



Centre d'écologie
urbaine de Montréal



Diagnostic de la mobilité des aînés aux abords des établissements de santé

En bref

Profil des aînés¹ québécois

- En 2066, les aînés québécois composeront 27,7% de la population (2,7 millions de personnes, en majorité des femmes).
- Quelque 75% des aînés présentent des problèmes de santé de longue durée.
- De nombreuses personnes âgées voient leurs déplacements affectés par une ou plusieurs incapacités.

L'aménagement des établissements de santé, un déterminant du déplacement actif des aînés?

- Des parcours conviviaux et sécuritaires réduisent l'isolement social et améliorent l'accès aux services pour tous.
- Les aînés actifs ont un plus faible taux de mortalité, et l'activité physique prévient les « marqueurs biologiques » associés à diverses maladies.
- Une meilleure santé fonctionnelle générée par l'activité physique réduit les risques de chute et de déclin des capacités cognitives.

La vision et l'approche de la Zone Santé pour un vieillissement actif

La prestation des soins de santé au Québec emprunte diverses formes. Cependant, il suffit d'une marche aux abords d'un établissement de santé pour constater l'inadéquation entre les aménagements et les besoins des aînés, tant pour y accéder, y être accueillis ou y accompagner une personne.

C'est pourquoi la **Zone Santé** encourage le vieillissement et les déplacements actifs au sein d'environnements fréquemment visités par les aînés. À l'instar de la zone scolaire, la Zone Santé propose un modèle d'aménagement de l'environnement bâti aux abords des établissements de santé qui favorise les déplacements actifs et sécuritaires chez les aînés. L'implantation d'aménagements écologiques et à l'échelle du piéton aîné, de mobilier confortable, ombragé et permettant de s'asseoir et de se reposer, est ainsi au cœur des réflexions de la Zone Santé pour un vieillissement actif. La vision de la Zone Santé considère que l'établissement de santé a un rôle contributif à la promotion de la santé hors de ses murs.

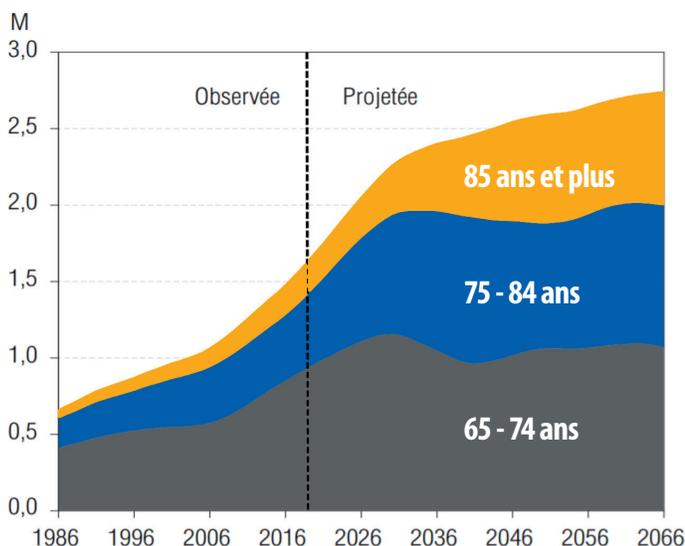
Les aînés au Québec

Profil des aînés québécois

Les plus récentes projections démographiques de la population québécoise sont claires : le nombre d'aînés continuera d'augmenter dans les prochaines années. En plus d'une hausse du nombre absolu des individus de ce groupe d'âge, la proportion de ce groupe au sein de la population québécoise augmentera également². Le poids démographique de la population de 65 ans et plus augmentera de 10 % en cinquante ans, passant d'une proportion de 18 % de la population en 2016 (1,5 million de personnes), à 27,7% en 2066³ (2,7 millions de personnes). Les catégories d'âge des 75-84 ans et des 85 ans et plus sont celles qui verront leur poids démographique augmenter le plus rapidement⁴. Certaines régions (ex. : Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent) observeront même un recul de tous les autres groupes d'âge au même moment, ce qui entraînera une proportion encore plus grande des 65 ans et plus⁵.

L'isolement social (rareté des contacts) et la solitude (perception de l'écart entre les contacts sociaux vécus et souhaités) sont également des enjeux ayant un impact non négligeable sur la santé des aînés québécois⁶. Sachant que 30,1 % des aînés québécois vivent seuls et que cette situation passe à 36,2 % pour les 75 ans et plus⁷, ces enjeux ont des impacts tangibles sur la santé physique et mentale d'une part importante d'aînés, tels que l'accroissement de l'anxiété ou de la dépression.

Population observée et projetée des aînés selon le groupe d'âge, scénario Référence (A), Québec, 1986-2066



Sources : Statistique Canada, Estimations démographiques (données observées).

Institut de la statistique du Québec (données projetées).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Quelque **19 %** des aînés canadiens affirment manquer de compagnie ou se sentir isolés⁸;

Près de **30 %** des aînés canadiens risquent d'être confrontés à l'isolement social⁹;

Le risque d'hospitalisation est de **4 à 5 fois** plus élevé pour les aînés isolés¹⁰.

Des projections récentes¹¹ prévoient que la pauvreté chez les aînés s'atténuera dans les prochaines décennies¹². Toutefois, les aînés vivant seuls continueront d'être plus susceptibles de se retrouver en situation de précarité¹³.

Santé et saines habitudes de vie

Les établissements de santé s'adressent aux personnes ayant ou suspectant des problèmes de santé. Sachant que 75 % des aînés présentent des problèmes de santé de longue durée, la fréquentation (plus ou moins régulière selon le cas) des différents établissements de santé leur est essentielle pour assurer un maintien de leur qualité de vie¹⁴.

Les principaux enjeux de santé recensés chez cette population concernent 1- l'hypertension (45 % des cas); 2- l'arthrite, l'arthrose ou le rhumatisme (40 %); 3- les maladies cardiaques (22 %); 4- le diabète (18,7 %) et; 5- la bronchite chronique, l'emphysème, la maladie pulmonaire obstructive chronique (9,6 %)¹⁵. Les conséquences de ces maladies peuvent mener à la réduction des capacités (motrices, cognitives, visuelles, etc.) des aînés à se mouvoir. À titre d'exemple, l'hypertension peut mener à des problèmes liés au fonctionnement du cœur, du cerveau ou de la vision¹⁶.

En plus de ces enjeux, plusieurs types d'incapacité peuvent affecter le déplacement des personnes âgées. Cinq types d'incapacité sont particulièrement observables auprès des aînés québécois : 1- l'agilité (35,1 %); 2- la mobilité (34,2 %); 3- l'audition (18,5 %); 4- la mémoire (11,6 %) et; 5- la vision (8,6 %)¹⁷. De plus, ces limitations fonctionnelles ne sont pas exclusives. Souvent, elles se

cumulent, ce qui aggrave l'état de santé des personnes âgées et accentue leurs incapacités. Même si un peu plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus sont sujettes à au moins une de ces limitations, il faut prendre en compte la variabilité des profils individuels à l'intérieur

La population de 65 ans et plus augmentera de 10 % en cinquante ans

de ce groupe d'âge. En effet, alors qu'environ un aîné sur trois éprouve des problèmes de santé majeurs, les deux tiers restants peuvent mener un mode de vie actif sans adaptation¹⁸.

Enfin, le contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19 est également à prendre en considération. Même s'il est trop tôt pour avoir des données concernant l'impact de cette crise sanitaire, il est admis que le déconditionnement physique, psychologique, cognitif et social des aînés s'est aggravé et que des états de vulnérabilité se sont développés¹⁹.



La mobilité des aînés

Habitudes de déplacement des aînés

Un peu plus de 7 aînés québécois de 65 ans à 75 ans sur 10 conduisent leur propre automobile, mais ce nombre décroît avec l'âge²⁰. Cette habitude généralisée suscite des enjeux, notamment en lien avec les limitations physico-cognitives. Ces dernières impliquent souvent la perte de la capacité de conduire, ce qui peut provoquer de l'isolement et un sentiment de perte de liberté et de dépossession lors du passage à un autre mode de déplacement. Selon le contexte (urbain, semi-rural, rural, etc.), l'accès à des solutions de rechange est inégal, ce qui amplifie, dans certains cas, l'isolement. En effet, la conduite d'un véhicule de manière autonome représente pour cette population la possibilité de maintenir « un niveau de participation sociale, particulièrement dans les zones périurbaines et rurales »²¹. L'autonomie associée à la conduite automobile reste toutefois une question de perception²².

De plus, malgré le faible recours aux modes de transport collectif, adapté et actif chez cette population, ces options de déplacement sont utilisées de façon complémentaire et font partie intégrante du cocktail de mobilité à disposition des aînés. À titre d'exemple, selon une étude, près du tiers des aînés canadiens déclarent avoir utilisé les transports actifs au moins une fois au cours du dernier mois²³.

D'autres facteurs sont également à considérer dans l'étude des déplacements des aînés, soit l'impact de la saisonnalité dans les habitudes de déplacements; l'importance de la densité et de la proximité des services; la plus faible utilisation de la voiture chez les populations à faible revenu ou encore le lien entre l'accès à des options de mobilité et la participation sociale des aînés. Relativement à une majorité de ces facteurs²⁴, il apparaît que les femmes sont plus touchées que les hommes.

Impacts des choix d'aménagement sur la santé et l'équité

Un milieu de vie conçu pour les besoins de tous les piétons induit des impacts importants en matière de santé et d'équité, en réduisant l'isolement social et en améliorant l'accès aux services pour tous²⁵. Ainsi, l'aménagement de parcours conviviaux, accessibles universellement, facilement compréhensibles, sécuritaires et proposant des lieux de rencontre, de repos, avec de la verdure et des zones d'ombre, est essentiel.

Suivant la même logique, les aménagements permettant la mobilité des aînés contribuent au déplacement confortable et sécuritaire de toute la population, et ce, peu importe les conditions de déplacement ou les ressources financières des ménages. Alors que les personnes les plus riches sont de 3 à 4 fois plus actives²⁶

et que le taux d'obésité a triplé au Canada entre 1985 et 2011²⁷, ces espaces favorisant les efforts physiques fonctionnels et de loisir permettent à une plus grande part de la population de demeurer active. Les bienfaits de l'activité physique pour les aînés sont majeurs. Les aînés actifs ont un plus faible taux de mortalité (toutes causes confondues), et l'activité physique prévient les « marqueurs biologiques » associés aux maladies cardiovasculaires, au diabète de type 2 et à la faiblesse des os²⁸. De plus, une meilleure santé fonctionnelle produite par l'activité physique réduit les risques de chute (première cause de décès par traumatisme non intentionnel chez les aînés québécois²⁹), d'isolement social, et de déclin des capacités cognitives³⁰.

Sources

- 1 Une personne aînée ou âgée est considérée comme faisant partie du groupe d'âge des 65 ans et plus.
- 2 Institut de la statistique du Québec (2019). *Démographie : Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066*. statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf
- 3, 4, 5 *Ibid.*
- 6 Institut national de la santé publique du Québec (2020). *Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes aînées en contexte de pandémie*. inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf
- 7 Statistique Canada (2008-2009). *Recensement de la population de 2016*. Produit numéro 98-400-X2016028 au catalogue de Statistique Canada.
- 8 Statistique Canada (2008-2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillesse en santé (ESCC)*.
- 9 Keefe, J., Andrew, M., Fancey, P. et Hall, MA. (2006). *A Profile of Social Isolation in Canada*. Rapport présenté au président du Groupe de travail fédéral, provincial et territorial (FPT) sur l'isolement social.
- 10 Réseau Quartiers verts (2019). *Nos quartiers en santé : Parlons-en!*. urbanisme-participatif.ca/sites/default/files/upload/document/tool/ceum-rqv-nos_quartiers_parlons-en-fr-web_8_panneaux.pdf
- 11 Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (2020). *La pauvreté des personnes de 55 ans et plus au Québec : du travail à la retraite*. mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_pauvrete-55ans-quebec.pdf
- 12 Les chercheurs ayant effectué ces projections observent toutefois que la situation n'est pas aussi réjouissante pour les personnes âgées seules qui restent très près des seuils de pauvreté. Ainsi, à la moindre augmentation de ces seuils, beaucoup se retrouveraient en situation de pauvreté.
- 13 Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (2020). *La pauvreté des personnes de 55 ans et plus au Québec : du travail à la retraite*. mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_pauvrete-55ans-quebec.pdf
- 14 Institut de la statistique du Québec (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*. statistique.quebec.ca/en/fichier/enquete-quebecoise-limitations-activites-maladies-chroniques-vieillesse-2010-2011-utilisation-services-sante-services-sociaux-par-personnes-65-ans-et-plus-volume-3.pdf
- 15, 16, 17, 18 *Ibid.*
- 19 Réseau FADOQ (2020). *Prévenir le déconditionnement chez l'aîné*. fadoq.ca/reseau/ressources/sante-et-bien-etre/prevenir-le-deconditionnement-chez-laine
- 20 Statistique Canada (2012). *Profil des habitudes liées au transport chez les aînés*. www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-008-x/2012001/article/11619-fra.pdf?st=yGj-ORYk
- 21 Dumas, C. (2012). *Mobilité des personnes âgées*. *Gérontologie et société*, 2(2), 63-76.
- 22 Statistique Canada (2012). *Profil des habitudes liées au transport chez les aînés*. www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-008-x/2012001/article/11619-fra.pdf?st=yGj-ORYk
- 23, 24 *Ibid.*
- 25 Réseau Quartiers verts (2019). *Nos quartiers en santé : Parlons-en!*. urbanisme-participatif.ca/sites/default/files/upload/document/tool/ceum-rqv-nos_quartiers_parlons-en-fr-web_8_panneaux.pdf
- 26, 27 *Ibid.*
- 28 Organisation mondiale de la Santé (2021). *L'activité physique des personnes âgées*. who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/#:~:text=ont%20une%20meilleure%20sant%C3%A9%20fonctionnelle,voir%20leur%20r%C3%B4le%20social%20diminuer
- 29 Institut national de santé publique du Québec (2021). *Aînés*. inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/groupe-d-age/aines
- 30 Organisation mondiale de la Santé (2021). *L'activité physique des personnes âgées*. who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/#:~:text=ont%20une%20meilleure%20sant%C3%A9%20fonctionnelle,voir%20leur%20r%C3%B4le%20social%20diminuer

978-2-924108-42-0

Un projet de



En collaboration avec



L'ANONYME



En partenariat avec :

