santé publique.
10. RÉSEAU FRANCOPHONE DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET DE PROMOTION DE LA SÉCURITÉ (2005), Référentiel des bonnes pratiques : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, Saint-Denis, Éditions INPES.
11. STATISTIQUE CANADA (2007), L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique, Ottawa, Santé Canada (no 89-628-XIF au catalogue).
12. T. OSTBYE (2004), « A 10-year follow-up of urinary and fecal incontinence among the oldest old in the community: The Canadian study of health and aging », Canadian Journal of Aging, vol. 23, no 4, p. 319-331.
13. L. H. MCCARTHY et al. (2009), « Chronic Pain and Obesity in Elderly People: Results from the Einstein Aging Study », Journal of the American Geriatrics Society, vol. 57, p. 115-119.
14. STATISTIQUE CANADA (2005), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Ottawa, Statistique Canada.
15. K. NOUR et al. (2007), « Long-term maintenance of increased exercise involvement following a self-management intervention for housebound older adults with arthritis », International Journal of Behavioral Nutrition, vol. 4, no 4, p. 22.
16. P. BARBERGER GATEAU et al. (2004), « Résultats Paquid », [En ligne]. [www.isped.u-bordeaux2.fr/RECHERCHE/paquid/2004\_Results\_PAQUID.pdf].
17. SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA (2009), « Les statistiques montrent que 71 000 Canadiens de moins de 65 ans sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes », [Communiqué de presse paru le 5 janvier 2009].
18. C. BERR et al. (2005), « Prevalence of dementia in the elderly in Europe », European Neuropsychopharmacology, vol. 15, p. 463-471.
19. H. C. HENDRIE (1998), « Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease », American Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 6, no 2, suppl. 1, p. S3-18.
20. P. BARBERGER GATEAU et al. (2004), op. cit.
21. H. BERGMAN (2009), « Les soins aux personnes âgées : Une complexité et une diversité à saisir », [Présentation au colloque Le vieillissement à Laval : Défi ou catastrophe?, Laval, le 3 juin 2009].
22. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2000), Health Services Research on Aging: Building on Biomedical and Clinical Research. Translating Research Into Practice, Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ Publication No. 00-P012). [www.ahrq.gov/research/tripage.html] (Consulté le 20 mars 2009).
23. M.-R. CORBEIL (2006), Sondage auprès des Lavallois sur la disponibilité d'un médecin de famille, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

## EN TEMPS OPPORTUN

### Le bon service au bon moment

1. M. ANDERSON et al. (2002), 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.
2. C. LAGACÉ (2007), Maintien en emploi, retraite et santé, Québec, Institut national de santé publique.



**Ceci est peut-être la fin de ce document...**



**Mais c'est aussi le temps du commencement.**

***LE TEMPS D'AGIR... ENSEMBLE!***



**RAPPORT DE LA DIRECTRICE  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DE LAVAL**

Le vieillissement à Laval

**LE TEMPS  
D'AGIR**

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Laval

Québec 

Direction de santé publique