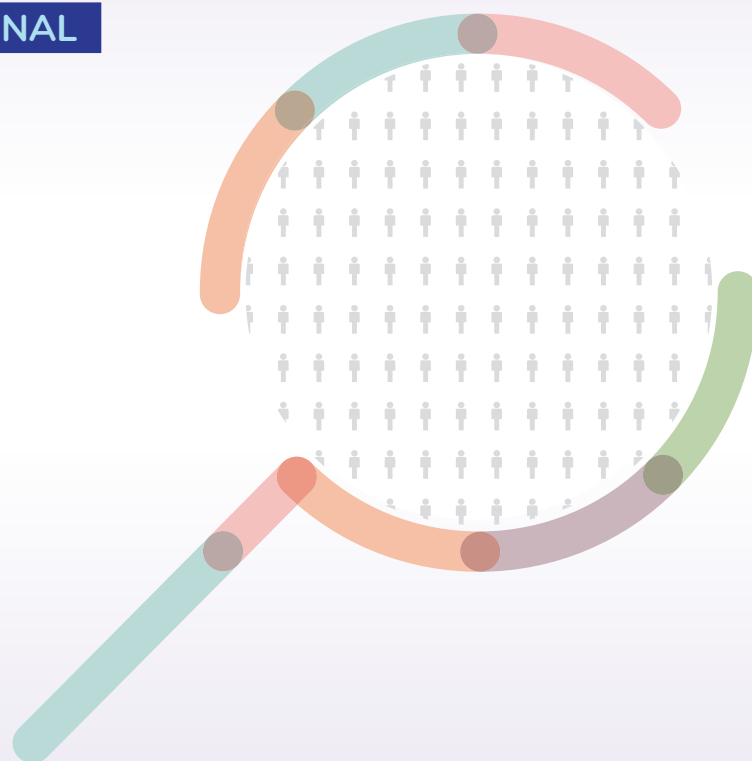


VIEILLIR EN SANTÉ

RAPPORT DU DIRECTEUR NATIONAL

DE SANTÉ PUBLIQUE 2021



Le dixième rapport du directeur national de santé publique a été élaboré conjointement par la Direction de la surveillance de l'état de santé, la Direction de la promotion des saines habitudes de vie et la Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que par l'Institut national de santé publique du Québec, sous la direction de : **Horacio Arruda, M.D., FRCP, Directeur national de santé publique**

Comité de gestion

Martine Pageau, ministère de la Santé et des Services sociaux
Julie Rousseau, ministère de la Santé et des Services sociaux
Julie Soucy, ministère de la Santé et des Services sociaux

Équipe-projet

Denise Aubé, Institut national de santé publique du Québec
Caroline Caux, ministère de la Santé et des Services sociaux
Hélène Lepage, ministère de la Santé et des Services sociaux
Pierre Patry, ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction

France Goyette, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Hélène Lepage, ministère de la Santé et des Services sociaux

Corédaction

Denise Aubé, Institut national de santé publique du Québec
Réal Morin, Institut national de santé publique du Québec

Contribution à la réalisation

Myriam Croteau-Thomassin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Catherine Lefrançois, ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Hélène Lussier, Institut national de santé publique du Québec
Marianne Ruel, ministère de la Santé et des Services sociaux
André Tourigny, Institut national de santé publique du Québec

Relecture

Dominic Bélanger, Vincent Defoy, André Dontigny, Geneviève Doray, Véronique Laveau, Sabrina Marino, Sylvie Poirier, ministère de la Santé et des Services sociaux

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont collaboré, de près ou de loin, à la préparation, à l'élaboration et à la révision du présent document.

Révision linguistique

Yvette Gagnon

Édition

Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux

Référence suggérée

Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2020). *Vieillir en santé*, [Dixième rapport du directeur national de santé publique], 46 p.

Le présent document n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

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

Dépôt légal – 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-89633-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021



MISE EN GARDE

Le rapport *Vieillir en santé* a été élaboré dans le but de faire le point sur l'état de santé des aînés, leurs conditions de vie et les milieux dans lesquels ils évoluent. Il met en lumière la diversité des réalités vécues et, par le fait même, l'influence qu'ont les grands déterminants de la santé sur les individus. En effet, il montre que les habitudes de vie, la situation socioéconomique et les environnements dans lesquels les personnes se développent conditionnent le vieillissement en santé de même que le maintien de l'autonomie. Le rapport vise à constater les acquis, mais également à cerner les défis qui persistent ainsi que les actions à engager pour que la société puisse davantage s'adapter aux changements démographiques, lesquels sont déjà bien amorcés.

Il convient de souligner que le présent rapport du directeur national de santé publique a entièrement été rédigé avant la pandémie de la COVID-19. La situation exceptionnelle qui prévaut depuis le printemps 2020 au Québec ayant retardé la diffusion du document, certaines données que celui-ci contient pourraient ne pas être les plus récentes. De plus, le portrait qui est dressé dans le rapport ne tient pas compte de la réalité vécue par les aînés pendant la crise sanitaire, notamment dans les milieux de vie tels que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les résidences privées pour aînés (RPA). Les données qui ont été recueillies jusqu'ici ont révélé que les aînés demeurant dans ces milieux ont été exposés à un risque notable de transmission de la COVID-19. On évalue qu'en décembre 2020, environ 10 % des aînés de 80 ans et plus, soit près de 40 000 personnes, vivaient dans les CHSLD du Québec. Du début de la pandémie jusqu'à novembre 2020, plus de la moitié des CHSLD (52 %) ont compté au moins un résident atteint par la maladie. Parmi ces centres, 14 % ont été gravement affectés pendant la première vague, et ce, avec plus de 50 cas par 100 lits¹. Le contexte particulier de ces milieux de vie, comme l'usage d'espaces partagés et les contacts fréquents avec les pairs ou les membres du personnel soignant, a contribué à la transmission de la COVID-19. D'ailleurs, plusieurs RPA ont aussi été victimes d'éclosions depuis l'arrivée du virus au Québec. Indépendamment du milieu de vie, on estime à ce jour que 21 % des cas de la COVID-19 confirmés du Québec ont été recensés chez des personnes âgées de 60 ans et plus². Ce groupe d'âge représente une grande partie des hospitalisations attribuables à la maladie et, malheureusement, la vaste majorité des décès (près de 97 %)³. Le taux de mortalité augmentant en fonction de l'âge, la pandémie a démontré la grande vulnérabilité des aînés face à ce virus.

Au-delà du nombre de cas d'infection et des impacts directement attribuables à la COVID-19, les conséquences de la pandémie sur la vie des Québécois ont été nombreuses. On n'a qu'à penser au bouleversement des habitudes de vie, à l'insécurité alimentaire, à la modification des conditions de travail, à la détresse psychologique ou à l'isolement social. Les inégalités sociales de santé, déjà bien présentes avant la crise sanitaire, se sont également accentuées. Il est encore trop tôt pour évaluer l'ensemble des effets que la période pandémique a eu et continuera d'avoir sur la santé physique et mentale, ainsi que sur le bien-être des Québécois. Les enjeux touchant particulièrement les aînés, et ayant été aggravés durant cette période, nécessiteront une analyse plus approfondie avant d'être abordés dans d'autres publications. Les répercussions des mesures exceptionnelles mises en place pour contrer la pandémie devront aussi être prises en considération, entre autres en ce qui a trait au déconditionnement de certains aînés. Malgré tout, le présent document rassemble des données qui permettent d'obtenir un portrait juste de la situation préalable à l'émergence de la COVID-19.

-
1. Élise Fortin et autres, *Portrait de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) chez les résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec*, [Fichier PDF], Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2020, 8 p. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/3088-portrait-chsld-covid19>]
 2. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Données sur la COVID-19 au Québec, Répartition des cas confirmés selon le groupe d'âge*, [En ligne], mis à jour le 9 juin 2021. [<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec/#c63028>] (Consulté le 10 juin 2021)
 3. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Données sur la COVID-19 au Québec, Répartition des décès selon le groupe d'âge*, [En ligne], mis à jour le 9 juin 2021. [<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec/#c63031>] (Consulté le 10 juin 2021)

MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Depuis quelques années, le profil démographique de notre société est en pleine mutation. En effet, les Québécoises et les Québécois âgés de plus de 65 ans représentent une part croissante de la population, phénomène qui se poursuivra au cours des prochaines décennies. Cela représente certes un défi majeur qu'il nous faudra relever collectivement, notamment sur le plan de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux. La nature des soins à fournir ainsi que la manière dont ces derniers sont offerts s'en trouveront également transformés à jamais.

La crise sanitaire que nous vivons nous a d'ailleurs amenés sur le terrain d'une telle transformation. Cette évolution accélérée de nos pratiques nous a offert l'occasion d'amorcer des changements afin de mieux prendre soin des personnes vulnérables au sein des milieux de vie qui ont été durement frappés par la pandémie. Il y a ainsi des réalités dont il faudra tenir compte. Nous prendrons les moyens appropriés pour le faire, en nous appuyant sur des outils probants tels que le présent document, mais aussi d'autres études à venir qui nous permettront de faire un bilan concret des derniers mois.

Vous êtes invités à parcourir ce rapport dans une visée plus générale, pour prendre connaissance des renseignements très pertinents qu'il nous livre, que ce soit pour nous montrer la grande diversité des réalités vécues par les aînés et leurs proches ou pour nous informer des difficultés qui les fragilisent et compromettent leur bien-être. Ce texte constitue une référence de choix pour nous aider à comprendre la pluralité des vieillissements et ainsi mieux tenir compte des besoins des personnes âgées afin de favoriser, au cours des prochaines années, un vieillissement en santé. Je vous suggère donc de le consulter et d'en faire l'un de vos outils de prédilection.

Christian Dubé

Ministre de la Santé et des Services sociaux

MESSAGE DE LA MINISTRE RESPONSABLE DES AÎNÉS ET DES PROCHES AIDANTS

Préparé avant la pandémie de la COVID-19, le présent document se doit d'être consulté et analysé avec un certain recul. Les observations et les conclusions qu'il présente doivent être lues à la lumière des changements des derniers mois. Cette crise nous ayant fortement mis à l'épreuve, elle nous aura menés à repenser entre autres les milieux de vie des aînés, afin de tenir davantage compte de la sécurité de ces personnes, mais aussi de l'isolement qui peut les affecter. Ces enjeux feront l'objet de prochains rapports, mais des gestes concrets sont déjà posés et d'autres le seront sous peu pour changer les choses en profondeur.

Les constats formulés dans ce rapport, qui influencera dorénavant nos façons de faire et nos approches en matière de santé, contribuent tout de même à renforcer notre conviction qu'il faut tout faire pour favoriser l'épanouissement des personnes âgées et faciliter leur participation sociale, notamment en soutenant leur désir de mener une vie active et de prendre part au dynamisme de leur communauté, quelle que soit l'ampleur de leur contribution. Notre politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* et les mesures inscrites dans le plan d'action *Un Québec pour tous les âges* vont également dans ce sens. Afin de poursuivre nos efforts, il faut d'abord leur offrir de meilleurs soins et de meilleurs services, tout en considérant les personnes proches aidantes qui les entourent, de même que des milieux de vie encore mieux adaptés à leurs besoins psychosociaux. Les maisons des aînés et alternatives, que nous sommes en train de construire un peu partout sur le territoire québécois avec l'implantation de la politique d'hébergement de soins et services de longue durée, témoignent d'ailleurs de nos actions concrètes en ce sens.

Et nous ne sommes pas seuls à nous être engagés dans cette voie. En effet, de nombreux organismes et des milliers de personnes font progresser la cause du mieux-être des aînés, chacun dans son créneau respectif. Ensemble, ils contribuent à améliorer la qualité de vie des aînés et œuvrent à la création d'environnements favorables aux échanges intergénérationnels. Leur engagement porte ses fruits, et je suis persuadée qu'il fait une réelle différence auprès des personnes âgées et de la collectivité.

Je souhaite donc que ce rapport du directeur national de santé publique puisse encore mieux nous guider dans nos actions à venir. En effet, il apporte de très intéressantes pistes de solution pour favoriser le vieillissement actif des citoyens et valoriser le pouvoir d'agir des personnes âgées, qui apportent plus que jamais une contribution importante à nos communautés par leur participation sociale et leur engagement bénévole ou professionnel.

Marguerite Blais

Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants

AVANT- PROPOS

Depuis quelques décennies, le paysage démographique du Québec change. La proportion croissante des personnes âgées dans la population place la société québécoise devant un certain nombre de défis à relever. Nous savons déjà que des adaptations s'imposeront sur plusieurs plans. Nous pouvons notamment prévoir qu'il faudra davantage de programmes et de services adaptés aux aînés pour répondre à leurs besoins au cours des années à venir, et que les inégalités sociales de santé continueront d'être un enjeu auquel nous devons prêter une attention particulière. Cette affirmation est d'autant plus vraie à la suite de la pandémie, qui a été particulièrement éprouvante pour les aînés. Prendre en considération les différentes réalités des individus s'avère primordial pour que chacun puisse évoluer et vieillir en santé au sein d'une société toujours plus inclusive.

Lorsque nous pensons au vieillissement en santé, différents aspects liés à la santé physique nous viennent spontanément à l'esprit. Pourtant, les activités sociales, la participation à la vie dans sa communauté et le sentiment d'utilité contribuent grandement au vieillissement en santé. Mais, pour que cette vie sociale soit riche et satisfaisante, il faut pouvoir compter sur des environnements sains et sécuritaires qui permettent les déplacements actifs et qui suscitent la participation des personnes âgées. Le milieu de vie est donc une composante dont il faut se préoccuper, non seulement dans la perspective de la préservation et de l'amélioration de la santé, mais également dans celle du maintien de l'autonomie des personnes. Pour les aînés, comme pour l'ensemble de la population, cette autonomie a une valeur inestimable.

C'est en conjuguant nos forces que nous pourrions faire progresser encore la santé et le bien-être des personnes âgées, notamment par le déploiement d'un éventail d'actions de santé publique favorisant les saines habitudes de vie ou visant l'amélioration des conditions de vie et de la qualité des milieux dans lesquels les aînés évoluent. Ces actions interpellent les acteurs du domaine de la santé, mais aussi ceux d'autres secteurs d'activité. Déjà, en s'engageant dans la Politique gouvernementale de prévention en santé, un ensemble de ministères et d'organismes ont choisi d'aller de l'avant pour influencer positivement la santé de la population. Ainsi, une panoplie d'initiatives très inspirantes, régionales ou locales, ont cours. Il est important de poursuivre nos efforts de façon concertée, afin que les personnes âgées d'aujourd'hui et de demain puissent s'épanouir, être actives et autonomes le plus longtemps possible.

Je vous invite à prendre connaissance du présent rapport, lequel décrit la situation des personnes âgées québécoises. Comme annoncé, les données relatives à l'état de santé ont été rassemblées avant la pandémie de la COVID-19. Or, cette période a bouleversé de multiples facettes de la vie des aînés et, par le fait même, a certainement contribué à modifier leur santé globale. Le rapport présente néanmoins les déterminants sur lesquels nous devons plus que jamais agir pour favoriser un vieillissement en santé. Il contient également des pistes de réflexion de même que de nombreuses stratégies pas moins prometteuses qu'avant la crise sanitaire.

Le vieillissement nous concerne tous. Je suis persuadé qu'ensemble, nous pouvons faire changer les choses et faire en sorte qu'il soit possible de vieillir en santé au Québec.

Horacio Arruda, M.D., FRCPC

Directeur national de santé publique

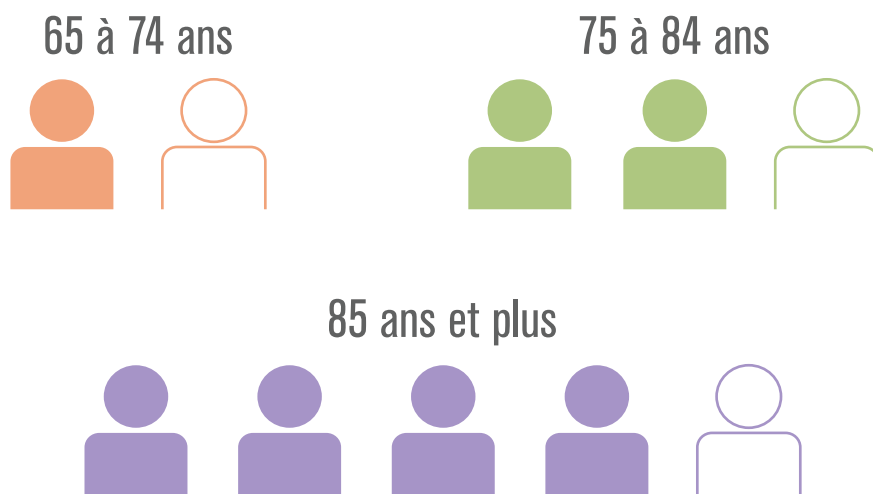
TABLE DES MATIÈRES

III	Message du ministre de la Santé et des Services sociaux	
V	Message de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants	
VII	Avant-propos	
1	Faits saillants	
3	Introduction	
5	Chapitre 1 – Le vieillissement : des réalités plurielles	
	1.1 Le vieillissement, un processus continu.....	6
	1.2 L'influence du parcours de vie sur l'état de santé des personnes vieillissantes.....	6
	1.3 Les mythes et les préjugés à l'égard des aînés	7
	1.4 Le vieillissement comme enjeu de société et de santé publique	8
9	Chapitre 2 – L'état de la situation	
	2.1 Qui sont les aînés d'aujourd'hui ?.....	10
	2.2 L'état de santé des aînés.....	11
	2.3 La situation socioéconomique des aînés.....	17
	2.4 Les environnements favorables à la santé et au bien-être des aînés.....	19
23	Chapitre 3 – Agir pour favoriser un vieillissement en santé	
	3.1 Ce que nous faisons déjà ou prévoyons faire	24
	3.2 Ce que nous pouvons faire de plus et de mieux.....	27
35	Conclusion	
37	Références	
45	Indicateurs et sources des données présentées dans les figures	

FAITS SAILLANTS

Coup d'œil sur le vieillissement au Québec

- La proportion des aînés dans la population québécoise augmente : elle était de 18 % en 2016 et devrait être de 28 % en 2066.
- Le vieillissement est influencé par le parcours de vie propre à chacun. Les aînés présentent une grande diversité de profils.
- La majorité des aînés de 65 ans et plus, soit 80 %, ont une perception positive de leur santé.
- Avec l'âge, davantage de personnes sont affectées par les incapacités.



- Plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus sont physiquement actives. L'activité physique joue un rôle de premier plan dans la prévention des maladies chroniques ainsi que dans le maintien et le développement de la réserve cognitive.
- Pour de nombreuses personnes âgées du Québec, l'environnement bâti ne facilite pas les déplacements actifs, la marche en particulier.
- Les relations sociales qu'entretiennent au quotidien les personnes âgées dans leur milieu de vie exercent une influence positive sur leur santé.
- Un aîné québécois sur cinq est un proche aidant. Plus du tiers des proches aidants aînés consacrent 10 heures et plus par semaine au soutien à une personne.
- Plus d'une personne sur cinq âgée de 65 à 69 ans travaille ou souhaite trouver un emploi.

Quelques pistes d'amélioration

- Agir davantage sur les déterminants de la santé pour retarder l'apparition des maladies chroniques et le déclin cognitif, et ainsi favoriser le maintien de l'autonomie jusqu'à un âge avancé.
- Intensifier les efforts visant à réduire les inégalités sociales de santé.
- Créer des environnements mieux adaptés aux capacités des personnes vieillissantes.
- Contrer l'âgisme et multiplier les actions permettant de briser l'isolement social.
- Optimiser la communication et l'information destinées aux aînés.

INTRODUCTION

Qui sont les aînés et qu'est-ce qui les distingue ?

Comment se portent les aînés d'aujourd'hui au Québec ?

Que faire pour favoriser un vieillissement en santé ?

Les enjeux soulevés par les questions en exergue se situent au cœur du présent rapport. Entre 1970 et 2010, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus a quintuplé au Québec, plaçant celui-ci au quatrième rang quand on le comparait, en 2015, aux trente-quatre pays faisant partie de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE (1). La proportion des aînés dans la population québécoise, qui était de 18 % en 2016, devrait atteindre 25 % en 2031 et 28 % en 2066 (2). Les changements démographiques ayant eu lieu au Québec sont principalement dus à la baisse importante de la natalité amorcée durant les années 1960 et à l'amélioration relativement constante de l'espérance de vie à la naissance. Le vieillissement démographique s'accélère au fur et à mesure que les baby-boomers, nés entre 1946 et 1966, entrent massivement dans le groupe des 65 ans et plus. Aujourd'hui, les gains additionnels en ce qui concerne l'espérance de vie sont essentiellement générés par l'âge plus avancé auquel les personnes décèdent (3). Les aînés du Québec seront plus nombreux et vivront plus longtemps que ceux des générations qui les ont précédés.

Le fait que le vieillissement démographique soit particulièrement rapide au Québec impose de s'adapter et de faire des choix judicieux. Au cours des dernières années, les ministères et les organismes gouvernementaux se sont donc mobilisés pour adapter à l'évolution démographique et sociétale l'ensemble des services qu'ils offrent. En témoigne, entre autres, l'adoption, dès 2012, d'une politique et de plans d'action fondés sur le vieillissement actif : *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec (2012-2017)* et *Un Québec pour tous les âges (2018-2023)*.

Une bonne compréhension de la réalité actuelle des aînés québécois permet de mieux cerner les enjeux qui se posent sur les plans individuels et collectifs pour préserver le plus longtemps possible la qualité de vie, le bien-être et l'autonomie des personnes âgées. Cela implique de poursuivre le travail amorcé, celui de s'intéresser aux conditions de vie des aînés et aux environnements dans lesquels ils vivent, afin de mieux comprendre comment ces éléments les influencent et de définir les contributions collectives susceptibles de favoriser le bien-être des aînés, dans le respect de leurs intérêts et de leurs capacités.

En 2015, l'Organisation mondiale de la santé rappelait que, pour pleinement profiter de sa vieillesse, une fois ses besoins élémentaires satisfaits, il faut miser sur les aptitudes fonctionnelles suivantes : pouvoir se déplacer; avoir la possibilité de construire et de maintenir des relations sociales; pouvoir s'investir pour apprendre, se développer sur le plan personnel et prendre des décisions; pouvoir contribuer à la société (4).

Le présent rapport traduit cette vision. Il fait ressortir l'importance de reconnaître la contribution des aînés à la société québécoise. Il vise à faire le point sur la santé et les conditions de vie des aînés ainsi que sur les acquis; il vise également à cerner les défis qui persistent et les actions à engager pour que la société puisse mieux s'adapter aux changements démographiques. Une attention particulière sera prêtée aux éléments suivants :

- considérer la grande diversité des réalités vécues par les aînés;
- agir le plus tôt possible pour favoriser un vieillissement en santé sur les plans physique, cognitif et social;

-
- repérer et veiller à diminuer les obstacles susceptibles de nuire à l'autonomie ou à l'inclusion sociale des aînés;
 - présenter les principales adaptations qui ont une portée à cet égard et qui relèvent de différents secteurs de la société.

Le rapport comprend trois chapitres. Le premier présente brièvement la réalité des aînés d'aujourd'hui et les différents enjeux liés à leur qualité de vie et à leur bien-être. Le deuxième chapitre dresse un portrait des aînés selon plusieurs aspects : démographie, santé et ses déterminants, caractéristiques socioéconomiques et environnements. Le troisième chapitre comprend deux volets; le premier porte sur les programmes, politiques ou initiatives, principalement en matière de santé et de services sociaux, existants ou prévus et le second, sur des actions prometteuses pour un vieillissement en santé.

CHAPITRE 1

LE VIEILLISSEMENT : DES RÉALITÉS PLURIELLES

Alors que plusieurs pays ont connu un vieillissement démographique progressif depuis le début du vingtième siècle, le Québec est devenu, en quelques décennies, l'une des sociétés les plus vieilles en Occident (1).

Les personnes âgées d'aujourd'hui sont en meilleure santé que celles d'autrefois. Le vieillissement démographique représente néanmoins un défi qu'entend relever avec détermination le Québec. Le présent chapitre jette un éclairage sur les enjeux liés au vieillissement de la population. Il met également en lumière ceux qui sont propres à certains groupes de la population âgée de 65 ans et plus en ce qui a trait à leurs conditions de santé, à leurs conditions de vie et à leur diversité. Les données nous montrent que la grande majorité des gens âgés demeurent actifs, engagés et qu'ils désirent être considérés comme des citoyens à part entière malgré un âge avancé, dans un Québec qui se veut inclusif pour tous les âges, mais aussi qu'il faut poursuivre le travail visant à réduire des inégalités sociales persistantes.

1.1 Le vieillissement, un processus continu

On définit généralement le vieillissement en fonction de l'âge chronologique d'une personne. Il consiste en un processus continu, non linéaire ni constant, et habituellement lent et progressif. Chez l'humain, le vieillissement résulte d'altérations physiques qui se produisent naturellement dès le début de la vie et qui affectent plus ou moins son fonctionnement. À cela s'ajoutent les conséquences de différents événements qui surviennent au cours de la vie, par exemple des maladies, des accidents ou des traumatismes, l'exposition à des risques liés aux comportements ou à l'environnement. Les effets de ces facteurs sur l'état de santé varient selon la nature, la sévérité et le nombre de ceux-ci ainsi que selon le moment de la vie où ils surviennent. Le vieillissement est donc hautement individualisé et il est influencé par le parcours de vie propre à chacun. Conséquemment, les âgés présentent une grande diversité de profils (5) (6) (7) (8).

L'hérédité explique environ 25 % des différences observées dans la longévité et l'état de santé des personnes, alors qu'une panoplie de déterminants de la santé définissent 75 % de ces différences (4). Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être les causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Ils sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. La scolarité, le revenu, les conditions de travail, les conditions de logement, la qualité et la sécurité de l'environnement, la présence de personnes significatives dans l'entourage, les ressources de la communauté ainsi que l'accès à des soins de qualité sont autant de déterminants importants de la santé. De la petite enfance à la vieillesse, il existe un écart en matière de santé entre les groupes favorisés et les groupes défavorisés. C'est ce que l'on désigne comme les inégalités sociales de santé, lesquelles se traduisent par une distribution inégale de pouvoir, de ressources, de biens et de services (9).

1.2 L'influence du parcours de vie sur l'état de santé des personnes vieillissantes

Au fil de leur parcours de vie, de la naissance jusqu'au vieil âge pour plusieurs, les personnes cumulent une variété d'expériences, certaines positives, d'autres négatives. Ces expériences exercent une influence sur le développement de la santé et sur l'apparition des maladies. Le bagage héréditaire, les déterminants de la santé et leurs interactions respectives tout au long de la vie expliquent comment il se fait que certaines personnes âgées possèdent des capacités physiques et mentales équivalentes à celles d'adultes beaucoup plus jeunes, alors que d'autres dépendent d'une personne proche aidante pour répondre à leurs besoins de base.

Les personnes qui vivent dans des environnements physiques, économiques et sociaux moins favorables cumulent davantage de facteurs de risque que celles qui bénéficient d'environnements favorables. L'apparition précoce, soit au cours de la quarantaine ou de la cinquantaine, de certaines maladies chroniques au sein des groupes socioéconomiquement défavorisés témoigne des iniquités qu'engendrent les déterminants sociaux de la santé (10). Aussi, l'un des grands défis de l'amélioration de la santé chez les aînés demeure la lutte contre les inégalités sociales de santé tout au long de la vie.

Sur le plan économique, les conditions financières des personnes âgées varient selon leur parcours d'emploi, leur niveau de revenu et d'endettement, l'accès à un régime de retraite de qualité et la planification financière de leur retraite. Les mesures et les programmes gouvernementaux, comme le Régime de rentes du Québec, le programme de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti, contribuent à améliorer la situation financière des aînés moins nantis (11). Cependant, d'autres facteurs influencent la santé financière, par exemple le fait de composer avec des incapacités et la maladie, d'assumer seul les dépenses de la vie quotidienne ou de vivre dans un milieu où les déplacements et l'accès aux services sont coûteux. La situation des femmes âgées est souvent plus précaire que celle des hommes. Le revenu moindre durant la vie active, le nombre d'années de contribution aux régimes publics et la retraite plus hâtive expliquent en partie l'écart de revenu entre les femmes et les hommes (12).

La participation à la vie sociale évolue au cours de la vieillesse. Elle joue un rôle crucial pour favoriser un vieillissement en santé, notamment en ralentissant le déclin cognitif et fonctionnel ainsi qu'en augmentant le bien-être émotionnel. Elle est influencée par divers facteurs, comme l'état de santé, le revenu, le milieu de vie et l'appartenance à une minorité ou à un groupe marginalisé. Malheureusement, la fréquence des activités diminue généralement avec l'âge. Le maintien de la participation sociale pleine et entière des aînés nous impose d'être vigilants sur plusieurs plans, par exemple en assurant l'accessibilité financière et physique aux activités, en veillant à inclure les aînés dans les processus décisionnels qui les concernent, etc. Prenant appui sur un large consensus social, le gouvernement du Québec a d'ailleurs régulièrement réitéré, par l'intermédiaire de différentes politiques, sa position concernant l'importance à accorder à l'autonomie, à l'égalité des chances et à l'intégration sociale (13).

1.3 Les mythes et les préjugés à l'égard des aînés

Les retraités d'aujourd'hui disposent en grande majorité d'aptitudes physiques et intellectuelles leur permettant de continuer à contribuer au développement de la société québécoise. Un nombre croissant de personnes âgées décident de travailler plus longtemps, un choix qui peut être facilité par des conditions d'embauche et de travail adaptées à leurs intérêts et à leurs besoins. À cet égard, les gouvernements ont mis en place des incitatifs fiscaux visant à prolonger la carrière ou à favoriser le retour des personnes de 60 ans et plus sur le marché du travail (14). D'autres aînés participent à des activités bénévoles, s'engagent auprès des jeunes enfants ou agissent comme proches aidants. En effet, près d'une personne âgée de 65 ans et plus sur cinq est un proche aidant (15).

Cependant, certaines perceptions ou croyances erronées basées sur l'âge constituent des freins à la participation sociale des aînés et ont un effet négatif sur leur santé. Ces préjugés regroupent toutes sortes de croyances, telles que les personnes âgées sont fragiles, qu'elles n'ont plus rien à apporter à la société et qu'elles représentent un fardeau économique (16) (17). L'âgisme est le fait d'avoir des préjugés ou un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. Il peut prendre de nombreuses formes, notamment des comportements fondés sur des préjugés, des pratiques discriminatoires ou des politiques et pratiques institutionnelles tendant à perpétuer les croyances de ce type (18). L'âgisme, troisième cause de discrimination au Québec (19), est considéré comme un facteur de risque au regard de la maltraitance et de l'isolement social (20) (21). Dans le deuxième plan d'action de la politique *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec*, intitulé *Un Québec pour tous les âges*, il est mentionné que « malgré les

actions pour reconnaître l'apport des aînés et pour valoriser leur pouvoir d'agir, des stéréotypes et des préjugés sont toujours présents ». On y prévoit, entre autres, de « promouvoir les aspects positifs du vieillissement et [de] susciter la participation de la population afin de combattre les préjugés et les stéréotypes associés à l'âge, pour que soient pleinement reconnus la contribution et le rôle essentiel des aînés » (22).

Les perceptions erronées concernant les aînés ont des conséquences négatives considérables et insoupçonnées. Le rôle qu'une personne exerce au sein de la société ne peut pas être conditionné par son âge. De nombreuses personnes âgées ont tendance, plus ou moins consciemment, à adopter un rôle conforme à la manière dont elles sont socialement perçues. L'âgisme a aussi des effets négatifs sur la confiance en soi, l'estime de soi et la croyance en ses capacités. Tout cela peut conduire les personnes âgées à mettre un frein à la poursuite d'aspirations légitimes, non seulement à leur propre détriment mais aussi au détriment de la société, qui se trouve ainsi privée de l'expérience et de l'engagement de ces personnes (16). L'âgisme peut également conduire des aînés à se désengager du travail ou à quitter la vie professionnelle plus vite qu'ils ne l'auraient souhaité si l'image qu'on leur renvoie les dévalorise ou transmet un message d'exclusion (16) (23). En outre, des études scientifiques montrent que les personnes âgées ayant une attitude négative à l'égard du vieillissement pourraient vivre 7,5 années de moins que celles qui ont une attitude positive (18).

1.4 Le vieillissement comme enjeu de société et de santé publique

Les problèmes de santé et les incapacités affectent différemment les aînés en fonction de leur nature, de leur nombre, de leur durée et de leur gravité. Ils représentent un risque pour le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des aînés. Du point de vue de la santé publique, ils nous posent comme défis de déterminer quand et comment agir pour les éviter, les retarder et amoindrir leurs conséquences. C'est pourquoi les actions de santé publique se rapportent souvent aux déterminants reconnus pour leur influence à moyen et long terme sur la survenue de maladies chroniques et d'incapacités, mais également sur la préservation de la santé mentale et cognitive.

À ce chapitre, il est possible d'agir sur plusieurs plans en s'intéressant aux améliorations qui touchent, par exemple, les conditions de vie, les habitudes de vie et la qualité des environnements pour que ceux-ci soient accessibles, sécuritaires et qu'ils aient une influence favorable sur la santé et la qualité de vie des aînés. Les actions à mener interpellent plusieurs acteurs (ex. : du réseau de la santé, du milieu municipal, du marché de l'emploi, du milieu financier) et les mesures à déployer doivent l'être à différents niveaux (local, régional et national).

Les changements climatiques et leurs contrecoups sur la population, notamment sur les personnes âgées, constituent également un enjeu au sujet duquel la santé publique, déjà active, devra poursuivre, voire intensifier ses actions. Les changements climatiques peuvent aggraver les maladies chroniques dont souffrent certaines personnes et causer plusieurs autres problèmes de santé, physique ou mentale. À cela s'ajoutent les conséquences sur les milieux de vie et le quotidien des personnes lorsque surviennent des désastres naturels (24).

Les répercussions à long terme du vieillissement de la population sur la société ne sont pas nécessairement toutes connues. Toutefois, nous pouvons d'ores et déjà prévoir une hausse de la demande en matière de programmes adaptés et de services, notamment dans le domaine de la santé. Les efforts déjà entrepris en matière d'adaptation à cette réalité démographique devront se poursuivre et même s'intensifier dans les décennies à venir. Pour favoriser un vieillissement en santé, il est plus que jamais nécessaire de proposer des actions de santé publique à toutes les étapes de la vie.

CHAPITRE 2

L'ÉTAT DE LA SITUATION

Mais, qui sont les aînés d'aujourd'hui ? Comment se porte leur santé ? Le présent chapitre brosse le portrait démographique des personnes âgées et décrit leur état de santé ainsi que leurs habitudes de vie. Les principaux déterminants sociaux de la santé et ceux de l'environnement bâti seront également abordés.

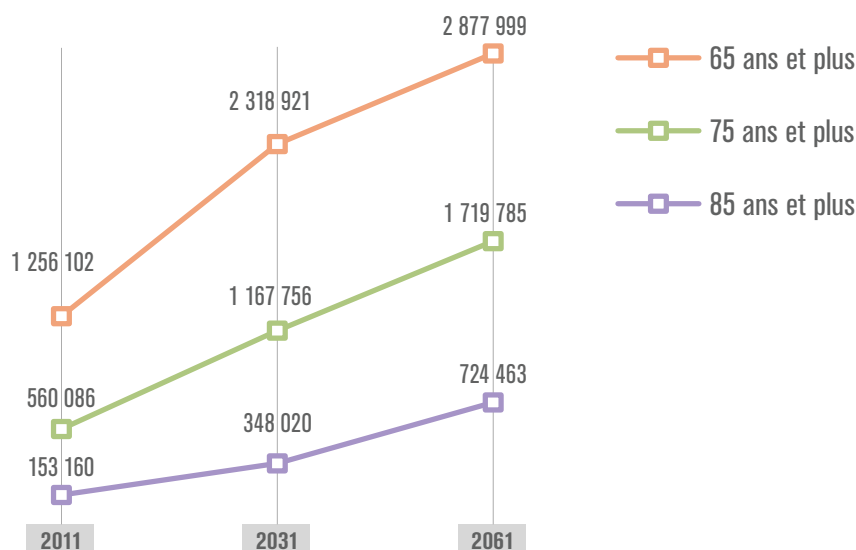
2.1 Qui sont les aînés d'aujourd'hui ?

Au 1^{er} juillet 2019, le Québec comptait 1 634 712 personnes âgées de 65 ans et plus dont 46 % étaient des hommes et 54 %, des femmes (2). Les baby-boomers, nés entre 1946 et 1966, composent progressivement une plus grande part de la cohorte des aînés d'aujourd'hui. Ils ont vécu les nombreux changements ayant marqué la société québécoise depuis les années soixante. Ils ont notamment profité de la mise en place de politiques d'accès à des mesures de sécurité sociale, à des services de santé universels et à la gratuité scolaire qui ont amélioré sensiblement leur situation comparativement à celle des générations les ayant précédés. Par ailleurs, les femmes ont occupé une place de plus en plus importante sur le marché du travail, de telle sorte qu'en 2017, près des trois quarts (73 %) d'entre elles exercent un travail rémunéré, une proportion un peu plus faible que celle des hommes (77 %) (25). De plus, les modèles familiaux se sont diversifiés et le niveau de vie s'est globalement amélioré.

Au point de vue démographique, les baby-boomers ont également connu la baisse des taux de natalité et ont franchi des décennies marquées par une augmentation importante de l'espérance de vie à la naissance qui, en 2018, atteignait 84 ans pour les femmes et 81 ans pour les hommes (2). Parallèlement, l'espérance de vie à 65 ans a aussi augmenté. Ainsi, en 2018, un homme âgé de 65 ans pouvait compter vivre jusqu'à près de 85 ans (+ 20 ans) et une femme, jusqu'à 87 ans (+ 22 ans) (2). Les gains, au regard de l'espérance de vie, plus importants des hommes depuis plusieurs années tendent à atténuer l'écart entre les sexes (26). Toutefois, il reste que la proportion des femmes dans la population augmente avec l'avancement en âge. Ainsi, elles constituent 51 % de la population âgée de 65 à 69 ans et elles sont plus de sept sur dix chez les 90 ans et plus (27). En juillet 2019, la grande majorité (86 %) des 2 559 centenaires que comptait le Québec étaient des femmes (2). Parmi les personnes vivant seules, à partir de 60 ans, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (52 % contre 48 %). Le ratio augmente avec l'âge, de sorte que, chez les 85 ans et plus, on compte trois femmes vivant seules pour un homme dans cette situation (28).

L'augmentation de l'espérance de vie conjuguée à la baisse de la natalité explique en grande partie le poids démographique des aînés, une tendance qui devrait se poursuivre dans les prochaines années. Selon les projections démographiques, alors que la part relative des 65 ans et plus était de 6 % en 1961, elle atteindra 29 % un siècle plus tard (29). Le groupe des personnes de 85 ans et plus devrait connaître la plus forte croissance en passant de 2 % en 2011 à plus de 7 % en 2051 (30).

FIGURE 1 POPULATION DES 65 ANS ET PLUS EN 2011 ET PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES JUSQU'EN 2031 ET EN 2061, SELON LE GROUPE D'ÂGE



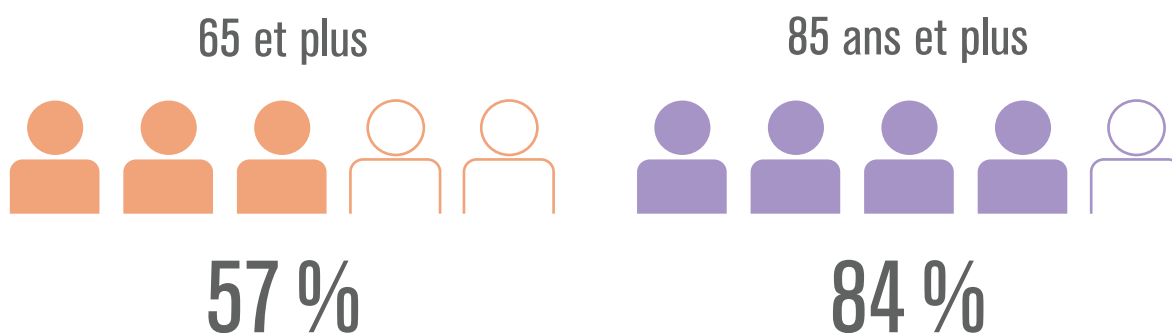
La part des 65 ans et plus dans la population québécoise, qui se situait à près d'une personne sur cinq (19 %) en 2018, se rapproche graduellement de celle des personnes de 0 à 19 ans (21 %). Toutefois, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus diffère d'une région à l'autre, variant de 8 % à 27 % (2).

2.2 L'état de santé des aînés

Bien que les Québécois jouissent maintenant d'une plus grande espérance de vie, qu'en est-il de leur état de santé ? Juger de la santé d'une population ne se fait pas sur la seule base de l'espérance de vie, car les problèmes de santé et les incapacités apparaissent plus souvent avec le vieillissement. L'espérance de vie en bonne santé, la perception des aînés quant à leur état de santé ainsi que leurs habitudes de vie nous permettent d'apprécier leur qualité de vie.

L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans est de 15 ans pour les deux sexes (31). La grande majorité (80 %) des aînés de 65 ans et plus ont une perception positive de leur santé, et ce, malgré le fait que leur santé physique et cognitive ait tendance à décliner avec les années. De fait, les incapacités touchent près d'une personne sur deux (48 %) entre 65 ans et 74 ans, près de deux personnes sur trois (64 %) entre 75 ans et 84 ans, et plus de huit personnes sur dix (84 %) à partir de 85 ans (32).

FIGURE 2 INCAPACITÉS SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2010-2011



Plusieurs des incapacités affectant les personnes âgées surviennent à la suite de maladies ou de blessures. Dans l'ordre, les plus fréquentes concernent l'agilité, la mobilité, l'audition, la mémoire et la vision. Ces incapacités, de sévérité variable, augmentent avec l'âge et elles ont une incidence sur la qualité de vie des aînés. Alors que 17 % des personnes de 65 à 74 ans ont une incapacité modérée ou grave, la proportion atteint 31 % chez les 75 à 84 ans et presque 60 % chez les 85 ans et plus (32).

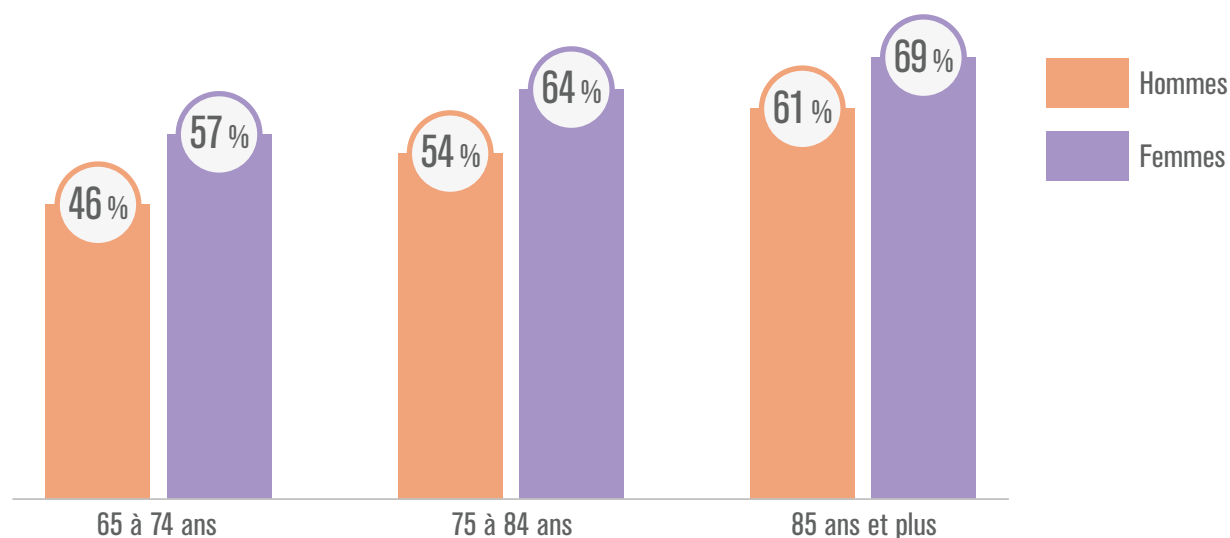
La réduction de la mobilité ou de l'agilité, qu'elle résulte du vieillissement normal ou qu'elle soit plutôt la conséquence de maladies ou de blessures, affecte la capacité à se déplacer, à demeurer actif et à réaliser ses activités de loisir. Les incapacités associées au déficit de l'audition ou de la vision peuvent, elles aussi, affecter la capacité à participer à la vie sociale. Il faut cependant se rappeler que, peu importe l'incapacité et son degré de gravité, c'est l'interaction de la personne avec son environnement qui créera ou non des situations de handicap. Il en est ainsi lorsqu'une incapacité empêche une personne de participer pleinement à la vie en société, par exemple lorsqu'elle désire fréquenter un lieu public qui s'avère physiquement non accessible.

Les chutes, ainsi que les fractures qui en résultent, représentent la première cause d'hospitalisation et de mortalité à la suite d'un traumatisme non intentionnel chez les aînés. Elles sont souvent l'élément déclencheur de leur perte d'autonomie. De 2013 à 2016, plus de 70 % des cas d'hospitalisation attribuables à des traumatismes non intentionnels chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont dus à une chute accidentelle (33) et les deux tiers des chutes se produisent à domicile. Une multitude de facteurs de risque, liés à la personne elle-même (ex. : force musculaire amoindrie, perte d'équilibre), à ses comportements (consommation inappropriée de médicaments, sédentarité) ou à son environnement (ex. : aire de circulation encombrée, trottoir glacé), augmentent les probabilités de chute (34).

L'ostéoporose augmente le risque de fractures à l'occasion de chutes. En 2015-2016, environ un Québécois sur quatre âgé de 65 ans et plus avait déjà reçu un diagnostic d'ostéoporose, et la prévalence de ce problème de santé était de trois à cinq fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (35).

De plus, certains médicaments s'avèrent inappropriés pour les personnes âgées en raison de leur inefficacité ou du risque élevé qu'ils posent au regard des effets indésirables. Leur usage est associé à un risque accru de conséquences négatives pour la santé et de chutes, à un recours plus marqué aux services hospitaliers ainsi qu'à des dépenses de santé plus élevées (36). La liste de Beers, publiée par l'American Geriatrics Society, identifie les médicaments inappropriés pour les personnes âgées.

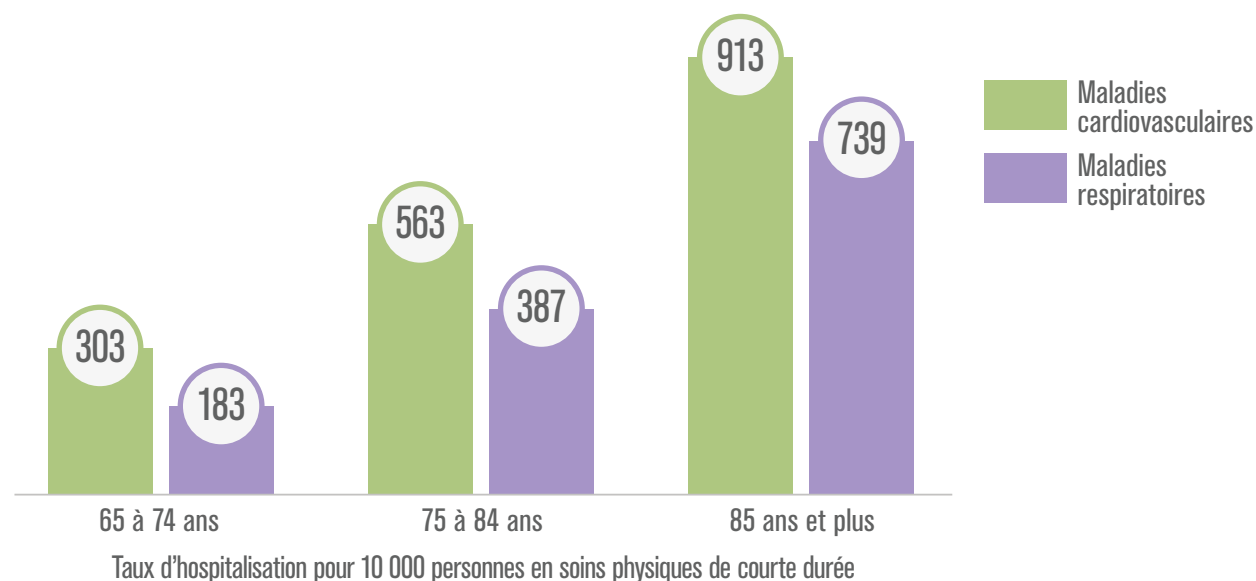
FIGURE 3 UTILISATION DE MÉDICAMENTS FIGURANT SUR LA LISTE DE BEERS, SELON LE SEXE ET LE GROUPE D'ÂGE, 2016



Il faut également tenir compte du degré de littératie en santé, lequel n'est pas suffisant chez 60 % des adultes québécois. Cette lacune serait plus importante chez les personnes âgées. Elle peut contribuer à augmenter la difficulté, pour tous ces adultes, de suivre les recommandations relatives à un traitement, de faire un bon usage des médicaments ou de prendre soin adéquatement de leur santé (37).

Outre les chutes, un grand nombre d'hospitalisations sont la conséquence de maladies chroniques. Celles-ci constituent des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et, si elles ne peuvent pas être guéries complètement, elles peuvent dans de nombreux cas être contrôlées.

FIGURE 4 HOSPITALISATIONS POUR MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET MALADIES RESPIRATOIRES, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2017-2018



La plupart des maladies chroniques prennent racine bien avant 65 ans. Avec l'âge, les symptômes augmentent en fréquence et souvent en gravité. Au Québec, en 2015-2016, six maladies chroniques étaient responsables de la grande majorité des hospitalisations, tant chez les hommes que chez les femmes (38). Ces maladies sont l'arthrite (ou arthrose ou rhumatisme), le diabète, la bronchite chronique (ou emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique), l'hypertension, les maladies cardiaques et les problèmes de santé de longue durée d'un autre type, par exemple l'ostéoporose, la dépression chronique ou le cancer. Les taux d'hospitalisation sont généralement plus élevés chez les hommes, particulièrement pour les maladies cardiovasculaires et respiratoires, alors que, chez les femmes, ils sont légèrement plus élevés pour les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif ainsi que celles du système nerveux. Plus de 80 % des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent avoir au moins un problème de santé de longue durée (32).

En outre, près d'un adulte québécois sur cinq et d'un aîné sur deux sont dans un état de multimorbidité, c'est-à-dire qu'ils vivent avec au moins deux maladies chroniques diagnostiquées. L'avancement en âge ainsi que l'augmentation de la défavorisation sociale et matérielle sont associés à une prévalence de la multimorbidité plus élevée (39).

Certains facteurs, tels qu'une mauvaise santé physique, la douleur chronique et les invalidités, associés à un âge avancé augmentent le risque de développer un trouble de l'humeur (dépression) ou des troubles anxieux (40). Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, c'est une personne sur cinq qui présente des signes de dépression. La proportion atteint une personne sur quatre chez les 85 ans et plus (41). La dépression fait partie des principaux

facteurs de risque au regard du suicide chez les aînés (42). Au Québec, pour la période allant de 2014 à 2016, les taux de suicide chez les femmes et chez les hommes de 65 ans et plus étaient respectivement de 5 par 100 000 et de 22 par 100 000 (43).

Par ailleurs, les maladies chroniques, responsables de 63 % des décès, représentent la toute première cause de mortalité dans le monde (44). Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers sont les principales causes de décès, qu'il s'agisse de la population générale ou des personnes de 65 ans et plus (45).

Avec l'âge, le risque de développer des troubles cognitifs augmente et aussi celui que ces troubles deviennent une source d'incapacités (46). Bien que le vieillissement s'accompagne souvent d'une diminution de la mémoire, le degré d'atteinte varie énormément d'une personne à l'autre et il importe de ne pas confondre le déclin normal des fonctions cognitives avec les atteintes sévères causées par certaines maladies neurodégénératives, comme les troubles neurocognitifs, la plus fréquente étant la maladie d'Alzheimer. En même temps que le vieillissement démographique au Québec, on observe une augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles neurocognitifs. En 2016-2017, 7 % des personnes de 65 ans et plus étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée mais, dans le groupe d'âge des 85 ans et plus, la proportion s'élevait à 30 % chez les femmes et à 23 % chez les hommes (47). On estime que, pour près de la moitié, les cas d'Alzheimer déclarés partout dans le monde sont conditionnés par différents facteurs de risque modifiables, dont le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, le tabagisme, la dépression, l'inactivité cognitive, le faible niveau d'instruction et l'inactivité physique (48) (49).

L'adoption ou le maintien de saines habitudes de vie, comme être actif physiquement au quotidien ou bien s'alimenter, constituent des facteurs de protection contre de nombreux problèmes de santé. Par exemple, chez les aînés, les bienfaits de l'activité physique sont reconnus, non seulement pour la santé cardiovasculaire, mais aussi pour le maintien de la force musculaire et de l'équilibre, des atouts importants pour éviter les chutes et préserver l'autonomie.

L'activité physique favorise également la santé cognitive, à un moment de la vie où les troubles de la mémoire deviennent de plus en plus fréquents. La majorité (55 %) des personnes âgées de 65 ans et plus sont physiquement actives, et la différence entre les femmes (52 %) et les hommes (57 %) n'est pas significative. Toutefois, des écarts s'observent selon que les personnes âgées résident en milieu urbain ou rural. Ainsi, celles qui vivent en milieu urbain font plus d'activité physique dans le cadre de leurs loisirs que celles qui vivent en milieu rural les proportions étant de 57 % contre 46 % (50).

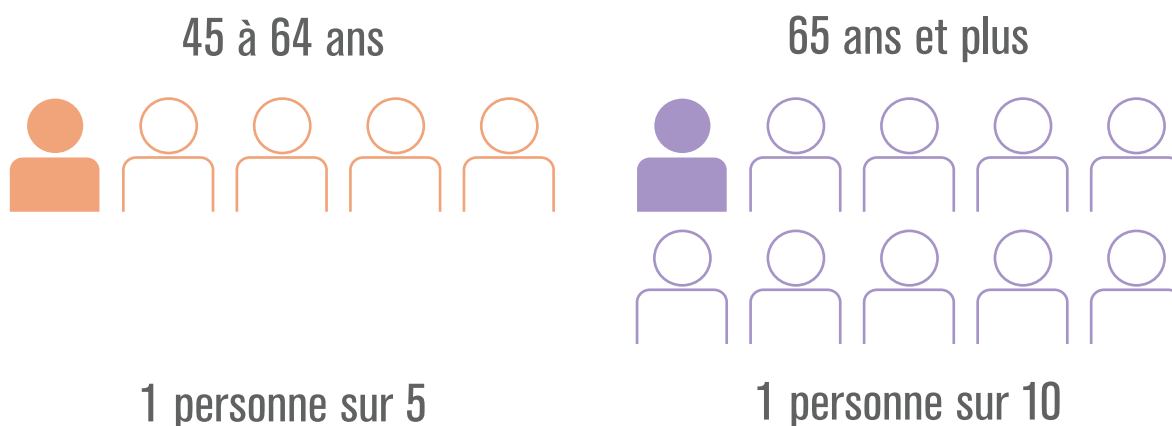
FIGURE 5 PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT EN MILIEU URBAIN ET RURAL, 2013-2014



Les habitudes alimentaires constituent un élément tout aussi important que le fait d'être actif physiquement sur une base régulière pour un vieillissement en santé. En plus de contribuer au bien-être des personnes âgées ainsi qu'au maintien de leur santé et de leur autonomie fonctionnelle, une saine alimentation aide à prévenir les maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires ou certains types de cancer. La consommation quotidienne de fruits et légumes fait partie d'une saine alimentation. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus qui ont déclaré en consommer au moins 5 fois par jour était de 37 % en 2015-2016 (51). La proportion de celles qui ont révélé en consommer moins de 5 fois par jour était plus importante chez les hommes que chez les femmes, s'établissant à 64 % pour les premiers et à 44 % pour les secondes (51). Il importe de souligner que 10 % des Québécois âgés de 65 ans et plus s'abstiennent de manger certains aliments à cause de problèmes buccaux, un comportement plus fréquent chez les aînés n'ayant plus aucune dent naturelle. Il ressort également que ces derniers sont moins enclins à consommer quotidiennement des fruits et des légumes, et qu'ils présentent un risque nutritionnel élevé (52).

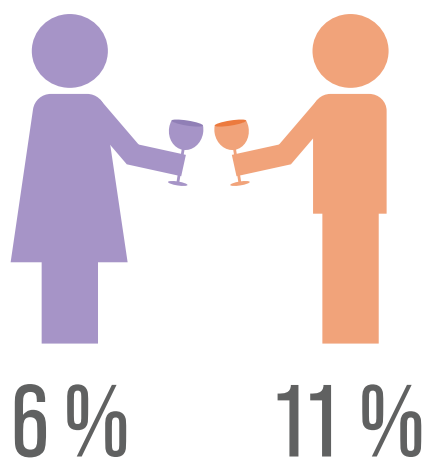
Fumer ou consommer de l'alcool de façon abusive constituent d'importants facteurs de risque en ce qui concerne les problèmes de santé physique ou mentale. Ainsi, l'usage du tabac est associé à quatre des principales causes de décès chez les aînés, soit le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires et les maladies vasculaires cérébrales. On sait aussi que l'usage du tabac augmente le risque de survenue de troubles neurocognitifs. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses à fumer la cigarette que les adultes de 45 à 64 ans (11 % contre 21 %); la proportion des fumeurs est comparable chez les deux sexes (53).

FIGURE 6 FUMEURS DE CIGARETTES SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2015-2016



La consommation excessive d'alcool, quant à elle, est associée à plusieurs problèmes sociaux, comportementaux et de santé. Bien qu'elle soit moins fréquente chez les personnes de 65 ans et plus que chez les adultes plus jeunes, avec le temps, la consommation excessive d'alcool peut avoir des répercussions importantes sur la santé physique et elle constitue un facteur de risque plus important pour certaines maladies, notamment l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les lésions au foie ainsi que les lésions cérébrales entraînant la démence, des difficultés de coordination ou des troubles locomoteurs (54).

FIGURE 7 CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, 2015-2016



Quelques mots sur la situation des aînés autochtones et immigrants

Au Québec, la situation des Autochtones et la situation des personnes qui y ont immigré présentent chacune quelques particularités par rapport à celle de la population générale. En ce qui concerne les populations autochtones, elles connaissent un vieillissement démographique moins rapide, notamment en raison du taux de fécondité plus élevé. La prévalence de certaines maladies chroniques (diabète, hypertension), plus forte chez les Autochtones, entraîne elle aussi des différences. Les inégalités sont liées à un cumul de déterminants sociaux défavorables, que ce soit en matière de revenu, de logement, d'accès à des aliments sains ou d'accès aux services de santé et d'éducation. De plus, elles sont intrinsèquement liées à des circonstances et à des conditions historiques particulières ayant engendré des traumatismes importants pour plusieurs générations (55) (56) (57) (58).

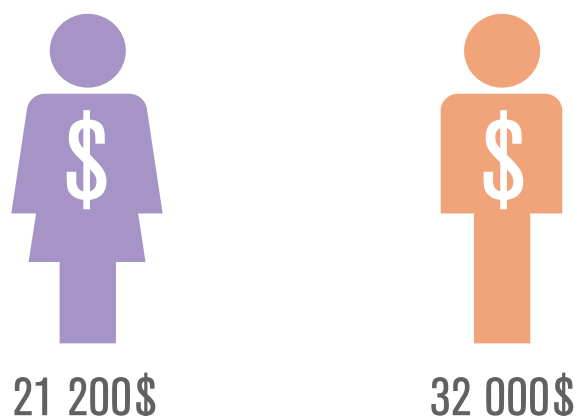
Quant à la population issue de l'immigration, ce sont les principaux résultats portant sur son état de santé qui la caractérisent. Ainsi, les immigrants récents sont moins susceptibles d'avoir une incapacité que les personnes nées au Canada. Toutefois, avec le temps, cet avantage qu'ont les immigrants à leur arrivée au pays semble s'étioler puisque l'on ne voit plus aucune différence entre ceux qui y sont depuis au moins dix ans et les Canadiens de naissance (59). En outre, les immigrants âgés se sentent beaucoup plus seuls que les personnes âgées nées au Canada, et c'est davantage le cas pour ceux qui viennent de pays où la langue et la culture sont différentes de celles du Canada (21). Environ 63 % des immigrants aînés (âgés de 65 ans et plus) arrivés au Canada au cours des cinq dernières années (2012-2016) ont déclaré ne parler ni l'une ni l'autre des langues officielles de ce pays. Dans tous les groupes d'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de ne parler ni français ni anglais, ce qui peut constituer un obstacle à l'intégration sociale (60).

Par conséquent, il importe de continuer à adapter les interventions qui ciblent la population des aînés immigrants ou celle des aînés autochtones à leur culture tout en prenant en compte les barrières qui gênent l'accès aux services auxquelles ces groupes doivent faire face.

2.3 La situation socioéconomique des aînés

Plus les aînés vieillissent, plus les probabilités sont grandes qu'ils souffrent d'incapacités sévères et qu'ils aient besoin de ressources pour les aider. La précarité financière peut restreindre leur capacité à répondre à leurs divers besoins et ainsi nuire à leur santé. Les conditions sociales et économiques exercent donc une influence sur l'état de santé des personnes. Malgré des progrès notables, de nombreuses personnes âgées disposent encore de peu de moyens financiers. En 2017, dans le groupe d'âge des 65 ans et plus, le revenu médian des femmes correspondait à 66 % de celui des hommes.

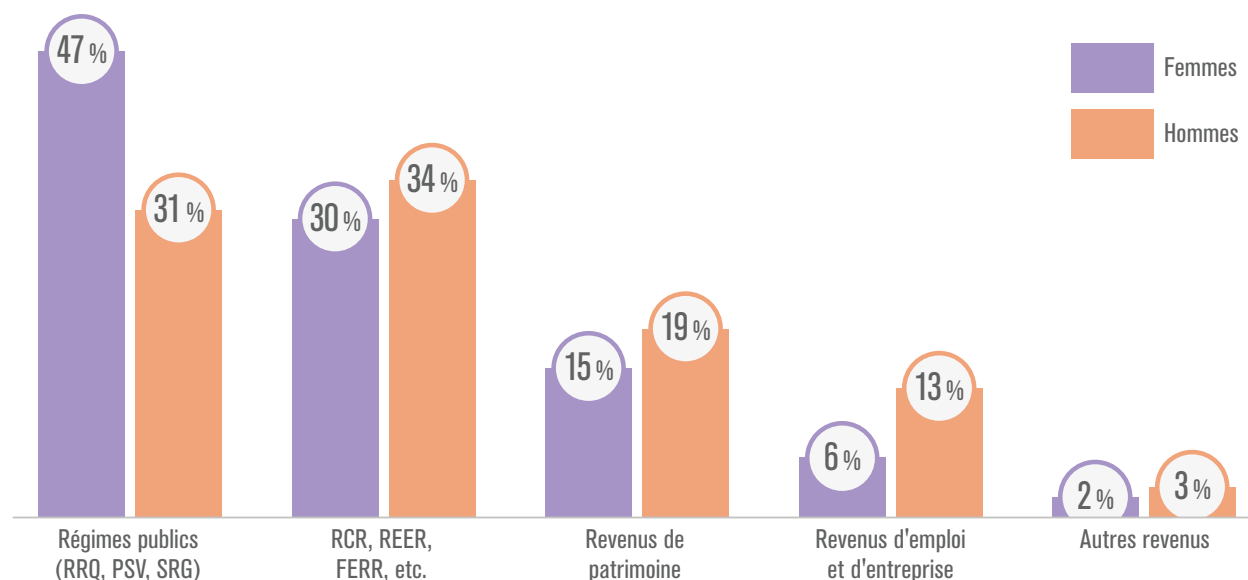
FIGURE 8 REVENU MÉDIAN DES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, 2017



En matière de revenus, la part attribuable à chacune des sources révèle elle aussi des différences appréciables entre les femmes et les hommes. Ainsi, comme le montre la figure 9, la part provenant des régimes publics est plus importante dans le revenu des femmes et en représente tout près de 50 %. Suivent les épargnes en vue de la retraite (30 %), lesquelles sont composées notamment des régimes complémentaires de retraite (RCR), des régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) et des fonds enregistrés de revenu de retraite (FERR). Chez les hommes, ces deux sources de revenus (publics et épargnes en vue de la retraite) représentent à peu près le même pourcentage (12).

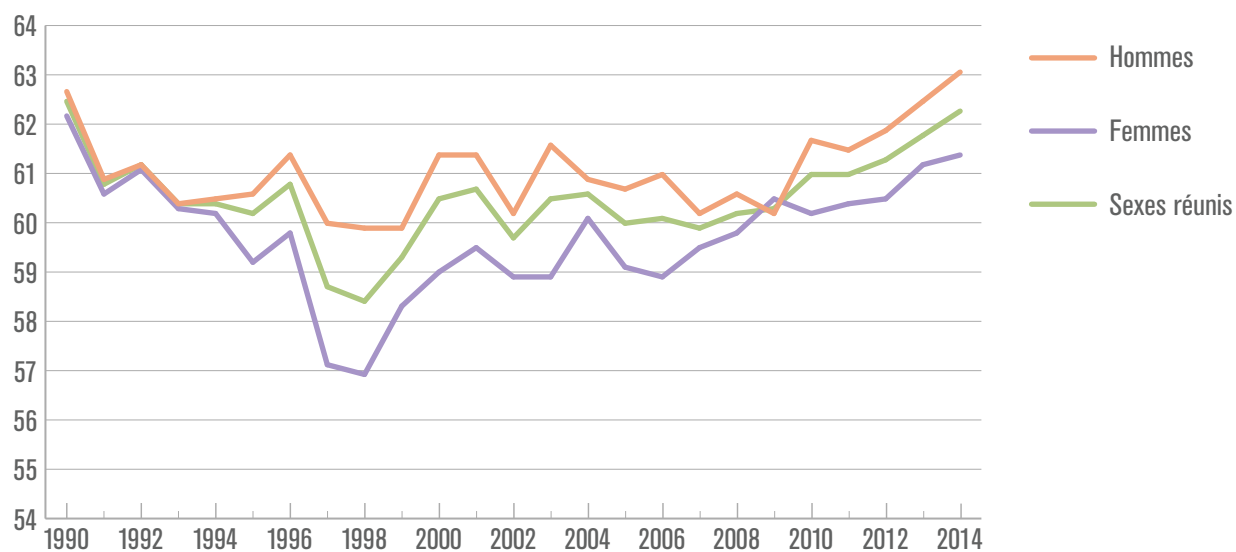
Une analyse plus détaillée des revenus tirés des régimes publics révèle que les femmes, comparativement aux hommes, reçoivent une somme plus importante du Supplément de revenu garanti (SRG), programme destiné aux plus pauvres, et des sommes moindres en guise de rente assurée par le Régime de rentes du Québec (RRQ) et de pension de la Sécurité de la vieillesse (PSV). La différence relative à la rente résulte de l'écart entre les revenus gagnés au cours de la vie active, les femmes comptant un nombre moins élevé d'années sur le marché du travail et ayant un salaire moyen plus bas (12).

FIGURE 9 REVENU MOYEN DES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, SELON LA SOURCE DE REVENU ET LE SEXE, 2015



Depuis quelques années, un nombre croissant de personnes âgées restent ou retournent sur le marché du travail. « Au Québec, plus d'une personne sur cinq âgée de 65 à 69 ans fait encore partie de la population active » (61). Ce sont majoritairement les travailleurs âgés ayant un diplôme postsecondaire qui occupent un emploi après la retraite. En 2014, l'âge moyen de la prise de retraite est de 63 ans chez les hommes et de 61 ans chez les femmes. Depuis la baisse soutenue de l'âge de la retraite enregistrée entre 1978 et la fin des années 1990 (de 66 ans à 58 ans), une hausse régulière s'observe, et l'âge moyen de prise de la retraite se situe maintenant autour de 62 ans (62). Le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre a d'ailleurs amené le gouvernement québécois à mettre en place certains incitatifs pour garder au travail les employés expérimentés et encourager les travailleurs retraités à réintégrer le marché de l'emploi (14).

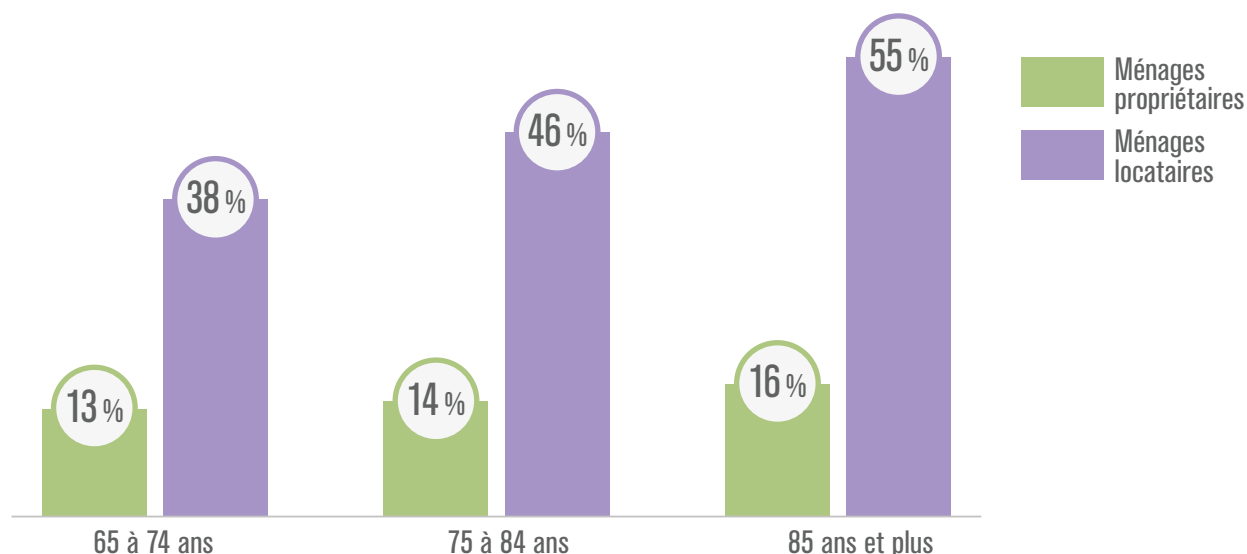
FIGURE 10 ÂGE MOYEN DE LA RETRAITE, SELON LE SEXE, DE 1990 À 2014



Le revenu et la qualité de vie sont influencés par le niveau de scolarité et l'occupation sur le marché du travail. Les aînés d'aujourd'hui sont plus scolarisés que leurs prédécesseurs et plusieurs demeurent actifs sur le marché du travail (63). En effet, la génération des baby-boomers a profité d'un système d'éducation beaucoup plus accessible. Chez les 65 ans et plus, cela se traduit notamment par une diminution, entre 2006 et 2016, du nombre de personnes sans diplôme d'études secondaires et par une augmentation du nombre de celles qui ont obtenu un diplôme d'études collégiales ou universitaires (12).

Le fait de vivre seul a lui aussi une incidence sur la situation financière des personnes puisqu'elles doivent alors assumer l'ensemble des charges du ménage. Cela se manifeste, entre autres, par le poids élevé du coût du logement dans le budget de plusieurs personnes âgées. La proportion des ménages consacrant 30 % ou plus de leur revenu au logement augmente sensiblement à mesure que s'élève l'âge du principal soutien. Elle est particulièrement élevée chez les ménages locataires, soit autour d'un sur deux lorsque le principal soutien a 75 ans ou davantage (27). Par ailleurs, environ une personne de 75 ans et plus sur cinq vit dans une résidence pour aînés au Québec (64).

FIGURE 11 MÉNAGES CONSACRANT 30 % OU PLUS DE LEUR REVENU AU LOGEMENT, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2016



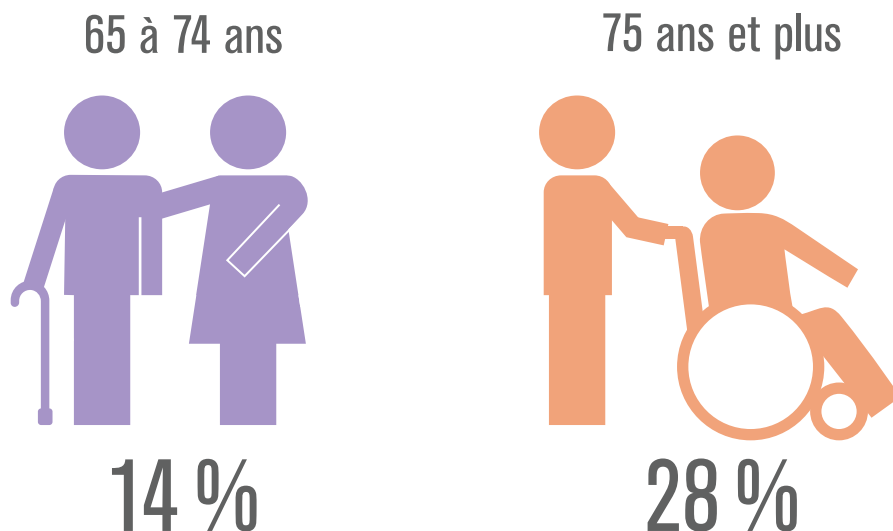
2.4 Les environnements favorables à la santé et au bien-être des aînés

L'environnement physique et le milieu social se révèlent des déterminants essentiels d'une bonne santé et de la préservation de l'autonomie chez les aînés. Ces environnements sont dits favorables à la santé lorsqu'ils présentent des conditions propices au maintien ou à l'amélioration de la santé.

Les personnes âgées jouent un rôle capital au sein de leur communauté. Certaines poursuivent leurs activités professionnelles, d'autres s'engagent dans des activités bénévoles. Elles transmettent leur savoir et leur expérience; elles sont présentes auprès de leurs proches, leur prodiguant soins et assistance. Autant de contributions qui ne peuvent être assurées qu'à condition que ces personnes jouissent d'une bonne santé et que la société tienne compte de leurs besoins (65).

Le maintien de liens avec les proches et les amis est important à tout âge, mais particulièrement quand on vieillit, pour la construction d'un bon environnement social. Une majorité (74 %) d'aînés utilisent les nouvelles technologies pour être en contact avec leurs amis. Ils privilégient ces moyens aux rencontres en personne (63 %) ou aux appels téléphoniques (56 %). Parmi les adultes de 65 ans et plus, 80 % disposent d'ailleurs d'une connexion Internet à la maison (66) (67). Malgré l'accès aux technologies, il reste qu'avec l'âge, la taille du réseau social diminue et la proportion des personnes n'ayant aucun ami proche augmente.

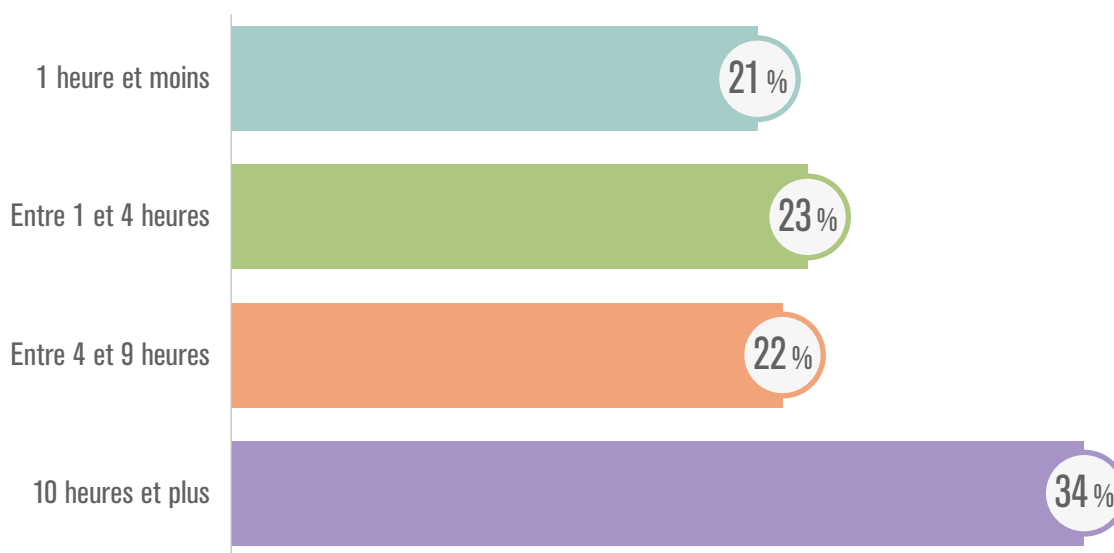
FIGURE 12 AÎNÉS N'AYANT AUCUN AMI PROCHE, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2013



La participation à des activités sociales permet aux aînés de tisser des liens avec d'autres personnes à l'échelle d'un environnement plus large (quartier, village) que leur cercle intime et d'apporter leur contribution à la communauté. Ainsi, une personne sur quatre qui fait du bénévolat est âgé de 65 ans et plus, et elle consacre en moyenne plus de 200 heures par année à ce genre d'activité (68).

Pour plusieurs personnes, à l'âge s'ajoute le rôle de proche aidant. En 2012, c'était le cas d'un aîné québécois sur cinq (18 %). Parmi les personnes proches aidantes, deux sur trois ont indiqué avoir aidé un membre de leur famille, et plus d'une sur trois a consacré dix heures et plus par semaine au soutien d'une personne. L'aide pour le transport et les courses ainsi que le soutien émotif constituent les principaux types de services rendus, chacun de ceux-ci ayant été assuré par au moins 70 % des proches aidants (15) (69) (70).

FIGURE 13 PROCHES AIDANTS DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE NOMBRE D'HEURES CONSACRÉES HEBDOMADAIREMENT À L'AIDE, 2012



Les personnes proches aidantes qui apportent du soutien à une personne souffrant d'une importante déficience physique ou cognitive peuvent elles-mêmes éprouver certaines difficultés. Plus de 40 % des proches aidants affirment ressentir du stress en raison de leurs responsabilités d'aidant (22). Les conséquences, souvent lourdes, incluent notamment la dépression, les problèmes financiers, la mauvaise santé, la solitude et l'isolement. Les spécialistes sont unanimes : le risque s'avère très élevé que les personnes proches aidantes présentent de sérieux problèmes de santé comme l'épuisement, l'anxiété, la détresse psychologique et l'isolement.

L'isolement social est souvent défini comme la faible quantité et qualité des interactions avec les autres. Les personnes isolées socialement manquent de contacts sociaux, de rôles sociaux et de relations mutuellement satisfaisantes (21). L'isolement social peut avoir des conséquences majeures sur la vie des aînés. Par exemple, des troubles émotionnels causés par la solitude, la dépression ou le mauvais état de santé, physique et mentale, y sont associés (71).

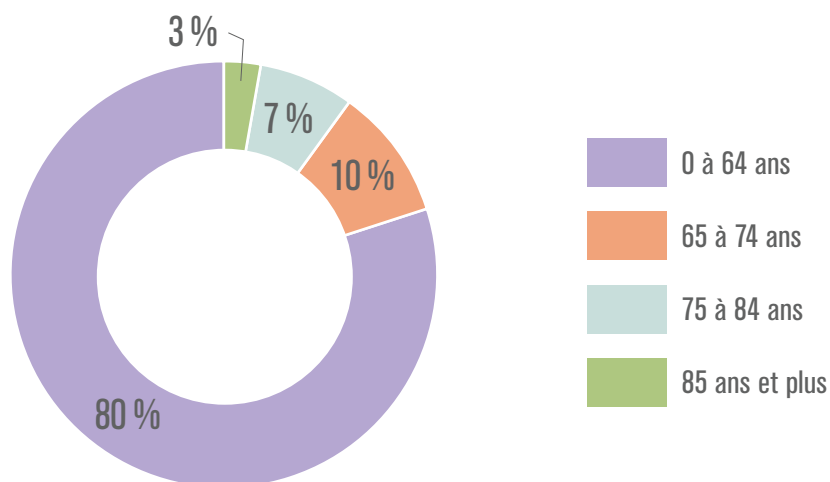
Outre l'environnement social, l'environnement bâti influence la santé des personnes. Il se définit comme tout élément de l'environnement physique construit ou aménagé par l'être humain. Il regroupe l'ensemble des habitations, des systèmes de transport, l'aménagement et le mobilier urbains, les parcs ainsi que les environnements alimentaires. En plus de favoriser le développement de la communauté et l'épanouissement des individus, un environnement bâti propice à la santé a des effets reconnus sur la santé d'une population (72) (73).

Les déplacements des personnes âgées dans leur voisinage sont fortement influencés par l'environnement bâti (74). Des études ont d'ailleurs porté sur le potentiel piétonnier, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Le potentiel piétonnier d'un milieu est une « mesure dans laquelle les caractéristiques de l'environnement bâti favorisent la pratique de la marche en assurant un confort et une sécurité aux piétons, en reliant les personnes avec des destinations variées dans un délai raisonnable » (75). La marche représente une activité accessible pour un grand nombre de personnes, d'autant plus pour les personnes âgées puisque celles-ci sont moins enclines à pratiquer des activités physiques intenses. Habiter dans un milieu à fort potentiel piétonnier, se caractérisant, entre autres, par une densité importante, une mixité des usages (résidentiel, commercial, institutionnel) et une accessibilité élevée aux services, est associé à une augmentation du temps alloué à l'activité physique (75).

Pour l'ensemble du Québec, une proportion importante (75 %) de la population de 55 ans et plus a un accès considéré comme faible à des commerces d'alimentation, à des infrastructures récréatives ainsi qu'à des parcs et espaces verts parce qu'ils se situent à plus de 500 mètres (76). Au Québec, en milieu rural, 57 % des personnes de 55 ans et plus résident dans des secteurs où le potentiel piétonnier est faible, la proportion tombant à 10 % dans les régions urbaines. Les problèmes qui se posent à certaines municipalités en milieu rural, notamment la dévitalisation de leur milieu et la réduction des services (77), entravent la mise en place de solutions à cet égard. Bref, pour la plupart des personnes âgées du Québec, l'environnement bâti ne facilite pas les déplacements actifs, la marche en particulier.

Aux distances importantes s'ajoutent, pour les personnes âgées, les risques d'accident associés à la cohabitation avec les véhicules à moteur et aux conditions hivernales (trottoirs glacés). Ainsi, en 2016, 20 % des piétons victimes d'un accident avec dommages corporels sont âgés de 65 ans et plus. À elles seules, les personnes de 65 à 74 ans représentent 10 % des piétons victimes d'un tel accident (78).

FIGURE 14 PIÉTONS VICTIMES D'UN ACCIDENT AVEC DOMMAGES CORPORELS, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2016



La plupart des personnes âgées doivent utiliser un moyen de transport pour accéder aux services dont elles ont besoin ou pour maintenir leur participation sociale. Des besoins réguliers relativement à l'accompagnement sont exprimés par 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus, par comparaison à 12 % de la population des 25 à 64 ans (79). Par ailleurs, un titulaire de permis de conduire sur cinq est âgé de 65 ans et plus au Québec (80).

Vu le poids démographique des aînés et les enjeux qui leur sont propres sur les plans de la santé, du revenu et des milieux de vie où ils évoluent, il est essentiel de s'intéresser à leurs besoins, physiques et psychologiques, afin de leur offrir des solutions ou des services adaptés à leur situation. La création d'environnements favorables à leur épanouissement, tenant compte de leurs capacités et favorisant le maintien de leur autonomie, est l'une des avenues à privilégier. À cet égard, le Québec, reconnaissant la contribution passée, actuelle et future des personnes âgées à la société, fait figure de proue, comme en témoignent les politiques et programmes qu'il a adoptés ces dernières années en faveur d'un vieillissement en santé.

CHAPITRE 3

AGIR POUR FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ

Le vieillissement en santé de la population pose un certain nombre de défis à l'ensemble de la société. Afin de mieux cerner les moyens à prendre pour les relever, il convient, en premier lieu, de recenser les actions que le gouvernement a proposées et les actions prometteuses dont l'initiative revient à d'autres acteurs. En second lieu, il s'agira tant de définir les améliorations à apporter à certaines mesures existantes qui concourent à la santé ou au bien-être des personnes âgées que de déterminer les nouvelles actions à mettre en œuvre au bénéfice de la génération actuelle de personnes âgées et de celles qui suivront.

3.1 Ce que nous faisons déjà ou prévoyons faire

Au cours des dernières années, le gouvernement du Québec a adopté des programmes, des politiques et des mesures ayant pour but l'amélioration de la santé et du bien-être, lesquels s'adressent soit à l'ensemble de la population, soit plus particulièrement aux personnes âgées. Sans en faire une énumération exhaustive, il convient de souligner les principales interventions issues de ces différentes actions gouvernementales qui sont placées sous la responsabilité du MSSS et qui s'adressent aux personnes âgées. Certaines d'entre elles interpellent différents partenaires ministériels ou municipaux, ou encore des organismes de la société civile, pour leur mise en œuvre.

En matière de santé, le Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP) détermine un ensemble d'interventions se rapportant à l'exercice des quatre fonctions essentielles de la santé publique, soit la surveillance, la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population. Ces interventions sont en cohérence et en complémentarité avec les autres services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Les services énoncés dans le PNSP s'inscrivent dans le continuum de la vie. Ainsi, ils peuvent contribuer notamment à renforcer le développement global des enfants et des jeunes, à améliorer la capacité à faire face aux différentes situations se présentant à l'âge adulte ou à créer des environnements favorables au vieillissement en santé. Le PNSP inclut aussi plusieurs services favorisant l'adoption de comportements sains et sécuritaires, avec une préoccupation particulière pour les populations en situation de vulnérabilité. Si certains services ont pour but d'informer et de sensibiliser la population quant aux meilleurs choix à faire pour la santé (ex. : en matière d'alimentation, d'activité physique), d'autres visent à la protéger contre des risques et des menaces pour la santé (vaccination antigrippale). Enfin, des interventions interpellent d'autres ministères et acteurs nationaux ou de la communauté (57). Par exemple, le PNSP encourage la mise en œuvre d'initiatives qui concernent l'aménagement et le développement d'infrastructures favorables à un mode de vie physiquement actif et à la sécurité dans les milieux de vie.

Plus concrètement, le PNSP inclut certains services, en matière de prévention et de protection, destinés aux personnes âgées. Ainsi, le Programme intégré d'équilibre dynamique, mieux connu sous l'acronyme PIED, vise la prévention des chutes et s'adresse aux personnes âgées de 65 ans et plus. Le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec vise quant à lui à soutenir la prestation de soins buccodentaires et d'hygiène de la bouche adaptés aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive (81). Les activités de vaccination antigrippale, pour protéger les personnes âgées plus vulnérables et susceptibles d'avoir des complications nécessitant une hospitalisation, et les programmes de dépistage de certains cancers (Programme québécois de dépistage du cancer du sein et Programme québécois de dépistage du cancer colorectal), qui contribuent à détecter plus précocement la présence de tumeurs afin d'en faciliter le traitement, constituent d'autres exemples des services offerts.

Certaines mesures font appel aux partenaires du réseau de la santé. C'est le cas, entre autres, des interventions visant à créer des environnements physiques sains et sécuritaires tout en prenant en considération certaines problématiques psychosociales, dont la maltraitance et l'isolement social des personnes âgées. Ainsi, le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, qui a été reconduit en 2017, comprend plus d'une cinquantaine de mesures découlant de ses quatre grandes orientations : la prévention de

la maltraitance et la promotion de la bientraitance; le repérage précoce des aînés victimes de maltraitance et l'intervention appropriée; la divulgation des situations de maltraitance, notamment les situations de maltraitance matérielle et financière; le développement des connaissances et l'amélioration du transfert des savoirs (82). Déjà, un certain nombre de mesures ont été déployées. On peut citer la tenue de campagnes de sensibilisation, le déploiement du programme *Ce n'est pas correct! Voisins, amis et familles présents pour les personnes aînées* (83) – qui vise à ce que tous puissent mieux reconnaître les indices de maltraitance –, l'organisation de séances d'information sur la maltraitance et la fraude ainsi que la diffusion d'un guide destiné aux aînés qui fait état de leurs droits. Obligation est maintenant faite aux établissements du RSSS, plus précisément aux CHSLD, d'adopter une politique pour contrer la maltraitance. À cela s'ajoutent des formations destinées aux intervenants du RSSS et des résidences privées pour aînés. Constituant des outils pour leurs interventions, elles visent à prévenir la maltraitance et à promouvoir la bientraitance envers les aînés.

Alors que le PNSP sert de cadre aux services de santé publique offerts dans le RSSS, la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) traduit la volonté gouvernementale de renforcer l'implantation des services préventifs destinés à la population générale et aux personnes vulnérables par l'engagement d'un ensemble de ministères et d'organismes (84). L'État reconnaît ainsi que le développement et le maintien en santé d'une population nécessitent d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé, tout en situant son action dans le sillon des recommandations émises par les grandes autorités de santé publique de partout dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé en tête. Cette politique prend également en compte les préoccupations que représentent la pauvreté et les inégalités sociales de santé, notamment dans les populations autochtones et dans les communautés défavorisées sur le plan socioéconomique.

La PGPS énonce plusieurs objectifs et des cibles ambitieuses qui concernent différents groupes de la population. Certains d'entre eux peuvent indirectement profiter aux aînés. Par exemple, il est prévu d'augmenter de 49 % l'offre de logements sains et abordables, d'améliorer l'accès à des installations extérieures ou intérieures pour favoriser un mode de vie physiquement actif en toute saison et de favoriser l'accès à des bâtiments publics qui sont proches des milieux de vie. Par les différentes mesures qui y sont prévues, la PGPS vise également à ce qu'au moins 80 % de la population atteigne un niveau élevé de bien-être émotionnel et psychosocial. D'autres actions ciblent expressément l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées et des proches aidants. À titre d'exemple, la PGPS contribue à améliorer le repérage des aînés en perte d'autonomie ou qui risquent de l'être et elle contient comme cible d'augmenter de 18 % le nombre d'aînés recevant des services de soutien à domicile. La PGPS est l'occasion pour le gouvernement de réitérer son engagement à soutenir les collectivités dans la démarche Municipalité amie des aînés, dont il sera question un peu plus loin. Elle s'accompagne d'un plan d'action interministériel qui couvre la période 2017-2021 (85).

La politique *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec* (13) a été adoptée en 2012. Il s'agit de la première politique gouvernementale sur le vieillissement et le plan d'action gouvernemental 2018-2023, intitulé *Un Québec pour tous les âges* (22), est le second qui en est issu. Ce plan d'action, dont la coordination et la mise en œuvre sont sous la responsabilité du MSSS, sollicite l'engagement de près de 20 ministères et organismes gouvernementaux et compte 85 mesures. Celles-ci s'articulent autour de trois grandes orientations (participation sociale, santé et sécurité) qui touchent toutes les sphères de la vie des aînés, dont l'engagement social, citoyen et professionnel, la solidarité et le dialogue intergénérationnels, le soutien aux proches aidants, les services de santé et de soutien à domicile, le soutien aux communautés, les habitations adaptables et accessibles, le transport ainsi que la sécurité et le respect des droits.

Le plan d'action mise sur cinq priorités d'intervention. La première consiste à accroître l'appui au milieu municipal en soutenant les efforts de celui-ci au regard de l'adaptation au vieillissement de sa population, entre autres par l'intermédiaire du Programme de soutien à la démarche Municipalité amie des aînés (MADA) (86). La démarche MADA découle d'un mouvement lancé en 2005 par l'Organisation mondiale de la santé, laquelle considère aujourd'hui le Québec comme un leader mondial dans la mise en œuvre de solutions innovantes pour favoriser le vieillissement actif. Cette démarche a pour objet d'aider financièrement et de soutenir sur le plan technique

les municipalités et les municipalités régionales de comté (MRC) dans la planification des adaptations à apporter à leurs services permettant de répondre aux besoins des personnes âgées pour que ces dernières puissent demeurer dans leur communauté le plus longtemps possible si elles le désirent. La politique et le plan d'action découlant de cette démarche couvrent neuf champs d'action favorables au vieillissement actif : l'habitat et le milieu de vie; le transport et la mobilité; le respect et l'inclusion sociale; la participation sociale; les loisirs; les espaces extérieurs et les bâtiments; la santé et les services sociaux; la communication et l'information; la sécurité. Au Québec, 92 % de la population québécoise vit sur le territoire de l'une ou l'autre des 967 municipalités et MRC dont la démarche pour être reconnues MADA suit son cours ou a abouti.

La deuxième priorité d'intervention du plan d'action cible l'amélioration du soutien aux organismes locaux et régionaux qui favorisent la participation sociale des aînés et qui contribuent à la qualité de vie de ceux-ci, soutien qui se réalise grâce au programme *Québec ami des aînés* (87) ou par l'appui à des projets intergénérationnels. La troisième priorité concerne directement les proches aidants; elle a trait à l'intensification des initiatives visant la reconnaissance, l'accompagnement et le soutien des proches aidants, notamment par une meilleure information ou par une amélioration de l'ensemble des services qui leur sont offerts et des mesures fiscales qui leur sont destinées. La quatrième priorité vise l'augmentation du nombre de personnes recevant des services de soutien à domicile et l'intensification des services pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées. Les mesures qui en découlent, en cohérence avec la Politique gouvernementale de prévention en santé, constituent autant de façons de faire la promotion de la vaccination, des conditions favorisant une bonne santé cognitive et buccodentaire ainsi que des activités en matière de prévention du suicide chez les aînés. Enfin, la dernière priorité mise sur la création de nouveaux espaces de réflexion et de concertation entre les acteurs concernés par les défis que pose le vieillissement de la population.

Sur l'ensemble du territoire, de nombreuses initiatives ont vu le jour au cours des dernières années dans le cadre de différents programmes et de diverses politiques, dont voici quelques illustrations selon les grands champs d'intervention.

En matière d'habitation et de milieu de vie, les initiatives concernent aussi bien l'aménagement de logements existants, pour les rendre accessibles aux personnes ayant des limitations physiques, que la construction de résidences pour aînés réunissant sous un même toit différents services (ex. : centre de jour, services alimentaires pour les aînés, cours, activités sociales). Certains projets relatifs à l'habitat partagé réunissent une personne âgée en perte d'autonomie et une personne autonome qui, en échange d'un loyer réduit, s'engage à fournir un soutien pratique en faisant l'entretien ménager ou de menus travaux, par exemple (88) (89). Pour les aînés que la perte d'autonomie amène à vivre dans une ressource d'hébergement, de nouveaux modèles d'habitat ont été créés ou sont en voie de l'être : certains partagent des espaces mitoyens avec un centre de la petite enfance et dans d'autres, les appareils servant aux soins sont dissimulés afin que l'espace de vie s'apparente à celui dans lequel les personnes ont évolué pendant la majeure partie de leur vie. Le gouvernement a quant à lui entrepris d'investir dans l'aménagement de maisons pour aînés inspiré, entre autres, du modèle du CHSLD de L'Islet, lesquelles maisons verront le jour au cours des prochaines années. La construction d'unités de vie de plus petite taille que celles qui existent actuellement permettra de regrouper une douzaine de résidents ayant des caractéristiques et des intérêts semblables. Ces nouvelles unités seront conçues de manière à éviter toute ressemblance avec le milieu institutionnel, notamment par la dissimulation des postes infirmiers. Elles comprendront également un espace réservé aux personnes proches aidantes pour favoriser leurs visites et leur offrir du répit (90).

En ce qui concerne le transport et la mobilité, les projets vont de l'accompagnement bénévole au transport adapté. Dans certains centres urbains, des minibus ou des taxibus effectuent des navettes entre des résidences ou des centres pour aînés et les commerces ou services dont ces personnes ont besoin. En matière de transport en commun, plusieurs villes proposent des tarifs réduits, voire l'accès gratuit, aux personnes âgées de 65 ans et plus. Pour les personnes âgées ayant besoin d'être accompagnées à leurs rendez-vous médicaux, il existe des services de transport et d'accompagnement à prix abordable ou une offre de transport collectif par taxi.

Pour ce qui est de l'aménagement des espaces extérieurs (rues, parcs) et des bâtiments publics, la présence de pistes cyclables, la construction de bâtiments publics répondant aux normes d'accessibilité universelle et un entretien rigoureux des trottoirs constituent autant de moyens de faciliter les déplacements actifs et de favoriser l'utilisation des infrastructures publiques par l'ensemble de la population, dont les personnes âgées. Des outils, de même que certains projets réalisés au cours des dernières années, illustrent ces orientations en matière d'aménagement et d'accessibilité universelle (91) (92) (93). En outre, il importe de réfléchir à l'aménagement des quartiers en fonction de la proximité des services pour en accroître le potentiel piétonnier.

Quant à la participation sociale des aînés, elle se manifeste, entre autres, par leur engagement social et citoyen dans les divers projets qui les concernent au premier chef et par la place qu'ils occupent dans différentes instances démocratiques telles que les conseils d'administration d'organismes communautaires, les conseils municipaux ou les comités de citoyens. Des organismes invitent les aînés à s'engager bénévolement et leur proposent une panoplie d'activités. Il peut s'agir d'activités de loisir, culturelles, d'apprentissage (cours, mentorat) ou sportives qui favorisent la participation sociale des personnes âgées dans leur communauté.

Sur le plan de la santé et des services sociaux, les services de soutien à domicile demeurent essentiels pour le maintien des personnes dans leur environnement. À ce chapitre, l'ajout de ressources annoncé récemment permettra de toucher davantage de personnes et d'intensifier, le cas échéant, les services dont celles-ci ont besoin de par leur condition (94). Par ailleurs, le Plan d'action gouvernemental en économie sociale 2015-2020 contient des mesures d'appui aux entreprises d'économie sociale et aux organismes communautaires fournissant différents services en matière d'aide à domicile et à la vie domestique (services d'entretien ménager, d'aide alimentaire et de répit pour les proches aidants) afin d'améliorer l'ensemble des services offerts (95).

Il importe également de souligner que plusieurs acteurs de divers secteurs (municipal, communautaire, privé) se mobilisent pour contrer la maltraitance et les abus à l'endroit des aînés. Cela se traduit par des activités de sensibilisation sur la maltraitance et la bientraitance ainsi que par des actions concertées entre différents partenaires, lesquelles ont pour double objectif de repérer les aînés victimes de maltraitance et d'intervenir auprès de ces derniers. Les activités intergénérationnelles permettant de combattre les préjugés et favorisant le respect entre les personnes ont, elles aussi, une grande valeur.

L'ensemble des interventions en cours et des projets prévus témoignent de l'importance d'agir sur plusieurs plans et de proposer des solutions variées pour répondre aux différents besoins des personnes âgées.

3.2 Ce que nous pouvons faire de plus et de mieux

Les politiques et les programmes qu'adopte ou que met en place le gouvernement, tout comme la multitude d'initiatives régionales ou locales, pour favoriser le vieillissement en santé de la population font du Québec l'une des nations les plus avancées du monde en cette matière. Il est néanmoins possible d'améliorer les mesures déjà en place et d'en proposer de nouvelles.

Contre l'âgisme

Il est important de reconnaître la diversité des réalités des personnes âgées et le dynamisme qu'insufflent leur participation à la vie en société. Non seulement ces personnes contribuent-elles au développement économique local par l'achat de biens et de services, mais elles sont souvent aussi actives dans les activités culturelles et de loisir que présentes au sein des différentes instances de la vie sociale ou démocratique. En effet, un grand nombre de personnes âgées s'engagent bénévolement dans leur milieu et fournissent ainsi une contribution d'une valeur inestimable au développement de leur communauté. Alors que plusieurs prennent leur retraite, d'autres souhaitent maintenir une activité professionnelle, voire même réintégrer le marché du travail. Elles

doivent pouvoir le faire sans subir de discrimination et pouvoir bénéficier d'aménagements (flexibilité des horaires, ergonomie des postes de travail, etc.) leur permettant de réaliser leurs aspirations. Tant la présence et l'apport des personnes proches aidantes au mieux-être de leurs proches que l'importance de les soutenir et de les accompagner selon leurs besoins doivent être reconnus.

Contre l'âgisme est nécessaire au développement d'une société où les individus, tout au long de leur vie, sont des citoyens à part entière. Les personnes vieillissantes sont loin de constituer un groupe homogène, comme l'ont démontré les chapitres précédents. Pourtant, en plus de propager une image biaisée et souvent négative des aînés, certains mythes et préjugés affectent le regard que portent les personnes âgées sur elles-mêmes, parce qu'elles intériorisent inconsciemment ces mythes et préjugés. Cela a pour conséquence qu'elles se dévalorisent et réduisent leur participation à la vie sociale. Il importe donc de faire contrepoids aux informations médiatisées mettant l'accent sur les coûts de santé occasionnés par les personnes âgées, ou les soins et services d'hébergement que leur condition requiert, en insistant plutôt sur leur contribution sociale et économique. D'ailleurs, une récente étude de l'Organisation mondiale de la santé montre que les aînés ont une faible incidence sur la hausse des coûts de santé (96).

Si l'on veut que se modifie le regard porté sur les personnes âgées, il importe d'élaborer des stratégies inclusives en prenant en considération le fait que les besoins évoluent avec l'âge. Les orientations et les mesures prévues dans le plan d'action 2018-2023 *Un Québec pour tous les âges* ou dans le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022 vont dans ce sens. Les campagnes de sensibilisation portant sur la réalité des aînés et s'adressant à l'ensemble de la population doivent se poursuivre. L'offre d'activités intergénérationnelles et de milieux de vie favorisant la mixité des âges constituent d'autres moyens de contribuer à défaire des préjugés encore trop présents dans notre société. En fait, s'appliquer à déconstruire les mythes et les préjugés sur le vieillissement est l'affaire de tous.

Intensifier les efforts visant la réduction des inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé observées chez les personnes âgées sont souvent le résultat d'un cumul de désavantages qui s'installent tôt dans la vie et qui perdurent ou s'amplifient au cours des décennies. C'est pourquoi la lutte contre les inégalités sociales est considérée comme essentielle à l'amélioration de la santé sur toute la trajectoire de vie. Le soutien aux parents vivant en situation de pauvreté, l'accessibilité et la qualité des services éducatifs à la petite enfance, l'augmentation du taux de diplomation et de qualification de tous les jeunes sont des exemples de mesures qui peuvent jouer un rôle déterminant sur le développement et le maintien de la santé tout au long de la vie. Les parcours scolaires terminés et réussis, de bonnes conditions d'emploi et des revenus suffisants donnent accès à des conditions propices à une saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif, à un logement de qualité et à un milieu de vie sécuritaire. Plus encore, de bonnes conditions de vie réduisent le stress au quotidien et le risque de développer des problèmes associés à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. Agir sur les déterminants de la santé pendant tout le parcours de vie, de manière à réduire les inégalités entre les groupes sociaux, est la voie de passage pour diminuer le fardeau des maladies chroniques et, par ricochet, pour favoriser le maintien de l'autonomie jusqu'à un âge avancé.

Malgré la mise en place de différents programmes et mesures, que ce soit les allocations aux personnes dont les revenus sont insuffisants, les logements subventionnés ou les programmes d'aide aux personnes qui vivent avec des incapacités, des écarts subsistent dans la population. Il sera intéressant de suivre les retombées des mesures du Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023 qui visent à augmenter le revenu disponible et à instaurer progressivement un revenu de base pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi (97). Ces différentes mesures de soutien devront éventuellement être renforcées afin de mieux répondre à tous les besoins. Précisons toutefois qu'elles ne peuvent pas remplacer les solutions déployées en amont pour réduire les inégalités sociales de santé.

Ralentir l'apparition des maladies

Les maladies cardiaques, ainsi que les cancers, sont les maladies les plus fréquentes et les plus mortelles au troisième âge, mais il est possible de les prévenir. Il est tout à fait réaliste de s'attendre à ce que de plus en plus de personnes puissent vivre jusqu'à un âge très avancé sans présenter de signes ou de symptômes de ces maladies chroniques. Pour cela, il faut miser sur la prévention tout au long de la vie, en commençant dès le plus jeune âge. Comme le révèle le portrait de la multimorbidité dressé en 2016-2017, les moins de 65 ans représentent plus de deux adultes multimorbides sur cinq, d'où la nécessité de planifier des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques destinées aux plus jeunes comme aux plus âgés (39).

Par ailleurs, il importe d'acquérir et de maintenir de saines habitudes alimentaires et d'être physiquement actif dans la vie de tous les jours. Si les besoins énergétiques diminuent avec l'âge, le besoin en nutriments reste relativement stable (4). La qualité de l'alimentation est d'autant plus importante que le vieillissement est associé à une réduction de la masse musculaire et osseuse ainsi qu'à une augmentation du risque de fragilité. Les connaissances sur l'alimentation des personnes âgées permettront d'améliorer les interventions en ce domaine. Les résultats d'études récentes sur l'apport équilibré de protéines aux trois repas, permettant d'augmenter la force musculaire chez les personnes de 65 ans et plus, sont d'ailleurs prometteurs (98).

Les bénéfices de l'activité physique sont eux aussi bien documentés. Tous les domaines de la mise en forme ont leur importance. Si l'on insiste généralement sur les exercices d'aérobic, le plus souvent par la marche chez les personnes âgées, il ne faut pas négliger le renforcement musculaire et les exercices d'équilibre, qui restent prioritaires. Bien qu'elle s'avère toujours nécessaire pour maintenir la forme physique, la marche seule n'a aucun effet sur l'amélioration de l'équilibre, le renforcement musculaire et la prévention des chutes (4) (34) (99). Elle devrait donc être jumelée à d'autres types d'activités et intégrée aux activités régulières des personnes.

Le Québec a connu de beaux succès en matière de lutte contre le tabagisme, mais les efforts doivent se poursuivre. Une recension de différentes études menées dans quelques pays a permis de dégager certaines pistes d'intervention parmi les plus efficaces auprès des personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés, dont l'offre gratuite, ou à peu de frais, d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique et l'instauration de services téléphoniques de soutien auxquels on peut référer les personnes à partir de leur dossier médical informatisé ou de services de soutien à l'arrêt tabagique offerts dans différents milieux, selon des horaires variables. Plusieurs de ces interventions existent déjà au Québec. D'autres pistes intéressantes pourraient se traduire par de nouvelles actions à entreprendre comme, entre autres, des rencontres de groupe pour favoriser le soutien par les pairs et des interventions individuelles prenant en compte les situations de stress qui affectent les personnes et qui peuvent constituer des freins à l'arrêt tabagique (100).

Lorsqu'il s'agit de limiter la consommation d'alcool, il y a lieu de réaffirmer la responsabilité sociale de l'industrie à l'égard de la consommation d'alcool dans la population. On ne peut qu'appuyer son engagement à promouvoir la consommation responsable, mais il faut l'inviter à se questionner sur ses pratiques promotionnelles (rabais selon le volume d'achat, réduction de prix, carte privilège, etc.). En outre, il faut continuer d'assurer le suivi des modes de consommation et de leurs conséquences tant sur la santé que sur les coûts sociaux (101).

Les actions concernant l'arrêt tabagique et la réduction de la consommation d'alcool permettent d'enregistrer des gains de santé tout au long de la vie, incluant aux âges avancés. C'est pourquoi il est important de renforcer les moyens existants et d'en proposer d'autres.

Retarder le déclin cognitif

Les connaissances scientifiques ayant trait aux effets du vieillissement sur les fonctions cognitives ont beaucoup progressé (46). Certes, il n'existe toujours pas de façon de guérir la maladie d'Alzheimer. Cependant, on sait comment amener une personne à développer au maximum ses capacités cognitives et à constituer ce que l'on appelle sa « réserve cognitive ». Le maintien, le renforcement et la protection de la réserve cognitive permettent

aux individus de mieux résister au déclin normal des fonctions cognitives dû au vieillissement, de retarder l'apparition des démences et de compenser les atteintes au cerveau qu'elles provoquent. Le résultat n'a rien de banal puisque c'est l'autonomie des personnes qui se trouve protégée ou allongée par une bonne réserve cognitive. Quand on considère la qualité de vie comme étant intimement liée au maintien de l'autonomie, on mesure mieux l'importance de la santé cognitive comme composante de la santé globale des personnes.

Pour développer sa réserve cognitive, il faut d'abord adopter de saines habitudes de vie et les maintenir tout au long de sa vie. Comme pour la prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers, l'activité physique joue un rôle de premier plan dans le maintien et le développement de la réserve cognitive. Il est également important que les fonctions cognitives soient stimulées de multiples façons : apprendre une nouvelle langue, pratiquer des activités artistiques, s'adonner à des jeux d'une certaine complexité, etc.

Pour favoriser une bonne santé cognitive, il importe aussi de prêter une attention particulière à la prise de médicaments. Comme le rapporte l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), quatre des dix médicaments de la liste de Beers qui sont le plus fréquemment prescrits aux personnes âgées seraient à éviter. Dans la plupart des cas, ces médicaments ne devraient pas être utilisés comme traitements de première intention puisqu'ils peuvent augmenter le risque de chutes, de fractures et de déficience cognitive. Même si l'ICIS note une diminution du nombre d'ordonnances relatives à ces médicaments, il y a lieu de poursuivre la sensibilisation des intervenants de la santé (médecins, pharmaciens, personnel infirmier), mais aussi des personnes âgées à qui l'on prescrit ces médicaments (36). Des initiatives visant la réduction de la prise de médicaments inappropriés chez les personnes âgées qui vivent dans des établissements de santé, comme le projet Évaluation de la personnalisation des soins infirmiers, médicaux et pharmaceutiques en soins de longue durée (102) et le projet Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques (103), ont d'ailleurs été soutenues par le MSSS et déployées dans des établissements du réseau.

Prévenir l'isolement social

Les relations sociales qu'entretiennent au quotidien les personnes âgées dans leur milieu de vie exercent une influence positive sur leur santé. Participer à la vie sociale favorise le développement de liens intergénérationnels et l'exercice de la citoyenneté. Les différentes formes d'engagement social représentent autant de moyens de stimulation des fonctions cognitives et de protection de la réserve cognitive. La prévention de l'isolement social et de la solitude des aînés doit donc être une priorité. Il faut encourager les initiatives visant à repérer et à accompagner les personnes isolées.

Les communautés sont en mesure d'offrir une gamme étendue d'activités favorisant la participation sociale, le bon voisinage et l'entraide. Le modèle Municipalité amie des aînés et les projets s'inscrivant dans les Initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables sont des stratégies d'intérêt à cet égard. L'usage des technologies est aujourd'hui utile à la communication et à la vie en société. Bien que de plus en plus de personnes âgées soient familières avec les technologies de l'information et de la communication, un grand nombre d'entre elles n'ont pas pu développer ni même acquérir les habiletés que ces technologies requièrent ou ne disposent pas d'outils tels que les tablettes électroniques. Des activités d'initiation et d'utilisation de ces technologies sont offertes un peu partout au Québec (104).

Certaines initiatives québécoises visant à soutenir les proches aidants ou à contrer l'isolement social des aînés méritent d'être mieux connues. C'est le cas entre autres du programme *Biblio-aidants* de l'Association des bibliothèques publiques du Québec, auquel participent plus de 640 bibliothèques réparties sur le territoire. Il s'agit d'un service d'information à l'intention des proches aidants qui comporte une série de quinze cahiers thématiques sur les maladies et les enjeux auxquels ils sont confrontés. Chaque cahier thématique présente une liste d'organismes, une sélection de sites Web pertinents ainsi que des suggestions de lecture et de films. La documentation est également disponible en ligne (105).

À l'instar de la France (106) et du Royaume-Uni (107), le Québec a adopté, mais plus récemment, des stratégies de lutte contre l'isolement par l'entremise de projets pilotes en gériatrie et gérontologie sociales. Ces initiatives sont consécutives à un engagement important pris en 2018 par le gouvernement du Québec qui souhaitait, par un plan de lutte contre l'isolement des aînés, agir sous les angles de la prévention et de l'amélioration de la qualité de vie. Des actions concrètes sont nécessaires puisque l'isolement a une incidence sur la santé, psychologique et cognitive, des aînés et qu'il est associé à des niveaux supérieurs de dépression et de suicide.

Bien que le concept de « gériatrie sociale » soit relativement nouveau et qu'il repose sur des initiatives diverses au Québec, les projets en cours et les travaux du MSSS s'appuient sur une approche intégrée pour soutenir un vieillissement en santé et briser l'isolement des aînés. Ces projets poursuivent les objectifs suivants : repérer les personnes les plus vulnérables autour desquelles il est difficile de créer un filet de sécurité, mobiliser les acteurs des réseaux locaux de services et agir en prévention afin de soutenir l'autonomie de ces aînés isolés. Il sera intéressant de suivre la mise en œuvre et les résultats des projets pilotes en gériatrie sociale dont l'annonce de financement a été faite au cours des derniers mois (108).

Réduire les hospitalisations liées aux chutes et aux fractures

Outre les mesures concernant la médication inappropriée, le dépistage et le suivi médical des personnes atteintes d'ostéoporose ou présentant un risque accru de fragilisation des os constituent des moyens importants pour réduire les hospitalisations liées aux chutes et aux fractures. La prévention de la fragilité osseuse et des fractures peut se faire par des mesures visant, entre autres, une saine alimentation, un apport supplémentaire en calcium et en vitamine D ou un apport protéinique à chaque repas ainsi que par la pratique régulière d'activités physiques. D'autre part, il faut poursuivre la prévention des chutes à domicile par la mise en place d'interventions visant l'amélioration des capacités motrices (équilibre et force), l'élimination des dangers dans l'environnement domiciliaire et la diminution de la prise de médicaments inappropriés. Un renforcement de ces différentes mesures pourrait contribuer à limiter la progression ainsi que le fardeau de l'ostéoporose et de ses conséquences pour les personnes, et contribuer également à diminuer la pression sur le système de santé (34) (35) (98).

Adapter les environnements bâtis aux capacités des personnes vieillissantes

Parler d'environnement bâti, c'est d'abord s'intéresser à l'habitat. Les logements doivent, bien sûr, être financièrement accessibles, mais aussi être exempts de problèmes de sécurité et de salubrité, lesquels peuvent représenter des risques importants pour la santé et le bien-être des individus. Pour de nombreuses personnes âgées, la résidence représente bien plus qu'une somme de pièces. D'une certaine manière, le lieu où elles résident fait partie de leur identité et il est essentiel de maintenir le plus possible les liens d'appartenance au milieu de vie dans lequel elles évoluent depuis longtemps.

L'environnement bâti et, de manière plus générale, le milieu de vie des personnes âgées doivent être conçus ou adaptés pour leur permettre de continuer à s'épanouir même si elles ont à composer avec des incapacités fonctionnelles et des fragilités liées au vieillissement normal ou, encore, découlant de maladies ou de blessures. L'utilisation de la domotique, de gérontechnologies et de matériel améliorant l'ergonomie du domicile peut faire en sorte que les logements soient mieux adaptés aux besoins des personnes âgées et puissent contribuer à prolonger leur maintien à domicile (109). Parmi les mesures à déployer plus largement pourrait figurer celle qui consiste à prévoir, dès la construction, l'adaptation de l'habitat sans que cela implique des coûts trop importants le moment venu (110). Il s'agit, par exemple, de prévoir le renforcement des murs dans les salles de bain pour pouvoir y installer des barres d'appui ou, encore, de construire des cadres de portes suffisamment larges pour permettre la circulation en fauteuil roulant. En matière d'habitation, différents modèles ont vu le jour au Québec comme ailleurs dans le monde. Les solutions à cet égard doivent être variées pour répondre aux différents besoins et aux réalités diverses des personnes âgées; on peut penser, notamment, à l'habitat-partagé, à la maison intergénérationnelle ou à la résidence pour aînés (111).

Sur le plan de l'aménagement des quartiers, des villes et des villages, il importe de poursuivre les efforts pour les concevoir de manière à favoriser la mixité sociale, à améliorer l'accès aux services de proximité et à faciliter les déplacements actifs (à pied ou à vélo), et ce, de façon sécuritaire. De tels aménagements contribuent au maintien de l'autonomie des personnes. Les infrastructures doivent favoriser le vivre-ensemble par la présence d'espaces collectifs répondant aux besoins des différents groupes d'âge (familles avec de jeunes enfants, adolescents, personnes âgées) (91). Il peut s'agir de bibliothèques, de parcs, de centres communautaires, etc. Il faut également réfléchir aux aménagements et aux équipements qui peuvent favoriser la pratique de la marche, dont la présence de bancs, un éclairage public adéquat et une signalisation claire. À ce sujet, des exemples et des outils québécois intéressants peuvent servir d'inspiration aux différents acteurs concernés par la question (112) (113). La démarche Municipalité amie des aînés constitue un rouage central pour faire connaître et soutenir les meilleures pratiques et initiatives qui ont vu le jour.

Accroître la littératie en santé, améliorer la communication avec les aînés et adapter l'information qui leur est destinée

Plusieurs organisations de santé publique, comme l'Organisation mondiale de la santé et les Centers for Disease Control états-uniens, font de la littératie en santé une priorité. Développer la littératie en santé dès le jeune âge revêt son importance, mais l'âge avancé ne constitue pas un frein à l'acquisition de compétences en matière de santé. Un faible niveau de littératie en santé peut conduire à une moins bonne participation à des programmes de prévention comme la vaccination ou le dépistage de certaines maladies. Pour que les personnes participent activement à la gestion des incapacités et des maladies qui les concernent, elles doivent pouvoir acquérir les compétences nécessaires à cette fin. Pour les différents acteurs du domaine de la santé, cela confirme l'importance d'adapter l'information aux personnes auxquelles elle est destinée et de s'assurer que celles-ci la comprennent. La fréquentation des établissements de santé présente souvent un niveau d'exigence élevé, particulièrement pour les personnes âgées. Se déplacer dans les couloirs, décoder la signalisation, comprendre les demandes administratives, se démêler dans la prise des rendez-vous sont des exemples d'obstacles à franchir. Les établissements ont une grande responsabilité en matière de littératie en santé. Pour favoriser l'autonomie des personnes et leur santé globale, il y a beaucoup à faire. Il faut donc encourager les établissements de santé à s'inspirer de pratiques éprouvées et à faire preuve d'innovation. Cela fait d'ailleurs partie des actions prévues dans le Plan d'action interministériel 2017-2021 accompagnant la Politique gouvernementale de prévention en santé (85).

Sur le plan des communications et de l'information, il faut faire en sorte d'abord que les documents et les messages destinés aux personnes âgées soient facilement lisibles (taille et police des caractères), puis qu'ils soient intelligibles et adaptés, c'est-à-dire rédigés dans un langage simple, voire agrémentés de pictogrammes pour en faciliter la compréhension. De plus, l'information doit être accessible et transmise par l'intermédiaire de différentes plateformes ou médias (écrits, électroniques, radiophoniques, télévisuels). L'utilisation des nouvelles technologies doit faire partie des pistes d'amélioration pour joindre les aînés. Quand on sait que près de trois adultes sur quatre (70 %) âgés de 65 ans et plus sont d'avis que les technologies facilitent l'accès aux soins de santé ou aux services sociaux et que plus de la moitié (55 %) démontrent un intérêt pour au moins un outil numérique afin de rester autonomes le plus longtemps possible (67), ces pistes s'avèrent d'autant plus pertinentes.

Le vieillissement en santé : un engagement collectif

Les nombreux programmes ou politiques adoptés et mis en œuvre au cours des dernières années témoignent de l'engagement collectif des Québécois à l'endroit des aînés. Déjà, plusieurs mécanismes de concertation et de collaboration entre les acteurs de différents secteurs sont en place et fonctionnent bien, et ce, à diverses échelles (locale, régionale et nationale). Les recherches, l'amélioration des connaissances en santé, l'adaptation des services et des milieux dans lesquels évoluent les aînés ainsi que les avancées technologiques constituent autant de pistes dont il faudra suivre de près les résultats afin d'accélérer l'instauration des meilleures pratiques

et des projets les plus prometteurs. D'ailleurs, la réunion technique internationale sur le vieillissement à domicile, tenue à Québec en octobre 2018 (114), visait, par des échanges, réflexions et discussions, à approfondir les connaissances et à présenter les positions d'experts internationaux sur le vieillissement à domicile. Ces discussions se sont articulées autour des quatre grands axes suivants : agir sur les politiques; agir sur l'environnement; agir avec la personne; la personne et ses actions. Au terme de ces trois journées, dix-sept opinions techniques ont été formulées sur les stratégies et les meilleures pratiques à privilégier dans une perspective d'innovation. Ces opinions techniques pourront alimenter les travaux de l'Organisation mondiale de la santé et soutenir la prise de décision gouvernementale (115). C'est notamment par ces différents moyens que nous continuerons à améliorer la qualité de vie des aînés et ainsi faire en sorte que l'âge soit de moins en moins un frein à leur participation pleine et entière à la société.

CONCLUSION

Depuis quelques décennies, la structure par âge de la population québécoise change de façon importante. Le vieillissement démographique déjà amorcé au Québec se poursuivra au cours des prochaines années. En soi, cela s'avère positif puisqu'une population vieillissante témoigne du fait que la société répond aux conditions requises pour que les personnes vivent plus longtemps. Toutefois, les changements démographiques comportent indéniablement des défis, lesquels toucheront de plus en plus la santé publique et d'autres secteurs de la société québécoise dans les années à venir.

Une longévité accrue, sans contredit une ressource très précieuse, repose sur une assise importante : la santé. Il est vrai que, tôt ou tard, le processus naturel de vieillissement s'accompagne de facteurs de vulnérabilité et d'une perte d'autonomie. Cependant, un vieillissement en santé se prépare tout au long du parcours de vie, notamment par l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Celles-ci peuvent contribuer à retarder l'apparition des maladies et des incapacités, et ainsi faire en sorte que la qualité de vie des personnes âgées soit préservée plus longtemps.

Le présent rapport a permis de montrer comment la santé peut être influencée par les habitudes de vie, la situation socioéconomique et les environnements dans lesquels évoluent les personnes. En agissant en amont sur les différents déterminants de la santé, on prévient certains problèmes de santé pouvant mener à une perte d'autonomie. Repenser l'aménagement des milieux de vie et des infrastructures, en créant des environnements favorables au mode de vie sain, accessibles et sécuritaires, peut non seulement aider les aînés à poursuivre leurs activités sociales et à conserver une bonne santé plus longtemps, mais aussi profiter à l'ensemble de la population.

Bien que le Québec ait réalisé des progrès importants en mettant en œuvre diverses initiatives pour préserver la santé et améliorer l'inclusion sociale des personnes vieillissantes, il lui reste encore des défis à relever. Si l'on veut répondre au mieux aux besoins des aînés, il est primordial de faire participer ces derniers à toutes les étapes des projets et aux décisions qui les concernent. La consolidation et l'amélioration des services de proximité, dans l'ensemble des régions du Québec, doivent également continuer d'être une priorité.

Si l'on investissait des efforts supplémentaires pour encourager la participation sociale des aînés, en mettant en place les conditions propices au développement de liens intergénérationnels, en favorisant la mixité sociale et en tenant compte de la diversité des aînés, toute la société en bénéficierait. Une société plus inclusive, qui prend en considération les besoins de l'ensemble de la population et qui valorise la contribution des personnes âgées, ne peut que mieux se porter.

RÉFÉRENCES

- (1) Ana Cristina Azeredo et Frédéric F. Payeur, « Vieillesse démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE », [Fichier PDF], *Données sociodémographiques en bref*, vol. 19, n° 3, juin 2015, 27 + [1] p. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/vieillesse-demographique-au-quebec-comparaison-avec-les-pays-de-locde.pdf>].
- (2) Institut de la statistique du Québec, *Le bilan démographique du Québec : édition 2019*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2019, 179 p. Également disponible en ligne : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2019.pdf>
- (3) Frédéric F. Payeur, « La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2016 », [Fichier PDF], *Coup d'œil sociodémographique*, vol. 55, mai 2017, 7 p. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no55.pdf>].
- (4) Organisation mondiale de la santé, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2016, 296 p. Également disponible en ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1.
- (5) « Vieillesse », [En ligne], Onglet Lexicographie du *Portail lexical*, Nancy (France), Centre national de ressources textuelles et lexicales, ©2012. [<http://cnrtl.fr/definition/vieillesse>] (Consulté le 6 août 2019).
- (6) *Le vieillissement humain*, [Fichier PDF], s. l., Université médicale virtuelle francophone, 2008-2009, 20 p. [<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf>].
- (7) Organisation mondiale de la santé, *Vieillesse et santé*, [En ligne], 5 février 2018. [<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>] (Consulté le 6 août 2019).
- (8) « Vieillesse », [En ligne], *Wikipédia*. [<http://fr.wikipedia.org/wiki/Vieillesse>] (Consulté le 6 août 2019).
- (9) Institut national de santé publique du Québec, *Déterminants de la santé*, [En ligne]. [<http://inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>] (Consulté le 6 août 2019).
- (10) Chantale Lecours, Marie-Pier Labrie et Nadine Ouellette, « Inégalités sociales de santé au Québec : prévalence de l'incapacité et des maladies chroniques selon l'âge et le niveau de défavorisation en 2010-2011 », *Analyse de politique = Canadian Public Policy*, vol. 41, n° suppl. 2, novembre 2015, p. S34-S43. doi : 10.3138/cpp.2014-076.
- (11) Stéphane Crespo et Sylvie Rheault, *Revenu, faible revenu et inégalité de revenu : portrait des Québécoises et des Québécois de 55 ans et plus vivant en logement privé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013, 124 p. (Coll. Condition de vie et bien-être). Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/revenu-faible-revenu-2013.pdf>.
- (12) Ruth Rose, *Portrait statistique des personnes âgées au Québec*, [Fichier PDF], 2019, s. p. [Réalisé dans le cadre d'une recherche subventionnée par le programme Québec Ami des Aînés (QADA), Ministère de la Famille du Québec]. [http://chairevieillessement.uqam.ca/fichier/document/Portrait_stat_R_Rose-4.pdf].
- (13) Québec. Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec*, Québec, Ministère de la Famille et des Aînés, 2012, 200 p. Également disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS.pdf>.
- (14) Québec. Ministère des Finances, *Vos priorités, votre budget : budget 2019 2020 : renseignements additionnels*, [Québec], [Ministère des Finances du Québec], 2019, pag. mult. Également disponible en ligne : http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2019-2020/fr/documents/RenseignementsAdd_1920.pdf.
- (15) Chantale Lecours, « Portrait des proches aidants et les conséquences de leurs responsabilités d'aidant », [Fichier PDF], *Coup d'œil sociodémographique*, n° 43, novembre 2015, 9 p. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no43.pdf>].

-
- (16) Dominic Abrams et autres, *The barriers to and enablers of positive attitudes to ageing and older people, at the societal and individual level*, Technical report, Government Office for Science, Kent (U. K.), 2015, 34 p. Également disponible en ligne : <https://kar.kent.ac.uk/57832/>.
- (17) Organisation mondiale de la santé, *Journée internationale des personnes âgées 2016*, [En ligne]. [https://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/fr/].
- (18) Organisation mondiale de la santé, *Questions-réponses sur l'âgeisme*, [En ligne]. [<http://who.int/ageing/features/faq-ageism/fr/>] (Consulté le 15 août 2019).
- (19) Marie-Andrée Gravel, « Portrait de la discrimination au Québec », [Fichier PDF], *Coup d'œil sociodémographique*, n° 44, décembre 2015, 8 p. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no44.pdf>].
- (20) Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, *La prévention de la violence au Québec : une responsabilité individuelle et collective*, [Fichier PDF], Huitième rapport du directeur national de santé publique, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2018, VIII, 76 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-228-01W.pdf>].
- (21) Conseil national des aînés, *Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard ? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés*, [En ligne], [Gatineau (Québec)], Conseil national des aînés, 2016, 58 p. [<https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2017/revue-isolement-social-aines.html>].
- (22) Québec. Secrétariat aux Aînés du Ministère de la Famille et Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un Québec pour tous les âges : le plan d'action 2018-2023*, Québec, Ministère de la Famille, Direction des communications, 2018, 105 p. Également disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002204/>.
- (23) Martine Lagacé, *Ces biais et préjugés passés sous silence... et leurs conséquences individuelles et collectives*, [En ligne], Présentation faite dans le cadre des 20^{es} Journées annuelles de santé publique, 22 novembre 2016, 18 p. [<http://www.inspq.qc.ca/jasp/un-quebec-fou-de-ses-aines>].
- (24) Gouvernement du Québec, *Effets des changements climatiques sur la santé*, [En ligne]. [<http://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-et-environnement/effets-des-changements-climatiques-sur-la-sante/>] (Consulté le 1^{er} octobre 2019).
- (25) CIRANO, *Évolution du taux d'emploi des 15 à 64 ans selon le sexe*, Québec, [En ligne], mis à jour le 26 février 2018. [<http://qe.cirano.qc.ca/theme/marche-travail/emploi/graphique-evolution-taux-demploi-15-a-64-ans-selon-sexe-quebec>] (Consulté le 4 avril 2019) [Graphique présentant les données de 1976 à 2017].
- (26) Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, « Proportion de femmes parmi les aînés, Québec, 1996-2056 », [En ligne], *Viellissement : réalités sociales, économiques et de santé*, Tableau. [<http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/vieillissement/index.html?theme=population&tab=3>] (Consulté le 15 août 2019).
- (27) Québec. Ministère de la Famille, *Les aînés du Québec : quelques données récentes*, [Fichier PDF], 2^e édition, [Québec], Ministère de la Famille, Direction des communications, 2018, 22 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aineef/aines-quebec-chiffres.pdf>].
- (28) Anne Binette Charbonneau, « Combien de personnes vivent seules au Québec en 2016 ? », [Fichier PDF], *Données sociodémographiques en bref*, vol. 22, n° 2, février 2018. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol22-no2.pdf].
- (29) Institut de la statistique du Québec, *Le bilan démographique du Québec : édition 2018*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2018, 173 p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf>.
- (30) Frédéric F. Payeur et Ana Cristina Azeredo, « Les scénarios d'analyse des perspectives démographiques du Québec, 2011-2061 », [En ligne], *Données sociodémographiques en bref*, vol. 20, n° 1, octobre 2015, p. 19-25. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol20-no1.pdf>].
- (31) Statistique Canada, *Espérance de vie ajustée sur la santé, selon le sexe*, Tableau 13-10-0370-01. doi : [10.25318/1310037001-fra](https://doi.org/10.25318/1310037001-fra).

-
- (32) Claire Fournier, Marcel Godbout et Linda Cazale, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : méthodologie et description de la population visée*, [Fichier PDF], Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, 2013, 71 p. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-metho.pdf>].
- (33) Institut national de santé publique du Québec, *Tableau 2 : Principales causes d'hospitalisation au Québec selon le rang et le groupe d'âge, hommes et femmes confondus, 2011-2012 à 2013-2014 : nombre annuel moyen, taux par 100 000 habitants et pourcentage*, [En ligne], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, s. d., 2 p. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/secure/tableau_2_principales_causes_d_hospitalisation_2011-2014.pdf?width=1024&height=800&iframe=true].
- (34) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, [Fichier PDF], Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2019, 43 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-01W.pdf>] [Mise à jour de l'édition originale datant de 2004].
- (35) Claudia Beaudoin et autres, *Surveillance de l'ostéoporose au Québec : prévalence et incidence*, [Fichier PDF], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2019, 15 p. (Coll. Surveillance des maladies chroniques; 27). [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2563_surveillance_osteoporose_prevalence_incidence.pdf].
- (36) Institut canadien d'information sur la santé, *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016*, [Fichier PDF], Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé, 2018, 81 p. [https://secure.cihi.ca/free_products/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf].
- (37) Institut national de santé publique du Québec, *Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé ?*, [En ligne], mis à jour le 14 juillet 2016. [<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-un-projet-en-lien-avec-la-responsabilite-populationnelle/mettre-en-oeuvre-suivre-le-projet-et-l-adapter/quels-sont-les-facteurs-influençant-le-degré-de-littératie-en-santé>] (Consulté le 2 octobre 2019).
- (38) Institut national de santé publique du Québec, *Principales causes d'hospitalisation au Québec selon le rang et le groupe d'âge, hommes et femmes confondus, 2013-2014 à 2015-2016 : nombre annuel moyen, taux par 100 000 habitants et pourcentage*, [En ligne], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, s. d., 2 p. [http://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/secure/tableau_2_principales_causes_d_hospitalisation_au_quebec.pdf?width=1024&height=800&iframe=true].
- (39) Marc Simard et autres, *La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017*, [Fichier PDF], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2019, 11 p. (Coll. Surveillance des maladies chroniques; 29). [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2577_prevalence_multimorbidite_quebec_2016_2017.pdf].
- (40) Penny MacCourt, Kimberley Wilson et Marie-France Tourigny-Rivard, *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*, [Fichier PDF], Calgary (Alberta), Commission de la santé mentale du Canada, 2011, 111 p. [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-09/csmc_lignes_directrices_pour_les_aines_0.pdf].
- (41) Maxime Murphy et Claire Fournier, « Perte de poids involontaire et signes de dépression : deux marqueurs de fragilité chez les personnes de 65 ans et plus », *Zoom santé*, n° 43, mai 2014, 11 p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201405-43.pdf>.
- (42) Association québécoise de prévention du suicide, *La prévention du suicide des aînés au Québec : comprendre, s'inspirer et agir*, [Fichier PDF], 2014, 59 p. [aqps.info/media/documents/PreventionSuicideAines_comprendre_sinspirer_agir_AQPS_V2016.pdf].
- (43) Pascale Lévesque, Éric Pelletier et Paul-André Perron, *Le suicide au Québec : 1981 à 2016 : mise à jour 2019*, Rapport, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, 2019, II, 25 p. Également disponible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2497_suicide_quebec.pdf.
- (44) Organisation mondiale de la santé, *Maladies chroniques*, [En ligne]. [www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/] (Consulté le 12 août 2019).
- (45) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Fichier des décès*, actualisation découpage territorial M34-2019, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 2017. [Document électronique à accès réservé].

-
- (46) Denise Aubé, *La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé : synthèse des connaissances*, [Fichier PDF], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, 2017, v, 63 p. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323_sante_cognitive_vieillir_sante.pdf].
- (47) Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), actualisation découpage territorial version M34-2017, selon la table de correspondance des territoires 2014-2015, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 2019. [Document électronique à accès réservé].
- (48) Société Alzheimer Canada, *Facteurs de risque*, [En ligne], mis à jour le 24 août 2018. [<http://alzheimer.ca/fr/Home/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Risk-factors>] (Consulté le 16 août 2019).
- (49) Organisation mondiale de la santé, *La démence*, [En ligne], 14 mai 2019. [<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>] (Consulté le 17 septembre 2019).
- (50) Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014*, Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- (51) Statistique Canada, « Consommation de fruits et de légumes, 2016 », dans *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015-2016*, [En ligne], diffusé le 27 septembre 2017. [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2017001/article/54860-fra.htm>].
- (52) Roger Bélanger, Carole Blanchet et Denis Hamel, *La santé buccodentaire des aînés québécois*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, II, 21 p. (Coll. Vieillesse en santé). Également disponible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2097_sante_buccodentaire_aines_quebecois.pdf.
- (53) Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, fichier de microdonnées à grande diffusion de 2015-2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 2019. [Document électronique à accès réservé].
- (54) Gouvernement du Canada, *Consommation problématique d'alcool*, [En ligne]. [<http://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-alcool.html>] (Consulté le 21 août 2019).
- (55) Marie-Noëlle Caron et collab., *La santé publique chez les Premières Nations au Québec : une responsabilité partagée pour une action concertée*, Document de réflexion, Wendake (Québec), Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2018, 67 p. Également disponible en ligne : http://www.cssspnq.com/docs/default-source/publications-cssspnq/portrait_sante_publique_site-fr.pdf?sfvrsn=2.
- (56) SERC Team of the Public Health Department, *Background summary statistical profile of health and health determinants in Eeyou Istchee for the Health Assembly*, s. l., [Cree Board of Health and Social Services of James Bay], 2016, 43 p. Également disponible en ligne : <https://www.creehealth.org/sites/default/files/A%20Health%20Profile%20for%20Health%20Assembly.pdf>.
- (57) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2015, 85 p. Également disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.
- (58) Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, *Portrait de santé du Nunavik : la santé des jeunes, des adultes et des personnes âgées : 2015*, [s. l., s. n.], 2015, XI, 86 p. + annexes. Également disponible en ligne : https://nrhss.ca/sites/default/files/Profile%20Youth_Adults_Elders_2015_FR%20.pdf.
- (59) Chantale Lecours et Ghyslaine Neill, « État de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec », [Fichier PDF], *Zoom santé*, n° 53, décembre 2015, 10 p. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201512.pdf>].
- (60) Emploi et Développement social Canada, *Isolement social des aînés : regard spécifique sur les nouveaux immigrants et réfugiés aînés au Canada : Supplément aux trousseaux sur l'isolement social des aînés*, [Fichier PDF], s. l., Emploi et Développement social Canada, 2018, 52 p. Consultable à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/isolement-social-immigrants-refugies.html>.
- (61) Eve-Lyne Couturier, *Évolution des statistiques sur les retraites*, Note socioéconomique, Montréal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2018, 11 p. Également disponible en ligne : https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_retraite_2018_WEB.pdf.

-
- (62) Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, « Évolution de l'âge moyen de la prise de la retraite, Québec, Ontario, Canada, 1976-2014 », [En ligne], *Viellissement : réalités sociales, économiques et de santé*, Tableau. [<http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/vieillissement/index.html?theme=retraite&tab=2>].
- (63) Sylvie Rheault et Jean Poirier, sous la dir. de, *Le vieillissement démographique : de nombreux enjeux à déchiffrer*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2012. 259 p. Également disponible en ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/vieillissement.pdf>.
- (64) Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Rapport sur les résidences pour personnes âgées*, [Région : Québec, Numéro : 2019], [Fichier PDF], 2019, 64 p. [<https://assets.cmhc-schl.gc.ca/sf/project/cmhc/psandreports/seniors-housing-report/2019/seniors-housing-report-quebec-65989-2019-a01-fr.pdf?rev=1b0c0191-c537-4ec3-9fef-278fb65d5aa8>].
- (65) Organisation mondiale de la santé, *Programme OMS pour un environnement favorable aux aînés*, [En ligne]. [http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_programme/fr/] (Consulté le 22 août 2019).
- (66) Marie-Andrée Gravel, « Les réseaux sociaux informels et le capital social », [Fichier PDF], *Données sociodémographiques en bref*, vol. 20, n° 2, février 2016, 22 p. [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_dembref2016T01F00.pdf].
- (67) Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO), avec la collaboration de BIP Recherche, *Viellir à l'ère numérique*, [Fichier PDF], Québec, CEFRIO, 2018, 19 p. (Coll. NeTendances, vol. 9, n° 1). [https://creneaupaapa.uqam.ca/wp-content/uploads/2018/10/netendances-2018_veillir_avec_le_numerique.pdf].
- (68) Statistique Canada, *Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation : fichier de microdonnées à grande diffusion, 2010*, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. [Document électronique à accès réservé].
- (69) Institut de la statistique du Québec, *Répartition des proches aidants âgés de 15 à 44 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, Canada hors Québec et ensemble du Canada, 2012*, [En ligne], Tableau statistique, 31 août 2015. [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/soutien-social-entraide/statistiques_proches_aidants_t3_2_2.htm].
- (70) Institut de la statistique du Québec, *Répartition des proches aidants âgés de 15 ans et plus selon le nombre de bénéficiaires et le nombre moyen d'heures d'aide fournie chaque semaine, Québec, Canada hors Québec et ensemble du Canada, 2012*, [En ligne], Tableau statistique, 31 août 2015. [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/soutien-social-entraide/statistiques_proches_aidants_t4_1.htm].
- (71) Penny MacCourt, sous la direction de, *Isolement social des aînés, Volume I : Comprendre l'enjeu et trouver des solutions*, [Fichier PDF], s. l., s. n., 2017, [iv], 56 p. [<https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/partenaires/forum-aines/trousse-isolation-sociale-vol1.html>]. [Document préparé pour le Forum fédéral, provincial et territorial des ministres responsables des aînés].
- (72) Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Environnement bâti*, [En ligne], 2010. [http://www.ccnpps.ca/9/Environnement_bati.ccnpps] (Consulté le 23 août 2019). [Hébergé sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec].
- (73) Institut national de santé publique du Québec, *Centre de référence sur l'environnement bâti et la santé (CREBS)*, [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/crebs>] (Consulté le 23 août 2019).
- (74) David W. Barnett et autres, « Built environmental correlates of older adults' total physical activity and walking : a systematic review and meta-analysis », *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 14, n° 1, 7 août 2017, art. n° 103, 24 p. doi : 10.1186/s12966-017-0558-z.
- (75) Éric Robitaille, *Potentiel piétonnier et utilisation des modes de transport actif pour aller au travail au Québec : état des lieux et perspectives d'intervention*, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, 2015, viii, 109 p. Également disponible en ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1935_Potentiel_Pietonnier_Travail.pdf.
- (76) Éric Robitaille, *Environnement bâti - Vieillesse*, [2017]. [Document de travail non publié].
- (77) Stéphane Ladouceur, *Indice de vitalité économique des territoires*, [Fichier PDF], Bulletin d'analyse, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2018, 42 p. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/indice-vitalite-economique/bulletin-indice-2018.pdf>].

-
- (78) Société de l'assurance automobile du Québec, *Bilan 2016 : accidents, parc automobile et permis de conduire*, Dossier statistique, Québec, Société de l'assurance automobile du Québec, 2017, 221 p. Également disponible en ligne : <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/espace-recherche/dossier-statistique-bilan-2016.pdf>.
- (79) Marie-Andrée Gravel, « Regard sur la mobilité de la population québécoise », [Fichier PDF], *Données sociodémographiques en bref*, vol. 18, n° 3, juin 2014, p. 23-30. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol18-no3.pdf>].
- (80) Société de l'assurance automobile du Québec, *Conducteurs âgés : le saviez-vous ?*, [En ligne]. [<http://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/clienteles/aines/saviez-vous/>] (Consulté le 22 août 2019).
- (81) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme québécois de soins bucco-dentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD : cadre de référence*, [Fichier PDF], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2019, 154 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-231-28W.pdf>].
- (82) Québec. Secrétariat aux aînés, *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, [Québec], Ministère de la Famille, Secrétariat aux aînés, 2017, 85 p. Également disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aiee/F-5212-MSSS-17.pdf>.
- (83) Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children, *Le programme Ce n'est pas correct! Voisins, amis et familles présents pour les personnes âgées*, [En ligne]. [<http://cenestpascorrectqc.org/le-programme/>] (Consulté le 5 septembre 2019).
- (84) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2016, ix, 98 p. Également disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>.
- (85) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action interministériel 2017-2021 : politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, [Fichier PDF], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2018, xii, 72 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>].
- (86) Gouvernement du Québec, *Soutien gouvernemental aux démarches des municipalités amies des aînés : programme de soutien à la démarche Municipalité amie des aînés*, [En ligne]. [<http://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-financiere/municipalite-amie-des-aines/soutien-realisation-demarche-mada/>] (Consulté le 17 août 2019).
- (87) Gouvernement du Québec. *Québec ami des aînés : description*, [En ligne]. [<http://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-financiere/quebec-ami-des-aines/>] (Consulté le 17 août 2019).
- (88) Université de Sherbrooke. Centre de recherche sur le vieillissement et Carrefour action municipale et famille, *Habitation pour aînés : cahier d'information et de sensibilisation*, Brossard (Québec), Carrefour action municipale et famille; Centre de recherche sur le vieillissement, 2016, 71 p. Également disponible en ligne : http://carrefourmunicipal.qc.ca/wp-content/uploads/2015/07/guide-habitation_april-2017-revisions.pdf.
- (89) Sophie Gagnon, « Cohabitation aînés et étudiants : pourquoi pas ? », [En ligne], *Virage*, 22 août 2019. [<https://www.virage-magazine.com/cohabitation-aines-et-etudiants-pourquoi-pas/>].
- (90) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2019, 26 novembre), *CHSLD et maisons des aînés – Le gouvernement du Québec annonce un projet de transformation majeure des milieux d'hébergement pour aînés et adultes ayant des besoins spécifiques au Québec*, repéré au <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1977/>.
- (91) Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Direction régionale de santé publique, Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie et Québec en forme, *Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (SHV) dans les municipalités*, Trois-Rivières (Québec), Québec en forme, 2016, 145 p. Également disponible en ligne : <http://bel.uqtr.ca/3144/1/Guide%20sur%20les%20SHV.PDF>.
- (92) Centre d'écologie urbaine de Montréal, *Des rues inspirantes : un inventaire pour passer à l'action*, 2^e édition, Montréal, Centre d'écologie urbaine de Montréal, 2019, 9 + [47] p. Également disponible en ligne : https://urbanismeparticipatif.ca/sites/default/files/upload/document/reflexion/com_rqv_rc_2e_edition-web_vf.pdf.

-
- (93) Office des personnes handicapées du Québec, *Bâtiments et lieux publics*, [En ligne], mis à jour le 8 février 2018. [<http://www.ophq.gouv.qc.ca/publications/guides-de-loffice/guides-pour-les-ministeres-les-organismes-publics-et-les-municipalites/recueil-de-bonnes-pratiques-volet-municipalites/batiments-et-lieux-publics.html>] (Consulté le 1^{er} octobre 2019).
- (94) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2019, 20 septembre), *280 M\$ de plus pour améliorer les services de soutien à domicile*, repéré au <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiquer-1920/>.
- (95) Québec. Ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations, *L'économie sociale, des valeurs qui nous enrichissent : plan d'action gouvernemental en économie sociale 2015-2020*, [Québec], Ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations, 2015, 49 p. Également disponible en ligne : https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/publications/administratives/plans_action/plan_action_economie_sociale_2015-2020.pdf.
- (96) Gemma A. Williams et autres, *Sustainable Health Financing with an Ageing Population : will population ageing lead to uncontrolled health expenditure growth ?*, Copenhague (Danemark), Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2019, 19 p. Également disponible en ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329382/19978073-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- (97) Québec. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023 : un revenu de base pour une société plus juste*, [Québec], Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Direction des communications, 2017, 83 p. Également disponible en ligne : https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/ADMIN_plan_action_2017-2023.pdf.
- (98) Samaneh Farsijani et autres, « Even mealtime distribution of protein intake is associated with greater muscle strength, but not with 3-y physical function decline, in free-living older adults : the Quebec longitudinal study on Nutrition as a Determinant of Successful Aging (NuAge study) », *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 106, n° 1, juillet 2017, p. 113-124. doi : [10.3945/ajcn.116.146555](https://doi.org/10.3945/ajcn.116.146555).
- (99) Mathieu Gagné et autres, *Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois vivant à domicile*, [Fichier PDF], Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2018, ii, 17 p. (Coll. Vieillesse et santé). [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2347_chutes_aines_quebecois_domicile.pdf].
- (100) Pascale Bergeron et Michèle Tremblay, *Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique : synthèse des connaissances*, [Fichier PDF], Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité des communications et de la documentation, 2018, i, 139 p. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2420_interventions_mesures_renoncement_tabac_populations_defavorisees.pdf.
- (101) Roseline Lambert, *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec : synthèse*, [Fichier PDF], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2010, 9 p. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1088_AlcoolEtSantePublique_Synthese.pdf] [Synthèse d'un avis scientifique].
- (102) Rachel Rouleau, *Projet PEPS, CIUSSS de la Capitale-Nationale*, présentation au Forum sur les meilleures pratiques : usagers, CHSLD et soutien à domicile, 14 et 15 mai 2018, 16 diapositives. Également disponible en ligne : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-usagers-chsld-sad/6-PEPS.pdf>.
- (103) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2019, 25 janvier), *Réduction des antipsychotiques en centre d'hébergement et de soins de longue durée – La ministre Marguerite Blais annonce des résultats positifs pour la phase 1 du projet OPUS - AP et la poursuite de la démarche*, repéré au <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiquer-1731/>.
- (104) Réseau FADOQ, *Ateliers Fadoq.ca*, [En ligne]. [<http://www.fadoq.ca/estrie/ressources/nouvelles-technologies/ateliers-fadoq-ca>] (Consulté le 11 septembre 2019).
- (105) Association des bibliothèques publiques du Québec, *Biblio-Aidants : de la documentation choisie à l'intention des proches aidants*, [En ligne]. [http://www.abpq.ca/programme_biblioaidants.php] (Consulté le 16 août 2019).
- (106) Christophe Caignaert et autres, *La lutte contre l'isolement des personnes âgées : un axe important à intégrer dans le projet de loi Grand Âge et Autonomie*, [Fichier PDF], 2 p. [<https://www.monalisa-asso.fr/images/pdf/actualites/Plaidoyer-MONALISA-Concertation-Grand-Age-autonomie.pdf>].
- (107) Philippe Bernard, « Au Royaume-Uni, une "ministre de la solitude" pour lutter contre l'isolement social », [En ligne], *Le Monde*, publié le 24 janvier 2018, mis à jour le 25 janvier 2018. [https://www.lemonde.fr/europe/article/2018/01/24/au-royaume-uni-une-ministre-de-la-solitude-pour-lutter-contre-l-isolement-social_5246449_3214.html].

-
- (108) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2019, 3 juin), *Lutte contre l'isolement social des aînés – La ministre Marguerite Blais annonce un soutien financier de plus de 1,3 M\$ pour la réalisation d'un projet pilote de gériatrie sociale*, repéré au <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1813/>.
- (109) Université de Sherbrooke, Faculté des sciences, *Le laboratoire Domus : la technologie au service des personnes en perte d'autonomie*, [Vidéo en ligne], 2012. Repéré au <http://www.usherbrooke.ca/domus/fr/>.
- (110) Société canadienne d'hypothèques et de logement, *La conception universelle appliquée aux logements neufs : comment créer des pièces accessibles, réduire les coûts futurs et augmenter la valeur de revente*, [En ligne], publié le 15 mai 2019. [<https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/developing-and-renovating/accessible-adaptable-housing/universal-design-in-new-housing>] (Consulté le 12 septembre 2019).
- (111) John Puxty et autres, *Rapport sur les besoins en logements des aînés*, [Fichier PDF], s. l., s. n. 2019, III, 58 p. [<https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/rapport-besoins-logement-aines.html>]. [Document préparé pour le Forum des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés].
- (112) Adèle Antonioli et autres, *Projet Espaces : des parcs pour tous : cadre de référence des parcs et autres espaces publics*, Montréal, Alliance québécoise du loisir public, 2017, 6 p. [http://www.projetespaces.ca/uploads/ProjetEspaces_CadreRef_DesParcsPourTousFinale.pdf].
- (113) Amélie Castaing et autres, « Dossier : design actif », *Urbanité*, printemps-été 2017, p. 15-39. Également disponible en ligne : <https://ouq.qc.ca/revues/?date=2017>.
- (114) Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Réunion technique internationale sur le vieillissement à domicile*, [En ligne], mis à jour le 22 octobre 2018. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/reunion-technique-internationale-sur-le-veillissement-a-domicile/>].
- (115) *Opinions techniques : réunion technique internationale sur le vieillissement à domicile*, Québec, [23-25] octobre 2018, document PowerPoint, 1 p + 28 diapositives. Également disponible en ligne : http://www.rqrv.com/fr/document/FINAL_PPT_Vieillissement_domicile_Final.pdf.

INDICATEURS ET SOURCES DES DONNÉES PRÉSENTÉES DANS LES FIGURES

FIGURE 1 POPULATION DES 65 ANS ET PLUS EN 2011 ET PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES JUSQU'EN 2031 ET EN 2061, SELON LE GROUPE D'ÂGE

Sources :

1. Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires, Statistique Canada. Données tirées de : CANSIM, tableau 051-0001.
2. Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061, Institut de la statistique du Québec.

FIGURE 2 INCAPACITÉS SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2010-2011

Indicateur : Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011

Source : Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement, 2010-2011, volume 1, p. 37, Institut de la statistique du Québec.

FIGURE 3 UTILISATION DE MÉDICAMENTS FIGURANT SUR LA LISTE DE BEERS, SELON LE SEXE ET LE GROUPE D'ÂGE, 2016

Indicateur : Taux d'utilisation des médicaments figurant sur la liste de Beers (pour tous types d'utilisation), selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2016

Source : Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016 : tableaux de données, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 17 mai 2018. [https://secure.cihi.ca/free_products/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf].

FIGURE 4 HOSPITALISATIONS POUR MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET MALADIES RESPIRATOIRES, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2017-2018

Indicateurs :

1. Taux d'hospitalisation annuel moyen pour 10 000 personnes en soins physiques de courte durée pour maladies de l'appareil circulatoire (cardiovasculaires), selon le groupe d'âge, Québec, avril 2017 à mars 2018
2. Taux d'hospitalisation annuel moyen pour 10 000 personnes en soins physiques de courte durée pour maladies de l'appareil respiratoire, selon le groupe d'âge, Québec, avril 2017 à mars 2018

Sources :

1. Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2019, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
2. Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2019.
3. Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017), Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.

FIGURE 5 PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS VIVANT EN MILIEU URBAIN ET RURAL, 2013-2014

Indicateur : Proportion de la population de 12 ans et plus pratiquant, durant les loisirs, une activité physique modérément active ou active, selon le groupe d'âge, 2013-2014

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014. Compilations spéciales du Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.

FIGURE 6 FUMEURS DE CIGARETTES SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2015-2016

Indicateur : Proportion de fumeurs, selon le groupe d'âge, Québec, 2015-2016

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2015-2016 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.

FIGURE 7 CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, 2015-2016

Indicateur : Proportion de la population présentant une consommation excessive d'alcool une fois par mois ou plus au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2015-2016

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2015-2016 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PCS-PMSM) produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.

FIGURE 8 REVENU MÉDIAN DES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, 2017

Source : Statistique Canada. [Tableau 11-10-0239-01, Revenu des particuliers selon le groupe d'âge, le sexe et la source de revenu, Canada, provinces et certaines régions métropolitaines de recensement](#). doi : <http://doi.org/10.25318/1110023901-fra>.

FIGURE 9 REVENU MOYEN DES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS, SELON LA SOURCE DE REVENU ET LE SEXE, 2015

Source : Calculé par Ruth Rose à partir de l'Agence du revenu du Canada, Statistiques sur le revenu 2017 (année d'imposition 2015), tableau final 4 pour le Québec. Certains postes ont été modifiés pour tenir compte du revenu réellement reçu plutôt que des montants imposables.

Tiré de : Ruth Rose, *Portrait statistique des personnes âgées au Québec*, [Fichier PDF], 2019, s. p. [Réalisé dans le cadre d'une recherche subventionnée par le programme Québec Ami des Aînés (QADA), Ministère de la Famille du Québec]. [http://chairevieillessement.uqam.ca/fichier/document/Portrait_stat_R_Rose-4.pdf].

FIGURE 10 ÂGE MOYEN DE LA RETRAITE, SELON LE SEXE, DE 1990 À 2014

Source : Enquête sur la population active 2015, Statistique Canada. Données tirées de : Banque de données statistiques officielles sur le Québec, Institut de la statistique du Québec. [<http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/vieillessement/index.html?theme=retraite&tab=2>].

FIGURE 11 MÉNAGES CONSACRANT 30 % OU PLUS DE LEUR REVENU AU LOGEMENT, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2016

Indicateurs :

1. Nombre total de ménages, selon l'âge du principal soutien du ménage et le mode d'occupation, Québec, 2016
2. Proportion de ménages consacrant 30 % ou plus de leur revenu au logement, Québec, 2016

Source : Recensement de la population de 2016, Statistique Canada. Compilation effectuée par le ministère de la Famille du Québec à partir des données du tableau 98-400-X2016230; cité dans *Les aînés du Québec : quelques données récentes* (2^e édition) [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>].

FIGURE 12 AÎNÉS N'AYANT AUCUN AMI PROCHE, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2013

Indicateur : Proportion de la population de 15 ans et plus selon la taille du réseau d'amis proches et le groupe d'âge, Québec, 2013

Source : Enquête sociale générale de 2013, Statistique Canada. Fichier de microdonnées à grande diffusion, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. Données tirées de : Marie-Andrée Gravel, *Les réseaux sociaux informels et le capital social*, [Fichier PDF], *Données sociodémographiques en bref*, vol. 20, no 2, février 2016, 22 p. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol20-no2.pdf>].

FIGURE 13 PROCHEs AIDANTS DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE NOMBRE D'HEURES CONSACRÉES HEBDOMADAIREMENT À L'AIDE, 2012

Indicateur : Répartition des proches aidants selon le nombre moyen d'heures consacrées chaque semaine à l'aide, selon le groupe d'âge, Québec, 2012

Source : Enquête sociale générale 2012, Statistique Canada. Fichier de microdonnées à grande diffusion, adapté par l'Institut de la statistique du Québec. [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/soutien-social-entraide/statistiques_proches_aidants_t4_1.htm].

FIGURE 14 PIÉTONS VICTIMES D'UN ACCIDENT AVEC DOMMAGES CORPORELS, SELON LE GROUPE D'ÂGE, 2016

Indicateur : Piétons victimes d'un accident avec dommages corporels selon l'âge, Québec, 2016

Source : Bilan 2016 : accidents, parc automobile et permis de conduire, Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), 2017. [<http://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/espace-recherche/dossier-statistique-bilan-2016.pdf>].





