

Octobre 2025



Vieillir en santé

Soutenir la création de conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes dans la Capitale-Nationale

Direction de la Santé publique
Centre universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 

ÉDITION

La Direction de santé publique du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Le présent document n'est disponible qu'en version électronique à l'adresse :

www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-02060-3 (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 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.

Une publication de :
Direction de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Analyse et rédaction

Moussa Diop, agent de planification, de programmation et de recherche

Relecture du document ou de chapitre(s) spécifique(s)

Felly Kanyinga Bakwa, stagiaire, maîtrise en santé publique, Université de Laval
Geneviève Drouin, agente de planification, de programmation et de recherche
Pierre Jacob Durand, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Julie Hins, agente de planification, de programmation et de recherche
Isabelle Mauger, agente de planification, de programmation et de recherche
Joël Riffon, agent de planification, de programmation et de recherche
Marianne Simard, agente de planification, de programmation et de recherche
Mélanie St-Onge, cheffe de service Surveillance/Vigie et Administration
André Tourigny, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Production des cartes

Jean-Simon Déry, agent de planification, de programmation et de recherche

Collecte des données

Moussa Diop, agent de planification, de programmation et de recherche
Tania Lognon, agente de planification, de programmation et de recherche

Conception gabarit du document

Marianne Simard, agente de planification, de programmation et de recherche

Révision linguistique

Adolphe Ndiaye, technicien en administration

Référence suggérée

Diop, M. (2025). Vieillir en santé. Soutenir la création de conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes dans la Capitale-Nationale. Direction de santé publique, centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Capitale-Nationale, Octobre 2025, 68p.

NOTE AU LECTEUR

Les astérisques utilisés dans ce document signalent un renvoi et qu'une note apporte une précision sur une donnée ou le contenu d'une figure.



Ce pictogramme indique des faits saillants ou des messages clés sur le sujet traité.

Table des matières

Liste des sigles et des acronymes	V
Note aux lecteurs	VI
Sommaire	1
Introduction	3
Chapitre 1 : Répondre aux besoins d'une population en croissance	5
1. Ralentissement du vieillissement démographique à l'horizon 2051	5
2. Des territoires inégaux face au vieillissement	9
3. Anticiper les besoins des personnes issues de la diversité	11
4. Adapter les services au contexte familial et résidentiel évolutif	11
5. Une population de plus en plus scolarisée, mais les écarts persistent	12
6. Favoriser le maintien ou le retour à l'emploi des personnes qui le souhaitent	14
7. Un niveau de revenu élevé qui cache des inégalités	15
8. Une pauvreté moins fréquente, mais des écarts territoriaux marqués	17
9. Vivre seul, un phénomène en accroissement	18
10. Conditions du logement, reflet d'inégalités	19
Chapitre 2: Environnement, facteurs de protection et de risque, des vecteurs majeurs du vieillissement en santé (VES)	22
1. Soutien, intégration et lien social, des cibles pour des efforts d'intervention	22
2. La langue, une barrière à la participation sociale	23
3. Favoriser la mobilité et l'agilité numérique des personnes âgées	24
4. Optimiser les opportunités de pratique d'activité physique adaptée	26
5. Agir pour prévenir les impacts du poids défavorable	27
6. Des inégalités sociales en matière de tabagisme	28
7. Une consommation excessive d'alcool parmi les plus élevées du Québec	28
8. Prise de boissons sucrées encore ancrée dans les habitudes alimentaires	29
9. Prévenir les risques liés à l'usage d'opioïdes et la polypharmacie	29
10. Anticiper la résilience face aux changements climatiques	31
Chapitre 3 : Vieillir en bonne santé physique et mentale	35
1. Une moins bonne santé perçue qui suit un gradient social	35
2. Santé buccodentaire, des inégalités malgré certaines améliorations	36
3. Prendre en compte l'impact des incapacités sur la qualité de vie	38
4. Moins d'hospitalisations, mais plus de décès liés aux chutes	39
5. Des séjours hospitaliers moins fréquents, des motifs qui évoluent	42
6. Une augmentation du fardeau des maladies chroniques	42
7. Hausse des nouveaux cas de cancers, des écarts entre territoires	44
8. Prioriser les besoins des personnes en détresse et atteintes de troubles mentaux	47
9. Prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs et de leurs proches	50
10. Idées et gestes suicidaires, une réalité chez la population vieillissante	54
Conclusion	56
Bibliographie	59
Annexe 1 : Précisions méthodologiques	62
Annexe 2 : Tableaux des sources des données par chapitre	63

Liste des sigles et des acronymes

AIPPA : Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées
BIL : Besoins impérieux en matière de logement
CC : Changements climatiques
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC : Centre local de services communautaires
CTRCAQ : Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec
DES : Diplôme d'études secondaires
DSPublique : Directions de santé publique
ICU : Îlot de chaleur urbain
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
ISQ : Institut de la statistique du Québec
ISS : Inégalité sociale de santé
MADA : Municipalité amie des aînés
MFR : Mesure de faible revenu
MPC : Mesure du Panier de Consommation
MPI : Médicament potentiellement inapproprié
MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS : Organisation mondiale de la Santé
RI-RTF : ressources intermédiaires et de type familial
RPA : Résidence privée pour aînés
RTC : Réseau de transport de la Capitale
TCPACN : Table de concertation des personnes âgées de la Capitale-Nationale
TNC : Troubles neurocognitifs
TNI : Traumatisme non intentionnel
TRCAQ : Table régionale de concertation des aînés du Québec
VES : Vieillissement en santé

Note aux lecteurs

Terminologie utilisée pour qualifier les personnes âgées

Les personnes âgées ne forment pas un groupe avec une certaine homogénéité de caractéristiques ou conditions de vie. Le terme *personne(s) vieillissante(s)* est utilisé dans ce portrait pour privilégier une approche nuancée. Le vieillissement est considéré comme un parcours évolutif et adaptatif, comportant des défis, des opportunités, des transitions et est influencé par des conditions de vie variables¹⁻². Les personnes vieillissantes sont considérées comme le groupe social des 65 ans et plus, âge auquel sont associés certains régimes de retraite publics des gouvernements du Canada et du Québec. Cependant, chaque fois que les données le permettent, la cohorte des personnes de 50-64 ans ou 55-64 ans est prise en compte dans l'analyse. Cette approche permet de percevoir les enjeux de demain et contribue à anticiper la planification et la mise en œuvre de certaines actions favorisant la santé et la qualité de vie des futures personnes vieillissantes.

Résultats présentés par centres locaux de services communautaires (CLSC)

Au Québec, les services et programmes pour les personnes de 65 ans et plus sont nombreux, mais disparates et, parfois, il est difficile pour cette population et leurs proches de s'y retrouver. Lors du lancement³ du Plan d'action gouvernemental (PAG) 2024-2029 « *La fierté de vieillir* », le territoire de CLSC est retenu comme l'échelon de proximité par excellence pour répondre aux besoins de cette population. L'objectif est de simplifier l'accès aux services pour les personnes vieillissantes et leurs proches et de permettre d'agir au plus près de leur communauté. Les indicateurs sont présentés par territoires de CLSC, pas toujours de façon systématique, mais à chaque fois que les données le favorisent et mettent en lumière des disparités territoriales.

Prudence dans l'interprétation de certaines données

La collecte de certaines informations pour ce portrait s'est déroulée dans un contexte particulier, marqué par la crise sanitaire de la COVID-19, notamment en raison du délestage, des mesures sanitaires mises en place et des impacts collatéraux de la pandémie, ce qui a particulièrement affecté les personnes vieillissantes vulnérables. Par conséquent, certaines données du portrait peuvent présenter quelques limites et doivent être interprétées avec prudence et contextualisées.

¹ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2024). Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur, Gouvernement du Québec, [En ligne]. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3501>

² Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2025). Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes – Cadre de référence, Gouvernement du Québec, [En ligne]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-01W.pdf>

³ L'événement « La fierté de vieillir » s'est tenu le 31 mai 2024 et est diffusé sur le web. Elle portait sur le vieillissement actif au Québec et rassemblait plusieurs partenaires et invités spéciaux, dont des ministres. En ligne <https://www.youtube.com/watch?v=Abu2Metu09Y>

Sommaire

Ce portrait propose un aperçu actualisé sur l'état de santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes dans la Capitale-Nationale. Il présente l'évolution temporelle et des comparaisons avec la province, permettant ainsi de porter un regard sur les résultats positifs constatés et les améliorations souhaitées. Cet état des lieux permet d'exprimer les besoins et de mieux cibler les actions à mettre en place afin d'améliorer la santé et la qualité de vie. Il permet, en outre, de contribuer à diminuer les inégalités sociales et de santé des personnes vieillissantes de la Capitale-Nationale.

Des évolutions positives...

À plusieurs égards, la population vieillissante de la région présente une situation enviable. L'amélioration de l'espérance de vie à 65 ans dans la Capitale-Nationale en fait l'une des plus longues du Québec. La réduction notable de la mortalité, observée depuis plusieurs décennies, se poursuit. Conséquemment, le nombre de centenaires dans la région devrait aussi croître : cinq fois plus de centenaires sont attendus à l'horizon 2051. Par ailleurs, en dépit de leur diversité, les personnes vieillissantes éprouvent majoritairement un sentiment d'appartenance élevée à la communauté et ont eu moins souvent l'impression de manquer de compagnie, d'être laissées de côté ou d'être isolées des autres.

Entre 2025 et 2051, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter dans la région, mais le vieillissement, c'est-à-dire leur proportion dans la population totale, pourrait ralentir. Cette situation, particulière à la Capitale-Nationale, résulte de la forte attractivité économique de la région qui engendre de forts flux migratoires d'actifs en âge de travailler et d'étudiants. Cependant, le vieillissement de la population ne revêt pas la même forme selon les territoires de CLSC. La situation de vie des personnes vieillissantes dans les ménages privés a évolué au cours des 20 dernières années : elles sont davantage propriétaires (60 %), vivent majoritairement à domicile (90,7 %) en couple (53,7 %), dans un logement abordable (82,9 %) et sont plus actives dans les loisirs et transports que celles de l'ensemble du Québec (46,3 % comparativement à 40,9 %). De plus, à 45,3 %, elles s'estiment en excellente ou très bonne santé et la perception de leur état de santé bucco-dentaire s'est globalement améliorée.

Les personnes vieillissantes de la région sont de plus en plus scolarisées, une tendance qui devrait se poursuivre avec les personnes aînées de demain (50-64 ans), tout en réduisant les inégalités de genre. En effet, parmi les futures personnes vieillissantes, les femmes (30 %) sont plus nombreuses que les hommes (28 %) en proportion à détenir un certificat, diplôme ou grade universitaire et moins nombreuses à vivre sous le seuil de pauvreté (6,6 % comparativement à 7,8 % pour les hommes). Leur activité sur le marché du travail s'est accrue : en quinze ans (2006-2021), la proportion de personnes aînées qui continue de travailler a presque doublé dans la région, passant de 6,2 % à 10,3 %. De plus, elles bénéficient d'un revenu médian après impôt plus élevé que dans l'ensemble du Québec (32 000 \$ comparativement à 28 200 \$), et ce, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En conséquence, les personnes aînées de la région (2,7 %) sont moins exposées à la pauvreté que leurs homologues de la province (3,6 %).

Certains facteurs de risque pour la santé liés au comportement, notamment le tabagisme, sont moins répandus dans la région (8,6 %) que dans l'ensemble du Québec (10,6 %). Pour ce qui est de l'utilisation des services, depuis la période 2006-2007, on hospitalise moins dans la région que dans le reste du Québec. En 2023-2024, la population vieillissante a représenté 45,6 % des séjours d'hospitalisations en soins physiques de courte durée.

... mais de la marge pour de potentielles améliorations

Des constats laissent croire qu'il y a encore place à améliorer certaines habitudes de vie comme la consommation excessive d'alcool ou la consommation quotidienne d'au moins une sorte de boisson sucrée afin d'éviter ou retarder l'apparition de certaines maladies chroniques. Ces dernières prennent de plus en plus d'ampleur et leur fréquence augmente avec l'âge. Le cancer et les maladies cardiovasculaires constituent les principales causes de décès chez les personnes vieillissantes et le cancer du poumon est en augmentation chez les femmes.

En raison du vieillissement et des parcours de vie, davantage de personnes vieillissantes de la région vivent seules dans les ménages privés, en majorité des femmes qui, somme toute, demeurent encore plus vulnérables au faible revenu que les hommes. Le revenu médian après impôt des personnes vieillissantes dans la région a augmenté, mais cette augmentation creuse en même temps les inégalités de genre. En effet, entre 2005 et 2019 l'écart de revenu entre les hommes et les femmes est passé de 7 674 \$ à 11 600 \$. De même, l'inégalité des revenus chez les personnes âgées demeure plus importante dans les territoires de CLSC où les revenus médians après impôts sont les plus élevés (Québec-Haute-Ville et Sainte-Foy-Sillery). Or, des inégalités de revenus élevées peuvent sans nul doute entraver la réduction de la pauvreté.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Pour la période 2020-2022, en moyenne chaque année, elles ont été à l'origine de plus de la moitié (51,3 %) des décès chez les personnes âgées et ont représenté les deux tiers (66,0 %) des hospitalisations en soins physiques de courte durée en 2021-2024. Or, dans la région, en 2023-2024, plus d'une personne sur deux (56,6 %), âgée de 65 ans et plus, vit avec deux maladies chroniques ou plus; chez les 85 ans et plus, les deux tiers (65,8 %) vivent avec 3 maladies chroniques ou plus.

La présence de maladies chroniques peut causer des incapacités (23,5 % en souffrent), entraîner la prise de plusieurs médicaments et, par conséquent, augmenter la possibilité d'utiliser un ou plusieurs médicaments potentiellement inappropriés (MPI). En 2023-2024, sept personnes âgées sur dix (71,7 %) ont consommé ⁴ cinq médicaments et plus, et plus de la moitié (54,2 %) ont pris au moins un MPI. Ces conditions de vie et situations de santé peuvent augmenter les épisodes d'hospitalisations et des taux de mortalité pour chutes qui sont en hausse, particulièrement chez les personnes de 85 ans et plus.

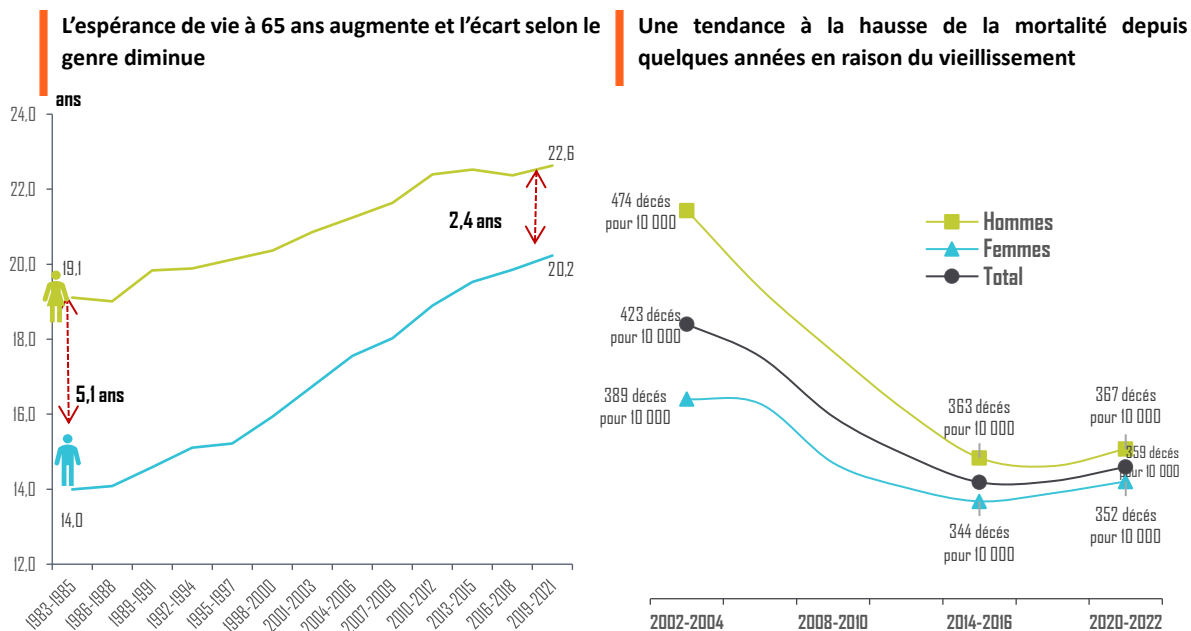
Ce portrait met en lumière le rôle crucial des soins de santé mentale chez les personnes vieillissantes de la région. Par rapport à cette problématique, la situation des personnes âgées de la région s'avère moins favorable à plusieurs égards que pour les personnes âgées de la province. En 2023-2024, la Capitale-Nationale se classe au 1^{er} rang des régions sociosanitaires du Québec pour la prévalence des troubles mentaux chez les personnes de 65 ans et plus. On y observe également une hausse marquée des maladies neurodégénératives : le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs (TNC) majeurs a triplé en 22 ans. De plus, le nombre de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les personnes de 65 ans et plus a augmenté de 40 % dans la région entre 2014 et 2024 et près du quart (22 %) des décès par suicide chez les adultes de 20 ans et plus a eu lieu chez les personnes de 65 ans et plus en 2024. À ceci s'ajoutent les inégalités de santé liées à l'accès à certains services sociaux et de santé ou aux professionnels qui demeurent inégaux d'un territoire de CLSC à un autre.

⁴ La consommation en tant que telle n'est pas connue. Elle est approximée à partir du nombre de réclamations pour des médicaments différents au Régime public d'assurance médicament au cours d'une année.

Introduction

La Capitale-Nationale connaît une croissance de sa population vieillissante. Les gains d'espérance de vie à 65 ans⁵ et l'avancée en âge des générations du baby-boom (personnes nées entre 1946 et 1966) influent sur l'évolution de leur nombre. En 2025, environ 40,4 % de la population est âgée de 50 ans ou plus et près du quart (23,1 %) de 65 ans et plus, soit 189 032 personnes. Entre 2025 et 2051, le nombre des personnes de 65 ans et plus augmentera de 18 % pour atteindre 223 648 personnes et celui des 85 ans et plus devrait, pour sa part, doubler.

L'espérance de vie à 65 ans dans la région est supérieure à la moyenne québécoise aussi bien chez les hommes que chez les femmes, mais l'écart selon le genre diminue. Avec l'allongement de la durée de vie, l'âge moyen au décès augmente. La réduction de la mortalité observée depuis plusieurs décennies repart à la hausse en 2020-2022. En raison du vieillissement, le taux brut de mortalité chez les personnes âgées (tout comme le nombre d'ailleurs) tend à augmenter⁶.



L'espérance de vie à 65 ans dans la Capitale-Nationale est une des plus élevées de la province, derrière Chaudière-Appalaches et Laval pour la période 2019-2021.

⁵ Par « espérance de vie à 65 ans », nous entendons le nombre d'années qu'une personne de 65 ans peut espérer vivre si elle est confrontée aux mêmes risques de mortalité spécifiques à l'âge que ceux mesurés cette année-là.

⁶ En revanche, le taux de mortalité standardisé, qui élimine l'effet du vieillissement et qui rend mieux compte de l'évolution dans le temps du risque de décéder, tend pour sa part à diminuer. Dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2025). Le bilan démographique du Québec. Édition 2025, [En ligne], Québec, L'Institut, 110 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2025.pdf>

Ces progrès (augmentation de l'espérance de vie à 65 ans, réduction de la mortalité, etc.) sont cependant inégalement répartis entre centres locaux de services communautaires (CLSC), au sein d'un même CLSC ou selon certaines caractéristiques des personnes vieillissantes (genre, âge, etc.). Ces inégalités montrent que le vieillissement est un processus marqué par des étapes liées à des transitions (retraite, perte d'autonomie, veuvage, entrée en institution, etc.) tout au long du parcours de vie. Ces différentes étapes montrent que les personnes vieillissantes ne constituent pas une catégorie homogène et expliquent l'hétérogénéité de leur état de santé et leur qualité de vie. Face à ces enjeux, le défi sera de cerner et de répondre aux besoins divers et évolutifs de cette population durant tout le processus de vieillissement et d'anticiper leur évolution dans les années à venir.

Diverses sources de données disponibles ont été utilisées pour faire un état des lieux actualisé de la santé des personnes vieillissantes dans la Capitale-Nationale. Il tient compte de la diversité de cette population, de leurs besoins dans un environnement changeant afin de mieux cibler les activités à mettre en œuvre pour assurer un vieillissement en santé (VES) adapté aux réalités territoriales. Ce portrait est destiné en priorité aux acteurs de santé publique (professionnels, décideurs, intervenants, etc.), notamment ceux qui sont amenés à mobiliser différents acteurs de divers secteurs, à les soutenir et à travailler en collaboration ou en partenariat avec eux pour la mise en place de conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes. Il peut, par ailleurs, servir à alimenter la réflexion collective, à mobiliser les municipalités amies des aînés (MADA), les organismes communautaires, les acteurs privés et institutionnels, les personnes vieillissantes autour de partenariats efficaces et durables. Ce portrait se veut un outil d'aide au pilotage efficace des exercices de planification, au choix des actions et activités à prioriser.

L'analyse multi-niveaux est privilégiée pour mettre en lumière la diversité des situations dans les territoires de CLSC, porter une attention particulière à la relation complexe entre la santé des personnes vieillissantes et les inégalités sociales. Ainsi, les angles d'analyses sont variés (écarts territoriaux, inégalités de genre, selon le groupe d'âge, les niveaux socio-économiques, etc.) pour comprendre les disparités et percevoir les enjeux de demain.

Chapitre 1 : Répondre aux besoins d'une population en croissance

La Capitale-Nationale connaît depuis quelques décennies une tendance à un vieillissement⁷ de sa population qui continuera de façonner sa structure par âge dans les prochaines années. Cette tendance n'épargne aucun territoire de CLSC de la région, mais à des degrés toutefois très divers.

1. Ralentissement du vieillissement démographique à l'horizon 2051

Depuis la fin des années 1990, la région gagne en moyenne chaque année 3 900 personnes de 65 ans et plus. Toutefois, cette croissance devrait ralentir entre 2025 et 2051 où le gain ne serait que de 1 330 personnes supplémentaires en moyenne chaque année.

Le rythme de croissance annuelle de la population vieillissante était plus rapide dans la région (+4,5 %) que dans l'ensemble du Québec (+4,3 %) entre 1999 et 2025. Il sera moins élevé entre 2025 et 2051 : +0,7 % pour la région comparativement à +0,9 % pour l'ensemble du Québec. Parmi la population vieillissante de la Capitale-Nationale, il y a plus de femmes que d'hommes : 120 femmes pour 100 hommes en 2025 comparativement à 110 femmes pour 100 hommes dans l'ensemble du Québec. Ce ratio augmente progressivement avec l'âge pour atteindre 2 femmes pour 1 homme chez les 85 ans et plus.

Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus va continuer d'augmenter, particulièrement chez les 85 ans et plus

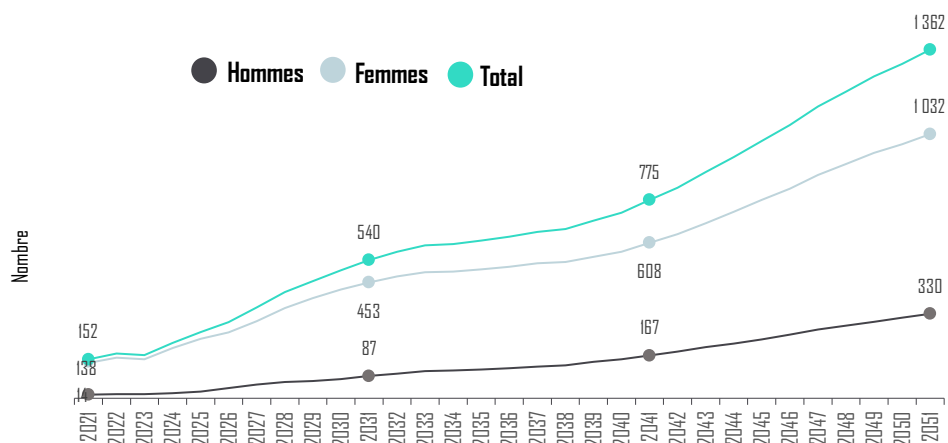
	Capitale-Nationale					Ensemble du Québec				
	1999	2025	2051	TCAM* (1999-2025)	TCAM (2025-2051)	1999	2025	2051	TCAM (1999-2025)	TCAM (2025-2051)
	Nombre	Nombre	Nombre	%	%	Nombre	Nombre	Nombre	%	%
Population totale	646 821	819 380	990 638	1,0	0,8	7 323 250	9 052 781	9 930 840	0,9	0,4
Les < 20 ans	144 330	161 950	196 517	0,5	0,8	1 823 188	1 876 884	1 977 448	0,1	0,2
20-49 ans	300 497	326 158	392 779	0,3	0,8	3 357 061	3 530 237	3 725 917	0,2	0,2
50-64 ans	114 844	142 240	177 693	0,9	1,0	1 216 864	1 681 092	1 806 552	1,5	0,3
Population des 65 ans et +	87 150	189 032	223 654	4,5	0,7	926 137	1 964 568	2 420 923	4,3	0,9
65-74 ans	50 188	101 421	99 891	3,9	-0,1	542 210	1 086 901	1 075 146	3,9	0,0
75-84 ans	28 368	64 660	70 199	4,9	0,3	297 195	645 068	784 338	4,5	0,8
85 ans et +	8 594	22 951	53 564	6,4	5,1	86 732	232 599	561 439	6,5	5,4

*TCAM: Taux de croissance annuelle moyen.

À mesure que la population vieillissante augmente dans la population totale, le nombre de centenaires croît également. En 2025, la Capitale-Nationale compte 258 centenaires dont 9 sur 10 sont des femmes. Leur nombre progresserait à un rythme plus important que dans l'ensemble du Québec entre 2025 et 2051 : 16 % par an en moyenne pour la région et 13 % pour l'ensemble du Québec.

⁷ On parle de vieillissement démographique quand la proportion de personnes âgées (65 ans et plus) augmente dans la population au détriment de celle des jeunes (0-19 ans), qui diminue. Office fédéral de la statistique OFS (2022): *Portrait démographique de la Suisse. État, structure et évolution de la population en 2020*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/21764559>

Cinq fois plus de centenaires d'ici 2051 avec une hausse plus rapide chez les hommes



Le nombre de centenaires devrait croître tant chez les femmes que chez les hommes. Cependant, les gains d'espérance de vie prévus dans les prochaines années étant un peu plus rapides chez les hommes que chez les femmes, la part de femmes centenaires devrait diminuer en 2051⁸.

En 2025, 9 centenaires sur 10 sont des femmes.



90 %

En 2051, 8 centenaires sur 10 seraient des femmes.



76 %



5 fois plus de centenaires en 2051 qu'en 2025 dans la Capitale-Nationale; 4 fois plus que dans l'ensemble du Québec.

En 2025, le vieillissement de la population est plus marqué dans la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec. Dans la région, le poids démographique des personnes de 65 ans et plus (23,1 %) est supérieur à celle des jeunes de moins de 20 ans (19,7 %). Et selon le scénario de référence des projections de population, entre 2025 et 2051, l'effet du vieillissement dans la région devrait être atténué principalement par :

⁸ Institut de la Statistique du Québec (2024). Perspectives démographiques du Québec et de ses régions, 2021-2071. Édition 2024, [En ligne], Québec, ISQ p.24. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-quebec-et-regions-2021-2071-edition-2024.pdf>

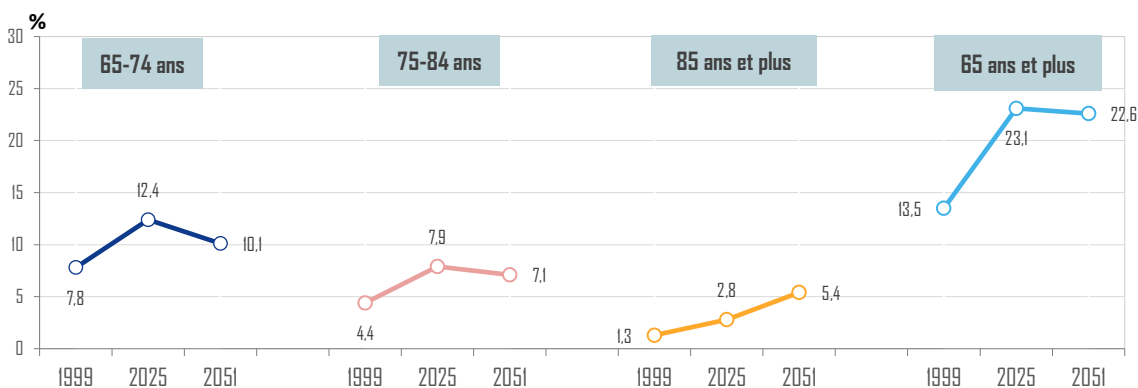
- une relative stabilité chez les moins de 20 ans,
- une légère hausse du poids de la population active (20-64 ans) dans la population totale liée à l'attractivité de la région.

En revanche, au sein de la population vieillissante, certaines dynamiques seraient à l'œuvre à l'horizon 2051. Parmi celles-ci :

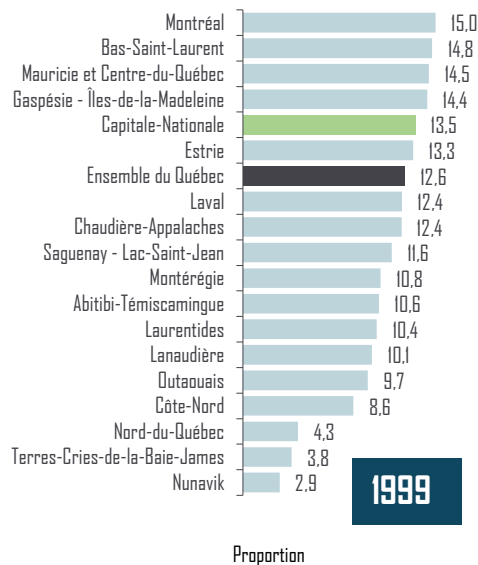
- une stabilisation du poids démographique des personnes de 65 ans et plus,
- un recul de la proportion des 65-74 ans et 75-84 ans,
- une augmentation de la part des 85 ans et plus dans la population totale.

L'augmentation de la proportion des 85 ans et plus résulte, de l'effet combiné, de l'avancée en âge des générations des baby-boomers, d'une fécondité peu importante, de la baisse de mortalité et conséquemment de l'allongement de l'espérance de vie aux âges plus avancés. Si à la fin des années 1990, 1,3 % de la population régionale était âgée de 85 ans et plus, cette proportion serait de plus de 5,4 % en 2051.

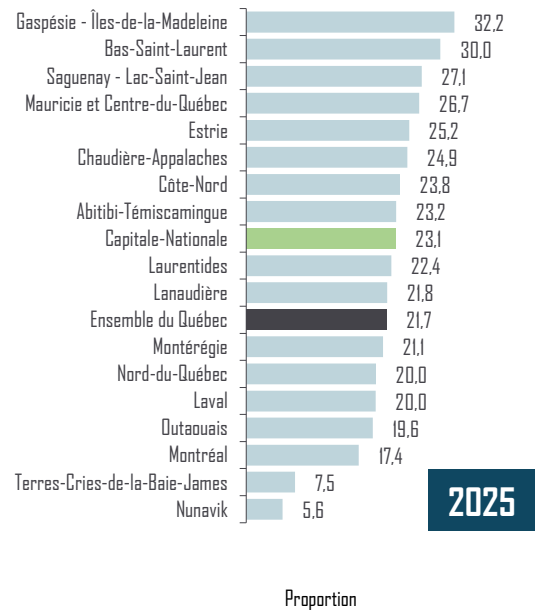
La proportion de personnes de 65 ans et plus devrait se stabiliser avec une évolution différente selon les groupes d'âge



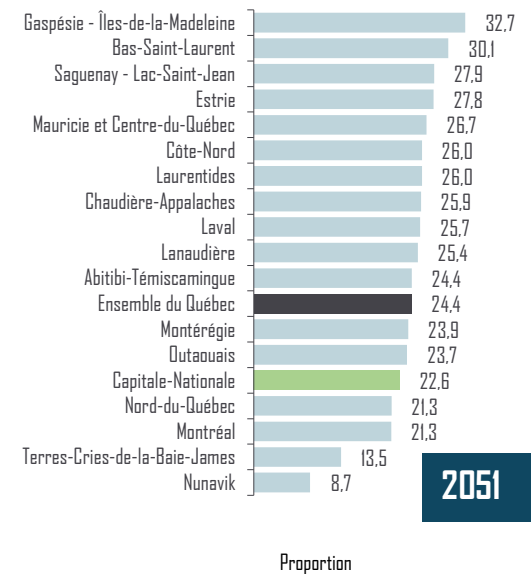
5^e région (sur 18) avec la proportion la plus élevée de personnes de 65 ans et plus au Québec en 1999



9^e région (sur 18) avec la proportion la plus élevée de personnes de 65 ans et plus au Québec en 2025



14^e région (sur 18) avec la proportion la plus élevée de personnes de 65 ans et plus au Québec en 2051



“

En 2025, la Capitale-Nationale a une population plus âgée que celle de l'ensemble du Québec, mais devrait avoir une population moins âgée à l'horizon 2051. »

2. Des territoires inégaux face au vieillissement

Dans la région, le vieillissement de la population ne revêt pas la même forme selon les territoires de CLSC. À l'horizon 2051 :

- Québec-Basse-Ville serait le territoire avec la proportion la plus faible (16,1 %) de personnes de 65 ans et plus et où la hausse de leur nombre serait aussi la moins importante (+2,2 %);
- Charlevoix-Est (34,1 %), Charlevoix-Ouest (30,7 %) et Québec-Haute-Ville (28,8 %) seraient toujours les territoires avec les proportions les plus élevées de personnes de 65 ans et plus. Les exodes et mouvements de périurbanisation⁹ des décennies précédentes, associés à une population résidente qui vieillit au rythme de l'allongement de la durée de vie, expliquent une partie de ce phénomène;
- La part des personnes de 65 ans et plus dans la population totale devrait croître principalement dans trois territoires de CLSC : Loretteville-Val-Bélair et Duberger-Les-Saules-Lebourgneuf à travers les différents mouvements de périurbanisations qui ont marqué les dernières décennies, et Charlevoix-Est du fait de la diminution de la population active (20-64 ans);
- Sept territoires de CLSC verront leur proportion de personnes de 65 ans et plus dans leur population totale diminuée : Québec-Haute-Ville, Québec-Basse-Ville, Limoilou-Vanier, Sainte-Foy-Sillery, Charlesbourg, Beauport et Charlevoix-Ouest;
- Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus devrait doubler dans l'ensemble des territoires de CLSC de la Capitale-Nationale, à l'exception de Loretteville-Val-Bélair où il devrait tripler. Une situation qui pourrait influencer sur les besoins et les demandes de services par territoire de CLSC.

⁹ La périurbanisation correspond à l'extension de l'urbanisation en périphérie des agglomérations urbaines, d'un espace urbain.

La proportion de personnes de 65 ans et plus sera plus importante dans les territoires ruraux en 2051, mais c'est dans les territoires périurbains que leur nombre augmentera le plus rapidement entre 2025 et 2051.



En 2051, les territoires de CLSC de Charlevoix-Est, Charlevoix-Ouest et Québec-Haute-Ville devraient avoir les proportions les plus élevées de personnes de 65 ans et plus dans la population totale. En revanche, ce serait dans les territoires de CLSC de Duberger-Les-Saules-Lebourgneuf et Loretteville-Val-Bélair qu'on observerait les augmentations les plus importantes du nombre de personnes vieillissantes entre 2025 et 2051.

3. Anticiper les besoins des personnes issues de la diversité

En 2021, la Capitale-Nationale compte 5 130 personnes vieillissantes avec un statut d'immigrant, soit 3,3 % de la population de 65 ans et plus. Le nombre de personnes vieillissantes a augmenté dans toutes les communautés culturelles entre 2016 et 2021, une croissance qui varie selon les communautés et les groupes d'âge. Les augmentations les plus importantes sont observées chez la population vieillissante d'identité autochtone et celle avec un statut de résidents non permanents.

Alors que dans la population vieillissante de la région, la part des femmes (53,9 %) est plus importante que celle des hommes (46,1%), chez celle avec le statut d'immigrant, les hommes (54,6 %) sont proportionnellement plus nombreux que les femmes (45,4 %).

Une augmentation des personnes de 65 ans et plus issues de la diversité

	Identité autochtone			Minorités visibles			Immigrants			Résidents non permanents		
	2016	2021	Evolution	2016	2021	Evolution	2016	2021	Evolution	2016	2021	Evolution
	N		%	N		%	N		%	N		%
50-64 ans	2365	2785	17,8	3130	4965	58,6	6530	8970	37,4	155	400	158,1
65 ans et plus	1380	2510	81,9	1360	1750	28,7	4260	5130	20,4	40	80	100,0
65-74 ans	985	1610	63,5	895	1205	34,6	2720	3070	12,9	25	65	160,0
75-84 ans	310	750	141,9	415	465	12,0	1175	1630	38,7	15	0	-100,0
85 ans+	90	145	61,1	50	90	80,0	365	435	19,2	5	10	100,0

4. Adapter les services au contexte familial et résidentiel évolutif

Les conditions sociales et économiques interagissent et influencent l'état de santé des personnes vieillissantes. Les conditions de vie jouent un rôle cumulatif au cours de la vie et influent sur le processus de vieillissement et les chances de vivre longtemps et en bonne santé. En 2021, dans la région de la Capitale-Nationale, la vie en ménage privé¹⁰ est majoritaire chez les personnes vieillissantes (90,7 %), mais plus chez les hommes (94,0 %) que chez les femmes (88,1 %).

Les femmes, davantage touchées par le veuvage (45,6 % comparativement à 20,4 % chez les hommes), vivent d'autant plus souvent seules avec l'avancée en âge : 34,8 % chez les 65-74 ans et 41,1 % chez les 75-84 ans. Aux mêmes groupes d'âge, cette proportion ne varie que de 29,5 % à 32,8 % pour les hommes. Ces derniers (1,6 %) sont moins amenés que les femmes (2,6 %) à vivre en ménage avec des personnes apparentées (enfants par exemple). Toutefois, des changements accompagnent l'avancée en âge. La vie en logement collectif¹¹ concerne une minorité de personnes de 65 ans et plus (9,3 %), mais progresse rapidement avec l'âge à partir de 85 ans où 4 personnes 10 (40,7 %) vivent en logement collectif. Les femmes (11,9 %) sont amenées à vivre en logement collectif deux fois plus souvent que les hommes (6,0%).

Parmi les personnes vieillissantes en logements collectifs, 42,7 % vivent dans des résidences pour personnes âgées (RPA), 28,4 % dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 21,2 % dans des établissements mixtes.

¹⁰ Un ménage privé est défini par Statistique Canada comme un ménage formé d'une personne ou d'un groupe de personnes vivant dans un logement privé en couple, seule ou avec d'autres personnes avec qui elles ont des liens de parenté ou pas.

¹¹ Un logement collectif est un logement où sont fournis des soins ou des services, ou qui comporte certaines installations communes (cuisine, salle de bain, etc.). Les résidences pour personnes âgées (RPA), les centres hospitaliers en soins de longue durée (CHSLD), les pensions ou chambres, les foyers collectifs, etc., sont des exemples de logements collectifs.

La vie en ménage privé demeure le mode de vie majoritaire des personnes vieillissantes

	Totale		Hommes		Femmes	
	N	%	N	%	N	%
Total (65 ans et plus)	170 635	100	75 755	100	94 880	100
Vivant dans un ménage privé	154 845	90,7	71 240	94,0	83 600	88,1
65-74 ans	93 880	98,1	44 375	98,1	49 510	98,1
75-84 ans	48 570	89,8	22 080	93,1	26 485	87,3
85 ans et plus	12 390	59,3	4 790	70,3	7 610	54,1
Vivant en couple	91 655	53,7	50 000	66,0	41 660	43,9
Vivant seules	52 290	30,6	17 485	23,1	34 805	36,7
Vivant avec des personnes apparentées ¹²	3 685	2,2	1 205	1,6	2 480	2,6
Autres ¹³	7 215	4,2	2 550	3,3	4 655	4,9
Vivant dans un logement collectif	15 795	9,3	4 515	6,0	11 275	11,9
65-74 ans	1 800	1,9	845	1,9	960	1,9
75-84 ans	5 490	10,2	1 635	6,9	3 850	12,7
85 ans et plus	8 495	40,7	2 030	29,8	6 465	45,9

5. Une population de plus en plus scolarisée, mais les écarts persistent

Le revenu tiré du marché du travail et la façon dont les personnes épargnent et se constituent un patrimoine pour leur retraite sont influencés par le niveau de scolarité¹⁴. En 2021, la part des personnes de 65 ans et plus détenant un certificat, diplôme ou grade de niveau universitaire est plus élevée dans la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec (25,4 % c. 20,0 %).



La **Capitale-Nationale** se classe au **2^e rang** des régions du Québec avec **la part la plus élevée** de personnes de **65 ans et plus** détenant un **diplôme universitaire** en 2021, après Montréal.

Parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus vivant dans la Capitale-Nationale :

- 19,3 % ne possèdent aucun certificat, diplôme ou grade, un nombre estimé à 29 840,
- 29,5 % détiennent un diplôme d'études secondaires (DES) ou l'équivalent, environ 45 665 personnes,
- 25,9 % ont un certificat, diplôme ou grade postsecondaire non universitaire, soit 40 045 personnes,
- 25,4 % possèdent un certificat, diplôme ou grade universitaire, soit 40 000 personnes.

¹² Personnes vivant avec leur(s) enfant(s), avec d'autres personnes apparentées ou dans de rares cas, avec leur(s) parent(s).

¹³ Personnes vivant avec des personnes non apparentées.

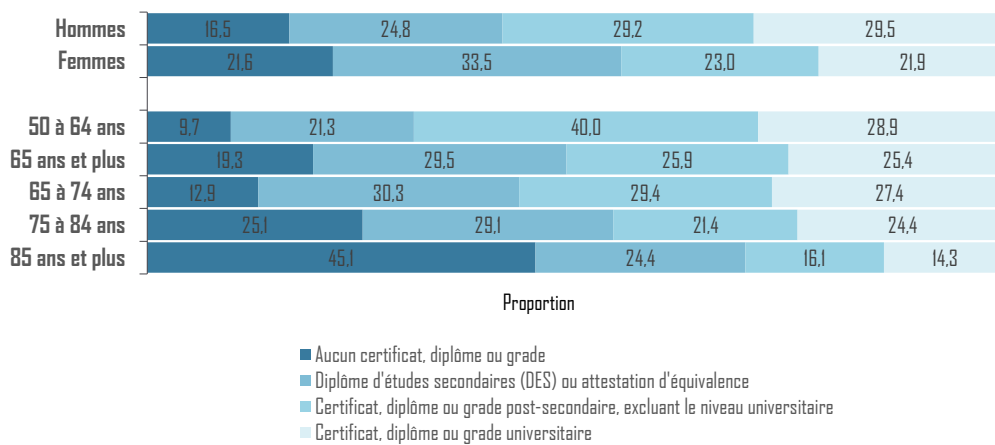
¹⁴ Derek Messacar (2017). « Les effets de l'éducation sur le comportement d'épargne-retraite des Canadiens ». Études analytiques – no 11F0019M au catalogue, no 391. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2017391-fra.pdf>

Les femmes demeurent moins scolarisées que les hommes, mais cette situation pourrait changer avec la cohorte des personnes vieillissantes de demain (50-64 ans). Parmi celles-ci, la part des femmes détentrices d'un certificat, diplôme ou grade universitaire (30 %) est plus élevée que celle des hommes (28%).



Des personnes vieillissantes de **plus en plus scolarisées**, une tendance qui devrait se poursuivre avec la cohorte **de demain**, tout en poursuivant la **réduction des inégalités de genre**.

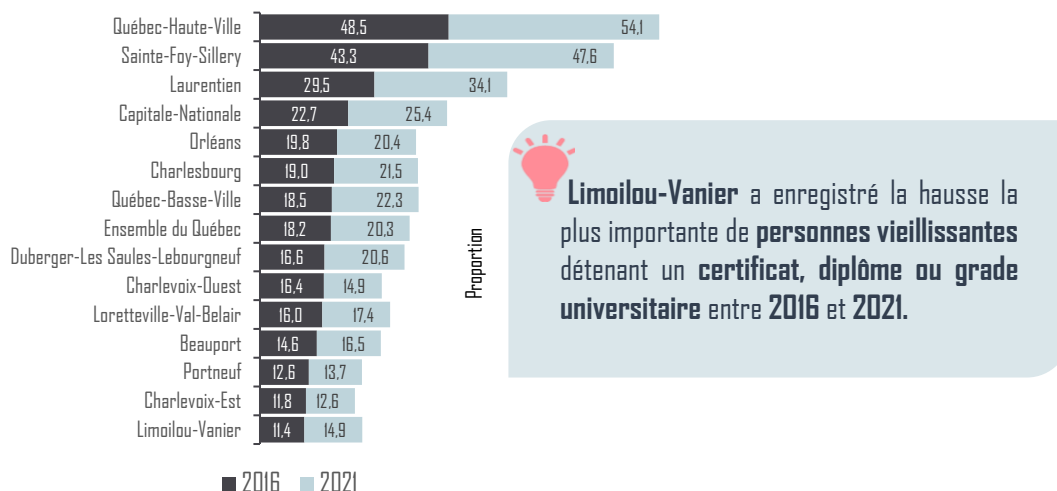
Une population vieillissante plus scolarisée que dans la province, mais les écarts de genre subsistent



En 2021, six territoires de CLSC se démarquent avec une proportion supérieure à la moyenne provinciale de personnes vieillissantes détenant un certificat, diplôme ou grade universitaire : Québec-Haute-Ville, Sainte-Foy-Sillery, Laurentien, Québec-Basse-Ville, Charlesbourg et Duberger-Les-Saules-Lebourgneuf. Les territoires ruraux de Charlevoix-Est, Portneuf, Charlevoix-Ouest et le territoire de Limoilou-Vanier enregistrent les parts les plus faibles de personnes vieillissantes avec un certificat, diplôme ou grade universitaire.

Entre 2016 et 2021, la part des personnes de 65 ans et plus détenant un certificat, diplôme ou grade universitaire a augmenté dans tous les territoires de CLSC de la Capitale-Nationale à l'exception de Charlevoix-Ouest. Les augmentations les plus importantes s'observent à Limoilou-Vanier, Duberger-Les-Saules-Lebourgneuf et Québec-Basse-Ville.

Une augmentation de la proportion de personnes de 65 ans et plus détenant un certificat, diplôme ou grade de niveau universitaire



6. Favoriser le maintien ou le retour à l'emploi des personnes qui le souhaitent

La Capitale-Nationale compte **16 020 travailleurs et travailleuses âgés de 65 ans et plus** en 2021, ce qui représente **4,3 %** des personnes en emploi.

En 2021, dans la Capitale-Nationale, 1 emploi sur 10 (10,3 % comparativement à 11,4 % pour l'ensemble du Québec) est occupé par une personne de 65 ans et plus. Dans la région, les personnes vieillissantes en emploi sont davantage à temps partiel.

Depuis quinze ans, la proportion de personnes vieillissantes qui continue de travailler a presque doublé, passant de 6,2 % à 10,3 %. Cette hausse du taux d'emploi¹⁵ est liée à plusieurs facteurs parmi lesquels : des niveaux plus élevés de scolarité, l'amélioration de l'espérance de vie et les changements dans la situation et les obligations financières des personnes vieillissantes¹⁶.

6,2 % 
2006

10,3 %  
2021

Il existe des écarts entre territoires liés à l'activité sur le marché du travail des personnes vieillissantes. C'est principalement dans les territoires ruraux que l'on trouve les proportions les plus élevées qui ont déclaré travailler en 2021.

¹⁵ Proportion de la population de 65 ans et plus qui occupe un emploi à titre d'employé ou qui exerce un travail autonome. Si certaines personnes vieillissantes demeurent actives sur le marché du travail par choix, pour d'autres, c'est plus par nécessité.

¹⁶ Statistique Canada (2017) : Les personnes âgées au travail au Canada. Recensement en bref. Statistique Canada – No 98-200-X2016027 au catalogue En ligne <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016027/98-200-x2016027-fra.pdf>

7. Un niveau de revenu élevé qui cache des inégalités

En 2020, le revenu médian après impôt des personnes de 65 ans et plus est plus élevé dans la Capitale-Nationale (32 000 \$) que dans l'ensemble du Québec (28 200 \$). Une situation qui s'observe aussi bien chez les hommes (38 000 \$ comparativement à 34 000 \$) que chez les femmes (26 800 \$ comparativement à 24 600 \$). Cependant, les inégalités de revenus entre hommes et femmes demeurent plus importantes dans la région : l'écart de revenu selon le genre est de 42 % comparativement à 38 % dans l'ensemble du Québec.



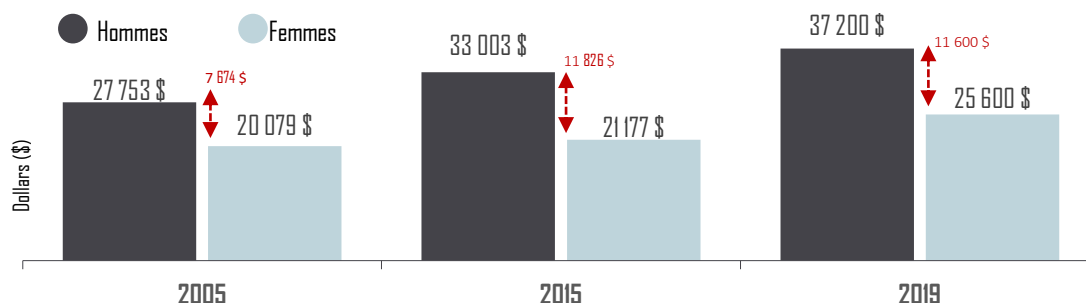
Un écart de **11 200 \$** sépare le **revenu annuel médian** des **hommes** et des **femmes** de 65 ans et plus dans la région. Dans la province, cet écart de **9 400 \$**.

Dans la région, l'inégalité de revenus entre hommes et femmes est présente dans chaque groupe d'âge. En 2020, le revenu médian après impôt des femmes correspond à :

- 83 % du revenu médian après impôt des hommes chez les 50-64 ans,
- 73 % de celui des hommes chez les 65-74 ans,
- 69 % du revenu des hommes chez les 75-84 ans,
- 75 % de celui des hommes chez les 85 ans et plus.

Quel que soit le genre, le revenu médian après impôt baisse progressivement avec l'âge. En 14 ans, le revenu médian après impôt des personnes vieillissantes dans la région a augmenté¹⁷ d'environ 34 % pour les hommes et 29 % pour les femmes. Une augmentation qui creuse en même temps les inégalités de genre : entre 2005 et 2019, cet écart de revenu entre hommes et femmes est passé de 7 674 \$ à 11 600 \$.

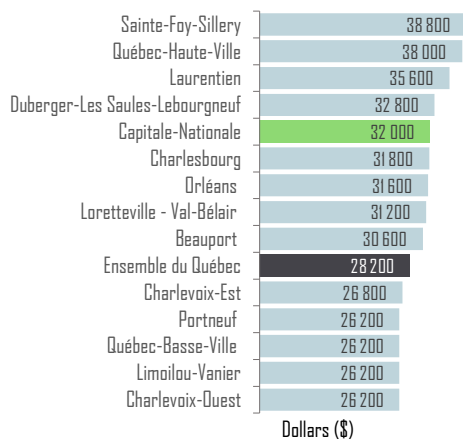
Un revenu médian après impôt des personnes de 65 ans et plus élevé avec des écarts entre hommes et femmes qui augmentent



Le revenu médian après impôt des personnes vieillissantes vivant en ménage privé est plus élevé dans les territoires de Sainte-Foy-Sillery (38 800 \$) et Québec-Haute-Ville (38 000 \$). C'est aussi dans ces deux territoires de CLSC que l'inégalité des revenus était la plus élevée parmi les ménages de personnes de 65 ans et plus.

¹⁷ Une augmentation qui ne tient pas compte de la hausse des taux d'intérêt et des prix à la consommation, dont ceux du logement et de l'alimentation. Pour éliminer l'effet des mesures d'aides financières des gouvernements durant la pandémie de COVID-19, les revenus de 2019 ont été pris en compte au lieu de ceux de 2020.

Les revenus médians après impôt des ménages de personnes de 65 ans et plus sont plus élevés à Québec-Haute-Ville et Sainte-Foy-Sillery



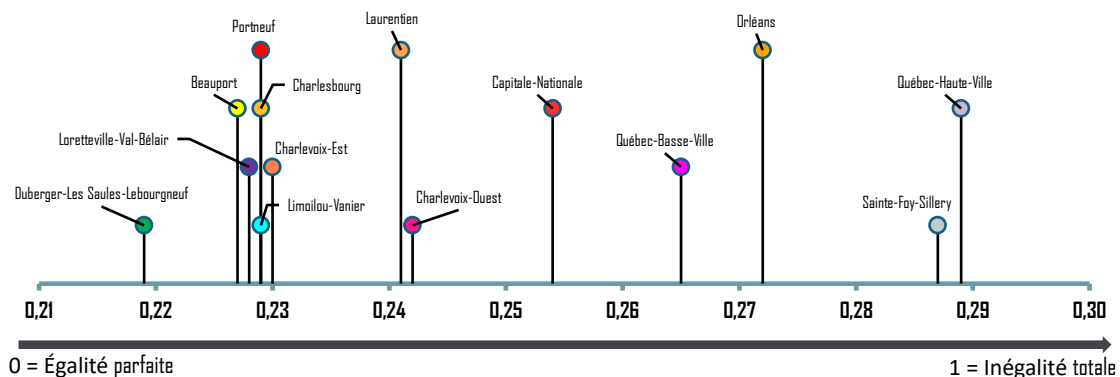
Les écarts de revenus entre personnes de 65 ans et plus selon les territoires de CLSC varient entre 600 \$ et 12 600 \$.

Le coefficient de Gini mesure les inégalités de revenus au sein des personnes de 65 ans et plus à partir du revenu disponible (revenu après impôt et transferts gouvernementaux). En 2020, après les interventions des gouvernements par les impôts et les transferts, les territoires de CLSC de la Capitale-Nationale les plus inégalitaires sont ceux de Québec-Haute-Ville et Sainte-Foy-Sillery.



En 2020, les territoires de CLSC de Québec-Haute-Ville et Sainte-Foy-Sillery avaient les revenus médians après impôt des ménages de personnes âgées les plus élevées, mais affichaient aussi une plus grande inégalité des revenus.

L'inégalité des revenus est la plus marquée dans les territoires de CLSC de Québec-Haute-Ville et Sainte-Foy-Sillery

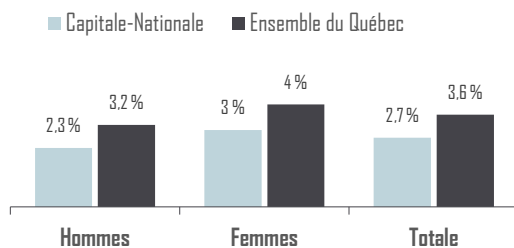


8. Une pauvreté moins fréquente, mais des écarts territoriaux marqués

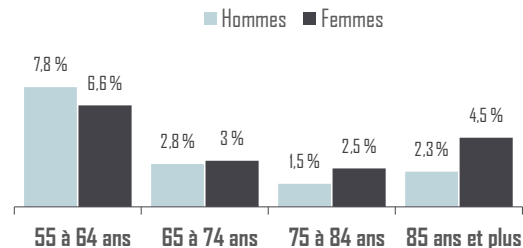
La situation de faible revenu des personnes vieillissantes est illustrée à l'aide de la mesure du panier de consommation (MPC)¹⁸ qui est la mesure privilégiée au Québec pour quantifier la pauvreté sous l'angle de la couverture des besoins de base. Cependant, dans le cadre de portrait, la mesure du faible revenu (MFR)¹⁹ sera utilisée comme variable de croisement.

En 2021, 2,7 % (comparativement à 3,6 % pour la province) des personnes vieillissantes de la région vivent sous le seuil officiel de la pauvreté, un nombre estimé à 4 130 personnes. Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux de pauvreté est moins élevé dans la région que dans l'ensemble du Québec. Les femmes sont plus exposées que les hommes à la pauvreté en raison notamment de certaines caractéristiques démographiques comme la situation familiale, le niveau de scolarité, la situation d'emploi²⁰, etc. Cette situation pourrait évoluer avec les personnes vieillissantes de demain (55-64 ans). Parmi les personnes âgées de 55-64 ans, en proportion, plus d'hommes (7,8 %) que de femmes (6,6 %) vivent sous le seuil de pauvreté.

Moins de personnes de 65 ans et plus de la région qui vivent sous le seuil de la pauvreté



Les femmes sont plus exposées à la pauvreté que les hommes, particulièrement chez les personnes de 75 ans et plus



Certains territoires de CLSC sont plus exposés à la pauvreté chez les personnes de 65 ans et plus. En 2021, le taux de pauvreté chez les personnes âgées était :

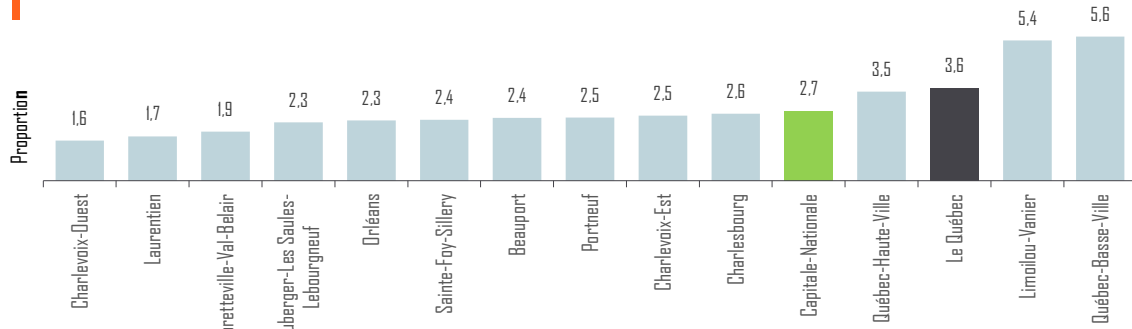
- Trois fois plus élevé dans les territoires de CLSC de Québec-Basse-Ville et Limoilou-Vanier que ceux de Charlevoix-Ouest, laurentien et Loretteville-Val-Bélair;
- Deux fois plus élevé dans les territoires de CLSC de Québec-Basse-Ville et Limoilou-Vanier que ceux de Duberger-Les-Saules-Lebourgneuf, Orléans, Sainte-Foy-Sillery, Beauport, Portneuf, Charlevoix-Est et Charlesbourg

¹⁸ La mesure fondée sur un panier de consommation (MPC) a été adoptée en tant que seuil officiel de la pauvreté au Canada en juin 2019 pour quantifier la pauvreté sous l'angle de la couverture des besoins de base de la population. Selon la MPC, une famille vit dans la pauvreté si son revenu n'est pas suffisant pour se permettre l'achat d'un panier de biens et de services précis dans sa collectivité.

¹⁹ Statistique Canada déclare également le faible revenu en fonction de la mesure de faible revenu (MFR). Selon la MFR, qui est une mesure relative, une personne vit en situation de faible revenu si le revenu après impôt de son ménage est inférieur à la moitié du revenu médian après impôt, en tenant compte de la taille du ménage.

²⁰ Lahey, K.A. 2010. «Women, Substantive Equality, and Fiscal Policy: Gender-Based Analysis of Taxes, Benefits, and Budgets». la Revue Femmes et droit, Vol. 22.

Les personnes vieillissantes de Limoilou-Vanier et Québec-Basse-Ville sont plus exposées au risque de pauvreté



9. Vivre seul, un phénomène en accroissement

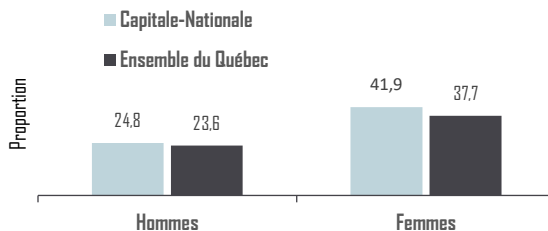
Le fait de vivre seul est souvent considéré, chez les personnes vieillissantes, comme un facteur de risque qui augmente la possibilité d'isolement social²¹, c'est-à-dire avoir de rares contacts avec d'autres ou pas du tout. En 2021, la proportion de personnes de 65 ans et plus vivant seules dans les ménages privés est plus élevée dans la région que dans l'ensemble du Québec.



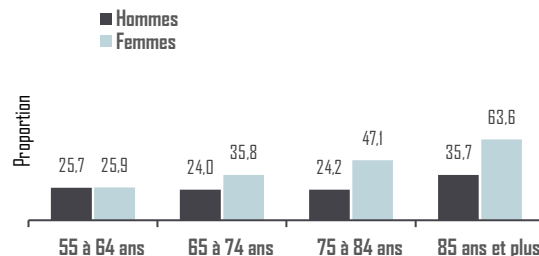
En 2021, **52 700** personnes de **65 ans et plus** vivent **seules**, en ménage privé, dans la région de la **Capitale-Nationale**, soit **33,8 %** comparativement à **31,0 %** pour la **province**.

Le genre est un facteur important dans les situations de risque d'isolement social. En 2021, dans la région, parmi la population vieillissante, les femmes sont environ 2 fois plus nombreuses que les hommes à vivre seules. La part des personnes vieillissantes vivant seules augmente progressivement avec l'âge, particulièrement chez les femmes. En effet, certaines périodes de transition de la vie (interruption de carrière pour raison familiale, rupture, situation familiale ou professionnelle, etc.) peuvent être vécues différemment selon le genre.

Davantage de femmes que d'hommes de 65 ans et plus vivant seules



La proportion de personnes de 65 ans et plus vivant seules augmente avec l'âge, particulièrement chez les femmes



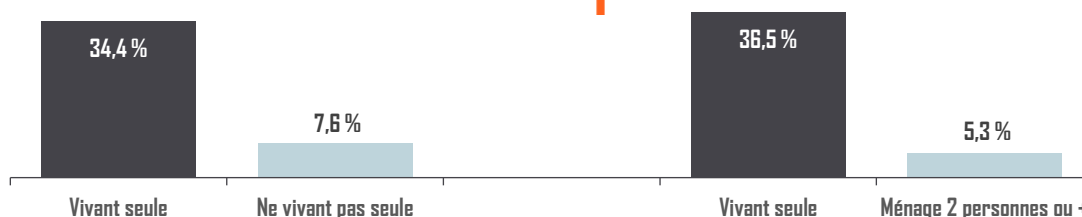
²¹ Conseil national des aînés (2014a). Rapport sur l'isolement social des aînés 2013-2014. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Certaines conditions économiques demeurent moins favorables pour les personnes vieillissantes vivant seules : la proportion de personnes de 65 ans et plus en situation de faible revenu selon la MFR après impôt atteint 36,5 % chez celles vivant seules, alors qu'elle est de 5,3 % chez celles qui vivent avec au moins une autre personne.

Dans la région, les personnes vieillissantes vivant seules sont plus susceptibles de consacrer une grande partie de leur revenu pour se loger. En 2021, la part de personnes de 65 ans et plus vivant seules et consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour se loger est quatre fois plus élevée que celle ne vivant pas seule (34,4 % comparativement à 7,6 %). Or, les ménages qui consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour les dépenses d'habitation sont plus susceptibles de restreindre leurs dépenses pour les autres besoins de base s'exposant ainsi au risque d'insécurité alimentaire.

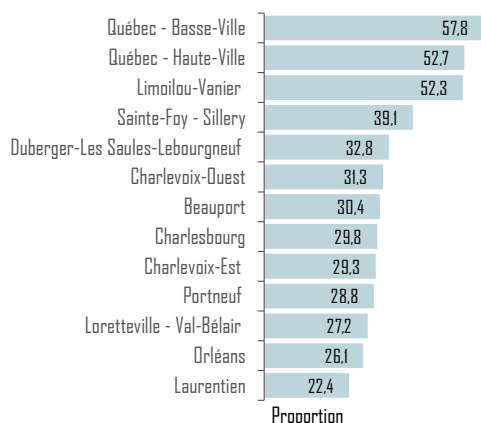
Davantage de personnes de 65 ans et plus vivant seules qui consacrent 30 % ou plus de leur revenu pour se loger

Le faible revenu touche plus les personnes de 65 ans et plus vivant seules



La part des personnes vieillissantes vivant seules varie entre 22,4 % et 57,8 % selon les territoires de CLSC. Toutefois, ce sont dans les territoires centraux comme Québec-Basse-Ville (57,8 %), Québec-Haute-Ville (52,7 %) et Limoilou-Vanier (52,3 %) que sont observées les proportions les plus importantes de personnes de 65 ans et plus vivant seules.

Les proportions les plus élevées de personnes de 65 ans et plus vivant seules se trouvent dans les territoires centraux (%).



Il y a une **proportion plus élevée** de personnes vieillissantes vivant seules dans les **quartiers centraux** que dans les **territoires ruraux et périurbains** de la Capitale-Nationale.

10. Conditions du logement, reflet d'inégalités

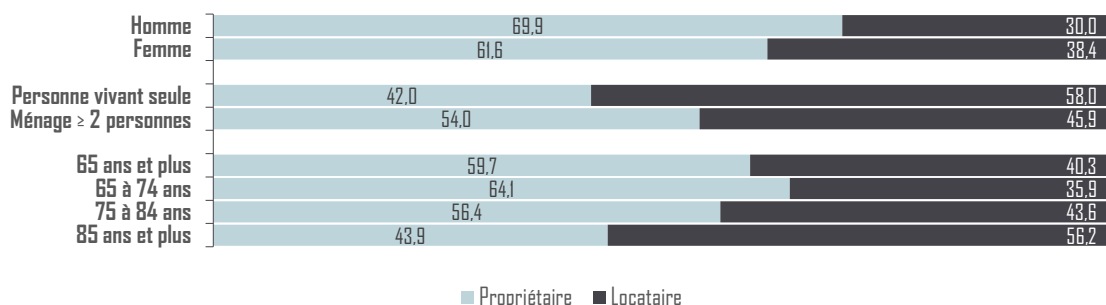
Le logement est un important déterminant social de la santé²² des individus, particulièrement des personnes vieillissantes. En 2021, les personnes de 65 ans et plus de la région vivant en ménage privé sont propriétaires de leur logement dans une proportion de 69,7 % comparativement à 40,3 % pour les ménages locataires.

Les hommes sont plus nombreux en proportion à faire partie d'un ménage propriétaire que les femmes. Avec l'avancement en âge, on note une hausse de la proportion de locataires : 35,9 %

²² OMS, [Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé](#), Rio de Janeiro (Brésil), 21 octobre 2011 [Microsoft Word - 111663F-Décl-RIO.docx](#)

chez les 66-74 ans et 56,2 % chez les 85 ans et plus. Les personnes vieillissantes vivant seules sont moins susceptibles d'être propriétaires (42,0 %) que celles vivant dans un ménage composé d'au moins deux personnes (54,0 %).

La proportion de locataires varie en fonction de la composition du ménage, du genre et de l'âge.



La probabilité d'être locataire est plus importante dans les quartiers centraux comme Limoilou-Vanier (73,6 %), Québec-Basse-Ville (66,6 %), Québec-Haute-Ville (58 %) que dans les espaces ruraux ou semi-ruraux comme Orléans (21 %), Portneuf (24,9 %), Charlevoix-Est (26 %) et Charlevoix-Ouest (26,6 %).

Par ailleurs, certaines conditions des logements (état, qualité, adaptabilité, abordabilité, etc.) peuvent avoir des impacts considérables sur la santé des personnes vieillissantes²³ : glissades et chutes, risques de traumatismes, stress, isolement, risques de maladies respiratoires, augmentation des risques cardiovasculaires, etc. En 2021, dans la région, 16,7 % des personnes de 65 ans et plus occupaient un logement non abordable²⁴, ce qui représente 25 850 personnes. Cette part du revenu accordée au logement atteint 50 % ou plus chez 6 810 d'entre elles, les plaçant à un niveau de dépense critique.

En 2021, les problèmes de logements non abordables chez les personnes vieillissantes ont augmenté de : 13,0 % chez les 65-74 ans, 19,7 % chez les 75-84 ans et 33,0 % chez les 85 ans et plus. Les problèmes d'abordabilité touchent plus :

- les locataires (34,6 %) que les propriétaires (7,2 %),
- les femmes (20,0 %) que les hommes (12,8 %),
- les personnes vivant seules (34,4 %) plutôt que dans un ménage de deux personnes ou plus (6,1 %),
- les minorités visibles (20,3 %) que celles n'appartenant pas à ce groupe (16,6 %),
- la population vieillissante à faible revenu selon la MPC (64,8 %) plutôt que celle qui n'est pas à faible revenu (15,4 %).



Deux tiers (64,8 %) des personnes vieillissantes vivant sous le seuil de faible revenu (après impôt) sont confrontés à un problème d'abordabilité.

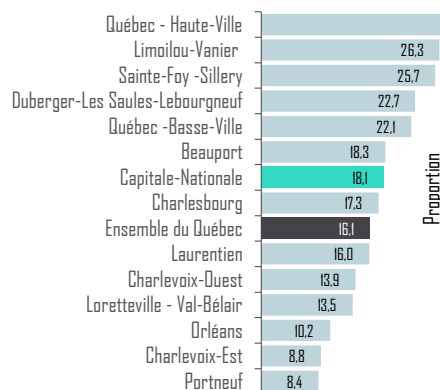
²³ Organisation mondiale de la Santé, « [Lignes directrices relatives au logement et à la santé, résumé d'orientation](https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-CED-PHE-18.10) » : <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-CED-PHE-18.10>.

²⁴ Un logement dont les coûts (hypothèque ou loyer, taxes, frais d'électricité, etc.) correspondent à 30 % ou plus du revenu annuel total (brut) du ménage.

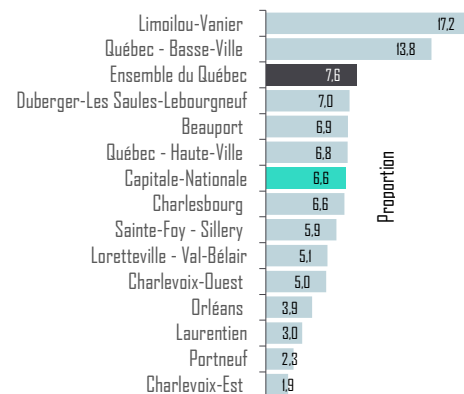
Des écarts demeurent entre les différents CLSC de la région. En 2021, c'est dans les territoires de CLSC de :

- ❖ Orléans, Charlevoix-Est et Portneuf qu'on observe les proportions les plus faibles de personnes de 65 ans et plus qui dépensent 30 % ou plus de leur revenu brut aux coûts d'habitation;
- ❖ Québec-Haute-Ville, Limoilou-Vanier, Sainte-Foy-Sillery, Duberger-Les-Saules-Lebourgneuf, Québec-Basse-Ville qu'on rencontre les proportions les plus élevées de personnes vieillissantes allouant 30 % ou plus de leur revenu aux frais de logement;
- ❖ Limoilou-Vanier et Québec-Basse-Ville que l'on trouve les proportions les plus élevées de ménages de personnes vieillissantes éprouvant des besoins impérieux en matière de logement (BIL)²⁵.

Plus de personnes de 65 ans et plus des quartiers centraux et périurbains vivant dans un ménage consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour se loger (2021)



Besoins impérieux en matière de logement : certains territoires plus touchés que d'autres (2021)



En 2021, dans la Capitale-Nationale, environ 7 035 ménages, dont le soutien principal à 65 ans et plus, éprouvent des besoins impérieux en matière de logement (BIL).

²⁵ Un ménage éprouve des besoins impérieux de logement lorsque : a) leur logement est inabordable, nécessite des réparations majeures ou ne comporte pas assez de chambres compte tenu de la composition du ménage et b) leur revenu du ménage est insuffisant pour payer un logement adéquat sur le marché local de l'habitation.

Chapitre 2: Environnement, facteurs de protection et de risque, des vecteurs majeurs du vieillissement en santé (VES)

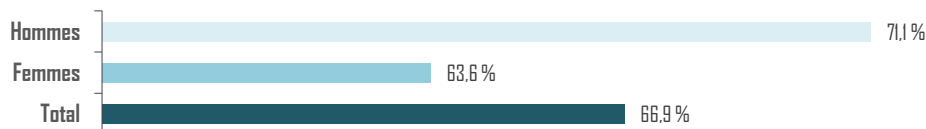
Les environnements physique, socioculturel, politique et économique, tout comme les facteurs de protection (activité physique, saines habitudes alimentaires, participation sociale, etc.) et de risque (tabac, alcool, etc.) peuvent influencer les possibilités de vieillir en santé.

1. Soutien, intégration et lien social, des cibles pour des efforts d'intervention

La satisfaction par rapport à sa vie sociale est, avec la participation sociale et la taille du réseau de soutien, une dimension de l'indice de soutien social²⁶. Dans la Capitale-Nationale, en 2020-2021, les personnes vieillissantes (44,2 %) sont plus nombreuses, en proportion, à considérer leur vie sociale très satisfaisante que les autres groupes d'âge, avec une tendance à la baisse par rapport à 2014-2015 (55 %). Le pourcentage de personnes de 65 ans et plus très satisfaites de leur vie sociale varie entre 33,5% et 51,0 % selon les territoires de CLSC de la région. Les personnes vieillissantes des territoires ruraux ou semi-urbains comme Orléans (51 %), Portneuf (48,8 %), Charlevoix-Ouest et Charlevoix-Est (48,8 %) sont plus satisfaites de leur vie sociale.

La participation des personnes vieillissantes à la vie sociale favorise l'établissement de liens, peut contribuer à renforcer leur sentiment d'utilité, d'appartenance à la communauté, à leur permettre de demeurer actives et à éviter qu'elles soient isolées socialement. Le sentiment d'appartenance à la communauté locale est une mesure de l'intégration sociale et est associé au lien social et à la citoyenneté. Il influence positivement les indicateurs de santé comme le bien-être subjectif²⁷ et la qualité de vie²⁸. En 2019-2020, plus des deux tiers (66,9 %) des personnes vieillissantes de la Capitale-Nationale avaient un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Cette proportion était plus faible chez les femmes que chez les hommes.

Un sentiment d'appartenance fort, particulièrement chez les hommes



La solitude²⁹ est un phénomène grandissant auquel sont confrontées de nombreuses personnes de 65 ans et plus. Elle est associée à des problèmes de santé mentale : niveaux élevés de stress, de dépression et d'anxiété ou encore risque accru de fragilisation.³⁰ En 2020-2021, dans la région,

²⁶ Linda Cazale et Francine Bernèche, « Quelques indicateurs de santé chez les aînés. Que révèle l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008? » *Zoom Santé*, Avril 2012, Numéro 37, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, p.4 Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201204.pdf>

²⁷ Bilodeau, A., White S. E., Turgeon L. et Henderson A. 2020. « Feeling attached and feeling accepted: Implications for political inclusion among visible minority immigrants in Canada ». *International Migration*, vol. 58, no 2, p. 272-288.

²⁸ Painter, Carla Valle 2013. *Le sentiment d'appartenance : revue de la littérature*. Ottawa, Citoyenneté et Immigration Canada <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/francais/pdf/recherche-stats/r48a-2012appartenance-fra.pdf>

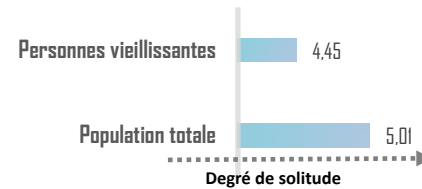
²⁹ L'**isolement social** désigne l'ensemble des situations de vie marquées par des interactions limitées en nombre, en fréquence et en qualité. Si ces situations de vie génèrent de l'insatisfaction dans les rapports que les personnes aînées entretiennent avec les autres, un sentiment de privation, voire de la souffrance, il est question de **solitude**. Le fait de **vivre seul**, quant à lui, signifie simplement d'être le seul membre d'un ménage, le seul occupant d'un logement. In Bureau, G., Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Maurice, A., Paquet, S., Rose-Maltais, J., & Tourigny, A. (2017). *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes aînées isolées socialement: Une trousse d'accompagnement*. Québec : FADOQ – Régions de Québec et Chaudière-Appalaches (FADOQ – RQCA).

³⁰ Statistique Canada. 2021. *La solitude au Canada* [infographie]. Produit no 11-627-M au catalogue. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2021090-fra.htm>

comparativement à la population totale, moins de personnes de 65 ans et plus ont eu souvent l'impression :

Degré de solitude moins élevé chez les personnes vieillissantes que dans la population (2020-2021)

- de manquer de compagnie (12,5 % c. 22,1 %),
- d'être laissées de côté (4,6 % c. 9,3 %),
- d'être isolées des autres (10,4 % c. 17,6 %).



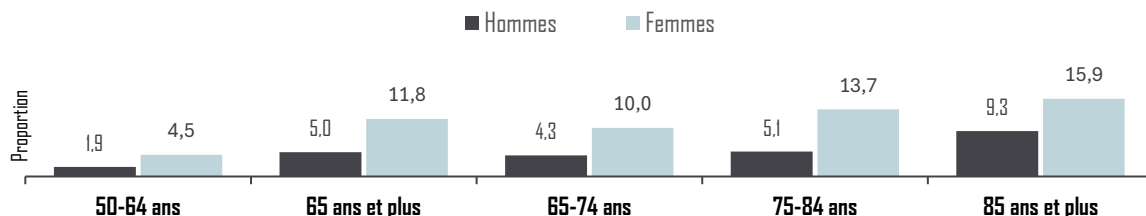
En 2020-2021, dans la Capitale-Nationale, environ 43 700 personnes de 65 ans et plus ont souffert du sentiment de solitude. Parmi les personnes vieillissantes de la région, le sentiment de solitude a affecté davantage les femmes que les hommes; celles se situant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique que celles se situant à un niveau faible ou moyen.

Des réseaux sociaux plus petits, une diminution des ressources financières, l'augmentation des problèmes de santé chroniques, une mauvaise santé fonctionnelle et le contexte particulier de la pandémie et des mesures mises en place expliquent, en partie, l'augmentation de la prévalence du sentiment de solitude chez les personnes de 65 ans et plus³¹.

2. La langue, une barrière à la participation sociale

En raison des barrières linguistiques, certains groupes des personnes vieillissantes comme les personnes immigrantes peuvent être plus vulnérables à l'isolement social³². Ces barrières peuvent aussi avoir des effets néfastes sur l'accès aux soins de santé et sur la satisfaction de l'expérience des patients³³. En 2021, dans la Capitale-Nationale, 8 % des personnes de statut immigrant, âgées de 65 ans et plus, ne connaissent aucune des deux langues officielles³⁴ du pays. Cette proportion de la population vieillissante immigrante qui ne parle ni le français ni l'anglais est 2 fois plus élevée chez les femmes (11,8 %) que chez les hommes (5,0 %), et elle augmente avec l'âge.

Plus de femmes que d'hommes de 50 ans et plus issues de l'immigration ne connaissant ni le français ni l'anglais (2021)



415 : nombre de personnes de 65 ans et plus, issues de l'immigration, qui ne parlent ni le français ni l'anglais dans la région en 2021.

³¹ Islam, M. K., & Gilmour, H. (2023). Immigrant status and loneliness among older Canadians. *Health reports*, 34(7), 3–18. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202300700001-eng>

³² Conseil national des aînés (2014b). *Revue exploratoire de la littérature : L'isolement social des aînés 2013-2014*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

³³ Sarah Bowen (2015) Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Rapport final, Société Santé en français. p.2. En ligne : <https://savoir-sante.ca/fr/themes/acces-aux-services-en-francais/download/86/154/21?method=view>

³⁴ Selon Statistique Canada, la connaissance des langues officielles désigne la capacité d'une personne de soutenir une conversation en français seulement, en anglais seulement, dans les deux langues, ou dans ni l'une ni l'autre. En ligne <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/dict/az/definition-fra.cfm?ID=pop055>

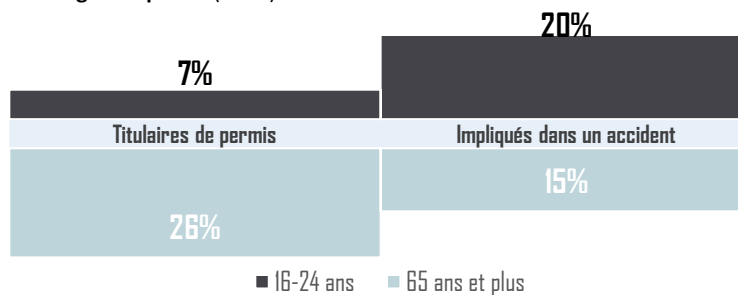
3. Favoriser la mobilité et l'agilité numérique des personnes âgées

La présence de maladies chroniques, d'incapacités et d'environnements peu accessibles ou mal adaptés (technologie mal adaptée, formation peu accessible, etc.) engendrent des enjeux de mobilité ou de littératie numérique³⁵.

Soutenir la mobilité de la population vieillissante : La mobilité est une composante importante de la vie du quotidien, un facteur déterminant dans le processus d'intégration (sociale, économique, etc.). Elle est une condition de l'autonomie et de l'accès à la majorité des services, dont ceux médicaux. En 2022, parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus de la Capitale-Nationale, 77 % étaient titulaires d'un permis de conduire. Le nombre de personnes vieillissantes détentrices d'un permis de conduire est estimé à 134 307. Entre 2018 et 2022, leur nombre a augmenté, chaque année en moyenne, de 4 % comparativement à 1 % pour l'ensemble des titulaires de permis.

Les conducteurs de 65 ans et plus causent moins d'accidents de la route avec dommages corporels que ceux plus jeunes, particulièrement les 16-24 ans alors qu'ils sont plus nombreux, en proportion, à détenir un permis de conduire.

Plus de détenteurs de permis chez les 65 ans et plus, mais moins souvent impliqués dans un accident avec dommages corporels (2022)



Le manque de transports adéquats est identifié comme un frein à la participation sociale, particulièrement chez certaines personnes vieillissantes³⁶. Une faible mobilité leur limite l'accès aux biens et services et ne leur permet pas de s'engager dans leur communauté et de construire et/ou entretenir des réseaux sociaux.

Le Réseau de transport de la Capitale (RTC) assure la mobilité des personnes dans l'agglomération de Québec³⁷ qui concentre 80 % des personnes de 65 ans et plus de la Capitale-Nationale. À l'automne 2023, la clientèle de 65 ans et plus a représenté 4 % des usagers des services du transport en commun du RTC et 6 % de l'ensemble des déplacements du RTC³⁸. En ce qui concerne les déplacements, la clientèle vieillissante a un comportement assez stable d'un

³⁵ Littératie numérique est la capacité d'une personne âgée à comprendre et utiliser l'information au moyen des technologies : accéder à des ressources et des informations en ligne, les comprendre et les utiliser, communiquer avec les autres, gérer ses comptes et ses informations personnelles en toute sécurité, etc.

³⁶ Lamanna M, Klinger CA, Liu A, Mirza RM. The Association between Public Transportation and Social Isolation in Older Adults: A Scoping Review of the Literature. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2020;39(3):393-405. doi:10.1017/S0714980819000345.

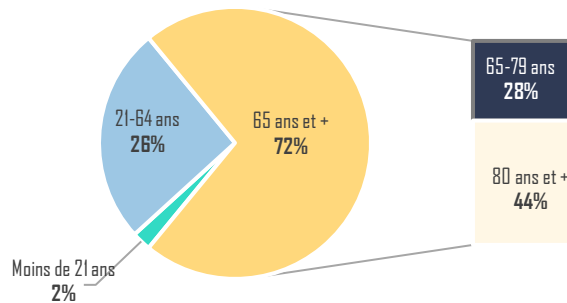
³⁷ L'agglomération de Québec est une instance supramunicipale regroupant la ville de Québec et les deux villes défusionnées, L'Ancienne-Lorette et Saint-Augustin-Desmaures.

³⁸ Bahareh Naderizand et Emmanuelle Reny-Nolin, (2024). Portrait de l'utilisation des services du RTC par la clientèle âgée, Service de valorisation des données de mobilité RTC, pp.3-7.

mois à l'autre. À l'automne 2023, on dénombrait environ 150 000 déplacements mensuels chez cette clientèle, sur un total de 2,7 millions de déplacements³⁹.

Pour le service de transport adapté, 7 700 personnes de 65 ans et plus, admises en vertu des critères⁴⁰ de la politique d'admissibilité, en ont bénéficié en 2023, soit 5 % des personnes vieillissantes de l'agglomération de Québec⁴¹.

Les personnes de 65 ans et plus représentent près des trois quarts de la clientèle du transport adapté (2023)



Une personne sur deux (51 %) qui utilise les services du transport adapté présente une incapacité ou limitation de type ambulatoire. La part des personnes de 65 ans et plus admises au transport adapté a peu augmenté entre 2019 et 2023 (+1,1 %). À l'exception des clients qui peuvent se déplacer de manière autonome (ambulatoire) ou en fauteuil roulant, toutes les autres clientèles ont augmenté.

Encourager l'agilité numérique de la population vieillissante : L'enjeu numérique est la problématique régionale retenue par la Table de concertation des personnes âgées de la Capitale-Nationale (TCPACN) pour répondre à la convention d'aide 2023-2025 entre le Secrétariat aux aînés et la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec (CTRCAQ)⁴². Au Québec, en 2022, environ 8 personnes de 65 ans et plus sur 10 (76,9 %) ont utilisé internet pour diverses activités en ligne⁴³. Entre 2018 et 2022, la proportion de personnes vieillissantes qui ont utilisé internet a augmenté de 24 %, une augmentation plus importante que chez tous les autres groupes d'âges.

Une population vieillissante de plus en plus connectée pourrait avoir plusieurs effets bénéfiques. En effet, l'accès et l'usage des technologies numériques pourraient leur permettre de s'adapter aux évolutions rapides et constantes du monde numérique, de réduire les inégalités dans l'accès à l'information, aux services en ligne (bancaires, gouvernementaux, etc.), de maintenir les liens sociaux par l'utilisation des applications de réseaux sociaux, etc., c'est pourquoi il est primordial d'accroître l'accès à internet et aux technologies, dont la formation, aux personnes vieillissantes qui n'y ont pas accès.

³⁹ Bahareh Naderizand et Emmanuelle Reny-Nolin, (2024), op. cit., p.3-7.

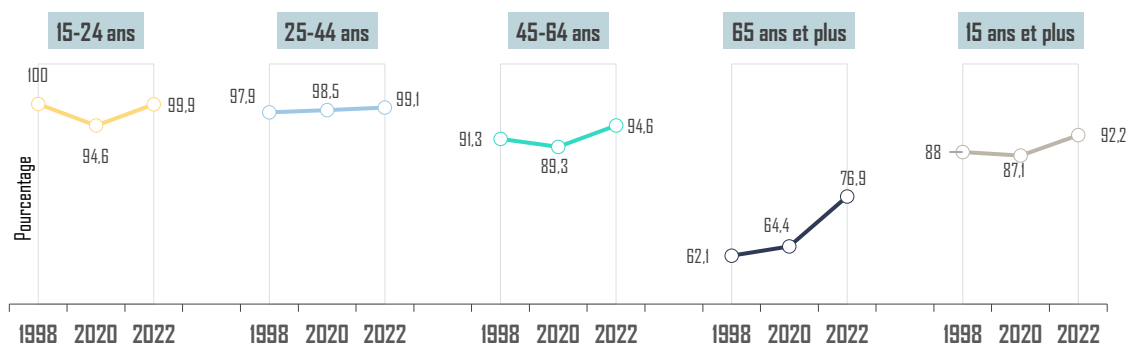
⁴⁰ Les critères d'admissibilité sont déterminés par la politique d'admissibilité au transport adapté du ministère des Transports du Québec et tiennent compte de deux exigences : avoir une déficience significative et persistante et avoir, sur le plan de la mobilité, des limitations justifiant l'utilisation de ce service.

⁴¹ Laurens Fradette (2024). Portrait de l'utilisation des services du STAC par la clientèle., Service de transport adapté de la Capitale, p.3.

⁴² Audrey Bourassa, Bertrand Gignac (2024). *Rapport synthèse sur les avis émis par les Tables régionales de concertation des aînés du Québec et la CTRCAQ*. CTRCAQ <https://www.ainescapnat.ca/contentFiles/files/documents/rapport-synthese-avis-ctrcaq-2024.pdf>

⁴³ Des activités en ligne comme : envoyer et recevoir des courriels, Utilisation des sites ou des applications de réseaux sociaux, Suivi les nouvelles, Recherche de l'information sur la santé, des biens ou services, utilisation des services bancaires, gouvernementaux, d'application de rencontres pour aînés, etc.).

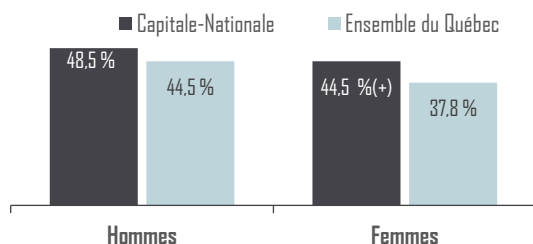
Une hausse plus marquée de l'utilisation des technologies numériques chez les Québécois de 65 ans et plus (2022)



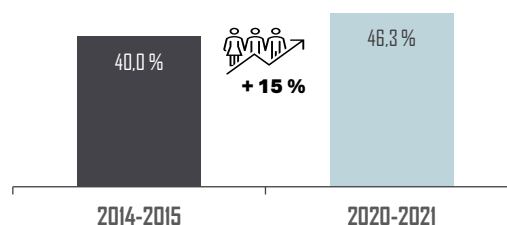
4. Optimiser les opportunités de pratique d'activité physique adaptée

L'activité physique joue un rôle important dans la prévention des maladies chroniques⁴⁴ et la prévention des chutes. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁴⁵ recommande aux personnes de 65 ans et plus de pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé. Selon les recommandations de l'OMS, il existe de nombreuses façons de pratiquer une activité physique (marche, gymnastique, jardinage, danse, etc.). D'ailleurs, même à faible dose, l'activité physique peut déjà apporter des bénéfices chez les personnes vieillissantes. En 2020-2021⁴⁶, près de la moitié (46,3 %) des personnes de 65 ans et plus de la région a atteint le niveau recommandé d'activité physique⁴⁷; une proportion plus élevée que celle observée dans le reste du Québec (40,9 %), particulièrement chez les femmes (44,5 % c. 37,8 %). En six ans, la proportion des personnes de 65 ans et plus qui atteignent le niveau minimal recommandé (actifs et moyennement actifs) d'activité physique chez les adultes a enregistré une augmentation notable de 15 % dans la région. La création d'environnements adaptés, stimulants et enrichissants contribue à développer et à maintenir les capacités physiques et mentales des personnes vieillissantes et à leur permettre de jouir du meilleur état de santé possible.

Beaucoup plus de femmes de la région que de la province qui ont atteint le niveau recommandé d'activité physique



La proportion de personnes âgées qui atteignent le niveau minimal recommandé d'activité physique a augmenté



(+) Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.

⁴⁴ Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 physical activity guidelines advisory committee scientific report [Internet]. Washington, D.C., États-Unis: U.S. Department of Health and Human Services, 2018. Disponible au lien suivant : https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf

⁴⁵ Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2020). *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337003/9789240014862-fre.pdf?sequence=1>

⁴⁶ Ces données sont issues de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2020-2021). Cette enquête s'est déroulée dans un contexte exceptionnel de crise sanitaire où certaines habitudes de vie et certains comportements ont pu être bouleversés. Cela doit être pris en considération dans l'interprétation des résultats.

⁴⁷ Le niveau minimal d'activité physique recommandé équivaut à 150 minutes et plus d'activité physique par semaine. Les activités de loisirs et de transports sont considérées.

Malgré l'augmentation de la part des personnes vieillissantes, actives ou moyennement actives dans la région, certaines iniquités persistent. En 2020-2021, on observe une proportion plus faible de personnes vieillissantes qui n'atteint pas le niveau minimal recommandé chez celles :

- vivant dans un milieu matériellement et socialement défavorisé (41 %) que favorisé (58 %),
- percevant leur santé comme passable ou mauvaise (24 %) comparativement à celles qui la perçoivent comme excellente ou très bonne (57 %),
- vivant seules (41 %) que celles vivant en couple sans enfants (52 %),
- se situant à un niveau faible ou moyen (40 %) sur l'échelle de détresse psychologique que celles se trouvant à niveau élevé (49 %).

5. Agir pour prévenir les impacts du poids défavorable

Le poids est considéré comme un déterminant important de la santé. L'obésité constitue un facteur de risque pour de nombreuses maladies (cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires, cancer du sein, diabète de type 2, etc.) et son augmentation constitue un enjeu de plus en plus important pour la santé publique. L'obésité touche près d'une personne de 65 ans et plus sur cinq (19,5 %) de la région. Le surplus de poids (embonpoint ou obésité) touche plus souvent les hommes (68,3 %) que les femmes (53,5 %). La région est moins touchée par le surplus de poids que l'ensemble du Québec, il faut aussi noter que chez les personnes vieillissantes de demain, celles âgées de 55-64 ans dans la région, l'obésité a augmenté de manière significative entre 2008 et 2020-2021.

Un poids défavorable (obésité et insuffisance de poids) est généralement associé à un moins bon état de santé et à un risque nutritionnel élevé⁴⁸. Dans la région, 21 % des personnes de 65 ans et plus en sont affectées en 2020-2021. Le gradient social de santé agit sur l'obésité : les ménages de personnes de 65 ans et plus à faible revenu (25 %) sont plus touchés par l'obésité que ceux à revenu moyen ou élevé (17 %).

Moins de personnes de 65 ans et plus en surplus de poids

	Poids insuffisant		Poids normal		Embonpoint		Obésité		Surplus de poids	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
55-64 ans										
Hommes	**1,3	700	30,4	16 800	40,5	22 400	27,7	15 400	68,3(-)	37 800
Femmes	**0,8	400	45,7(+)	24 600	33,8	18 100	19,7(-)	10 600	53,5	28 700
Totale	**1,1	1 200	38,0	41 400	37,2	40 500	23,8 ↑	25 900	60,9(-)	66 500
65 ans et plus										
Hommes	**0,8	600	32,7	24 900	47	35 800	19,5	14 800	66,5	50 600
Femmes	*2,6	2 400	43,9	39 900	33,9	30 700	19,5	17 700	53,4	48 500
Totale	*1,8	3 000	38,8	64 700	39,9	66 600	19,5	32 500	59,4(-)	99 100

(-) : Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.

(+) : Situation **plus défavorable** dans la région que dans le reste du Québec.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %; interpréter avec prudence

** : Coefficient de variation supérieur à 25 %; valeur présentée à titre indicatif.

↑ Situation **plus défavorable** chez les hommes que chez les femmes

⁴⁸ Patricia Lamontagne (2014). « Statut pondéral » dans Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec. Chapitre 3. Institut national de santé publique du Québec. En ligne https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1817_habitudes_vie_aines.pdf

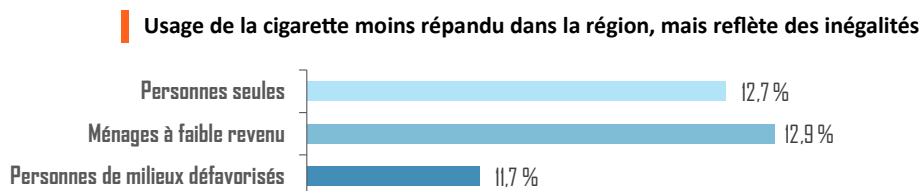


35 500 personnes de **65 ans** et plus affectées par un **poids défavorable** (obésité et poids insuffisant) dans la Capitale-Nationale en 2020-2021.

6. Des inégalités sociales en matière de tabagisme

L'usage de la cigarette chez les personnes vieillissantes est moins répandu dans la région (8,6 %) que dans l'ensemble du Québec (10,6 %), mais n'a pas diminué dans le temps. En 2020-2021, leur nombre dans la région était estimé à 14 400 fumeurs⁴⁹ de cigarettes. La prévalence du tabagisme parmi les personnes de 65 ans et plus dans la région suit un gradient social :

- ❖ plus le niveau de défavorisation matérielle et sociale du milieu est élevé, plus l'usage de la cigarette est élevé : 11,7 % chez les personnes de milieux défavorisés et 3,9 % chez celles de milieux favorisés;
- ❖ elle est plus élevée chez la population vieillissante vivant seule que chez celle vivant en couple sans enfant (12,7 % comparativement à 6,4 %)



7. Une consommation excessive d'alcool parmi les plus élevées du Québec

La consommation excessive d'alcool⁵⁰ a un grand impact sur la santé. En 2020-2021, parmi les personnes de 65 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année, près d'une personne sur cinq en a consommé de manière excessive, soit 27 200 personnes. La proportion des personnes vieillissantes présentant une consommation excessive d'alcool est plus élevée dans la région que dans le reste du Québec (16,3 % c. 13,0 %). La consommation d'alcool de façon excessive est plus répandue chez les hommes que chez les femmes (22,0 % c. 11,5 %) et est fortement influencée par des facteurs socio-économiques :

- le risque de consommation excessive d'alcool est plus élevé quand la personne vieillissante vit dans un milieu plus favorisé socialement. Elle passe de 11,9 % chez les personnes de milieux défavorisés à 22,1 % chez celles de milieux favorisés,
- la consommation excessive d'alcool est plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus percevant leur santé comme excellente ou très bonne plutôt que passable ou mauvaise (18,3 % c. 11,0 %).

⁴⁹ Regroupe les catégories de « fumeurs quotidiens » (qui sont des personnes qui fument des cigarettes tous les jours) et « fumeurs occasionnels » (qui fument des cigarettes à l'occasion).

⁵⁰ Personnes âgées qui ont bu cinq verres d'alcool ou plus, pour les hommes et quatre verres ou plus, pour les femmes en une même occasion, au moins une fois par mois.



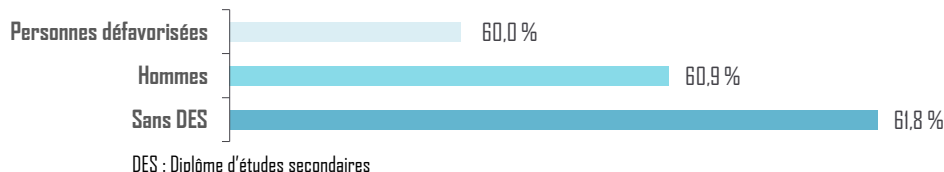
La **Capitale-Nationale** se classe au **4^e rang** des régions sociosanitaires du Québec où la **consommation excessive d'alcool des personnes de 65 ans et plus** est parmi les plus élevées en 2020-2021.

8. Prise de boissons sucrées encore ancrée dans les habitudes alimentaires

Les boissons sucrées⁵¹ représentent une source de sucres ajoutés dans l'alimentation et leur consommation régulière est associée à un risque plus élevé de surplus de poids, de carie dentaire et de diabète de type 2. Dans la Capitale-Nationale, en 2020-2021 :

- plus d'une personne de 65 ans et plus sur 2 (55,5 %) a consommé quotidiennement au moins une sorte de boisson sucrée, un nombre estimé à 92 600,
- davantage d'hommes que de femmes en consomment tous les jours (60,9 % c. 51,0%),
- la consommation de boissons sucrées est plus fréquente chez les personnes vieillissantes vivant dans un milieu défavorisé matériellement et socialement (60,0 %) que chez celles vivant dans un milieu favorisé (50,0 %),
- la consommation quotidienne d'au moins une sorte de boissons sucrées est moins fréquente chez les personnes vieillissantes avec un diplôme universitaire (47,7 %) que celles avec un diplôme d'études secondaires (58,8 %) ou qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (61,8 %).

La consommation de boissons sucrées est plus répandue chez certaines personnes vieillissantes



9. Prévenir les risques liés à l'usage d'opioïdes et la polypharmacie

Les médicaments prescrits contenant des opioïdes⁵² sont généralement utilisés chez les personnes vieillissantes pour soulager la douleur aiguë et chronique, dans un contexte de santé physique⁵³. Toutefois, leur prise prolongée peut entraîner des risques sur la santé comme une perte d'efficacité, des effets secondaires potentiels (chutes, dépendance, crise cardiaque, etc.). Dans la Capitale-Nationale, en 2020-2021, environ 14,1 % des personnes de 65 ans et plus ont consommé des opioïdes pour lesquels elles ont eu une prescription, un nombre estimé à 23 500 personnes, un peu plus chez les hommes que chez les femmes (15,3 % c. 13,1 %).

⁵¹ Les boissons sucrées comprennent les boissons gazeuses sucrées, les boissons à saveur de fruits, les boissons sucrées pour sportifs, les boissons énergisantes sucrées, les eaux aromatisées, les boissons à base de lait et boissons végétales sucrées, les cafés et thés sucrés du commerce, les jus de fruits purs à 100 % et toute autre boisson sucrée chaude ou froide.

⁵² Médicaments contenant des opioïdes comme la codéine, l'oxycodone, l'OxyContin, l'hydromorphone, la morphine, le fentanyl, le Tylenol avec codéine, le Percocet ou le Percodan.

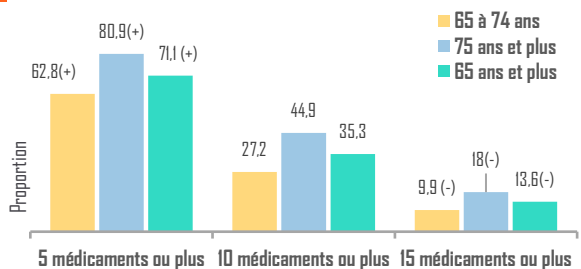
⁵³ Gouvernement du Québec (2020). Risques liés à l'usage d'opioïdes. En ligne [Risques liés à l'usage d'opioïdes | Gouvernement du Québec](#)

La consommation de médicaments prescrits contenant des opioïdes fait apparaître un gradient social de santé :

- plus le revenu est faible, plus la consommation d'opioïdes prescrits est élevée,
- plus la perception de l'état de santé globale est excellente ou très bonne, plus la consommation diminue,
- les personnes vieillissantes victimes de blessures résultant d'un événement involontaire sont deux fois plus susceptibles d'en consommer.

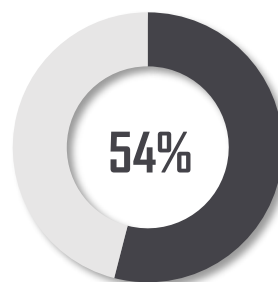
La polypharmacie⁵⁴, c'est-à-dire la prise de plusieurs médicaments, fait peser des risques importants sur la santé des personnes vieillissantes comme l'augmentation du risque d'interactions médicamenteuses et la possibilité d'utiliser un ou plusieurs médicaments potentiellement inappropriés (MPI). En plus d'être associée à une diminution d'activités et à une augmentation de la mortalité, la prise de plusieurs médicaments est un facteur prédictif des chutes, de la durée des séjours hospitaliers et de la réadmission hospitalière⁵⁵. Le vieillissement de la population fait de la polypharmacie un enjeu majeur de qualité des soins. En 2023-2024, sept personnes âgées de 65 ans et plus sur dix (71,7 %) consomment cinq médicaments et plus⁵⁶, une proportion plus élevée que celle du reste du Québec (70,1 %). Plus du tiers (35,2 %) ont réclamé le remboursement d'au moins 10 médicaments différents au cours de l'année. La consommation de plusieurs médicaments augmente avec l'âge et la prise d'un MPI est plus élevée dans la région (54 %) que dans la province (51,0 %) en 2022.

La consommation de plusieurs médicaments augmente avec l'âge (2023-2024)



(-) : Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.
(+) : Situation **plus défavorable** dans la région que dans le reste du Québec.

Plus de la moitié (54 %) des personnes de 65 ans et plus prennent au moins un médicament potentiellement inapproprié (2022)



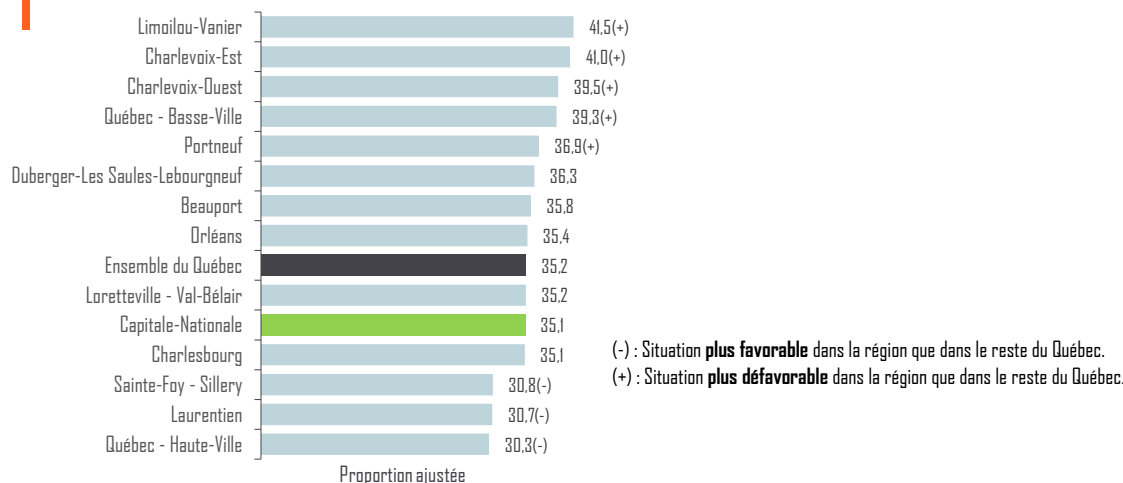
Certains territoires de CLSC comme Limoilou-Vanier, Charlevoix-Est, Charlevoix-Ouest, Québec-Basse-Ville et Portneuf se démarquent par une proportion plus élevée de personnes de 65 ans et plus consommant 10 médicaments et plus en 2023-2024.

⁵⁴ Il n'existe pas de seuil consensuel. L'usage de cinq médicaments différents sert souvent de seuil pour caractériser la polypharmacie, mais un seuil de 10 médicaments est également utilisé pour qualifier de polypharmacie excessive.

⁵⁵ Monégat, M., C. Sermet, M. Perronnin, et E. Rococo. « La polymédication : définitions, mesures et enjeux ». Question d'économie et de la santé, no 204 (2014): 1-8.

⁵⁶ La consommation en tant que telle n'est pas connue. Elle est approximée à partir du nombre de réclamations pour des médicaments différents au Régime public d'assurance médicament au cours d'une année.

La consommation de 10 médicaments et plus chez les personnes de 65 ans et plus varie selon les territoires de CLSC (2023-2024)



10. Anticiper la résilience face aux changements climatiques

Les changements climatiques modifient les conditions permettant d'assurer le bon état de santé des populations. Ils sont ainsi identifiés comme un risque par la santé publique pouvant entraîner des conséquences directes et indirectes sur la santé, particulièrement sur celle de groupes plus fragiles. Par leur sensibilité et leurs capacités à faire face aux impacts possibles, les personnes vieillissantes sont identifiées comme un des groupes vulnérables⁵⁷ aux effets du climat.

La chaleur extrême a des impacts importants sur la santé. En 2023 et en 2024, 13 vagues de chaleur extrêmes régionales sont survenues au Québec faisant respectivement 621 et 841 décès attribuables à la chaleur estivale dans l'ensemble des régions du Québec⁵⁸. Dans la région, la vague de chaleur extrême survenue au mois d'août 2024 est associée à des excès d'hospitalisations, de transports d'ambulanciers (+86 transports ambulanciers), d'admissions à l'urgence (+384 admissions à l'urgence) et de mortalité⁵⁹.

Impacts sanitaires associés à la vague de chaleur extrême de l'été 2024, Capitale-Nationale

Excès de mortalité	↗ 11 %
Augmentation des transport ambulanciers	↗ 8 %
Excès des admissions à l'urgence	↗ 5 %
Hausse des hospitalisations toutes causes	↗ 6 %

Des événements climatiques extrêmes comme celle survenue dans la région au mois d'août 2024 devraient être de plus en plus fréquents. Selon le scénario d'une absence de politique climatique (RCP8.5)⁶⁰, il est attendu dans la région d'ici la deuxième moitié du siècle que :

⁵⁷ La vulnérabilité, dans le contexte des changements climatiques, désigne donc la prédisposition des personnes âgées à être atteinte négativement par les impacts des perturbations environnementales. Ilardo, L., Hallmich, C. et Khan, S. (2022). *Pour une justice environnementale québécoise : réalités, arguments, pistes d'action*. Fondation David Suzuki, p. 24. [En ligne] : [Rapport Justice-environnementale FR.pdf](https://www.david-suzuki.org/fr/publications/rapport-justice-environnementale-fr.pdf)

⁵⁸ Les décès attribuables à la chaleur ne supposent pas que la chaleur soit la cause unique de ces décès, mais plutôt que la chaleur y aurait contribué.

⁵⁹ Jean-Bernard Gamache (dir.) (2025) « Vagues de chaleur extrême et chaleur estivale au Québec : impacts sur la santé de 2010 à 2024, collection *Surveillance et vigie*, Institut national de santé publique du Québec. En ligne : <https://www.inspq.gc.ca/publications/3662>

⁶⁰ Le scénario d'émission élevé ou « pessimiste » (RCP8.5 ou ligne rouge) présume que la concentration de GES continuera d'augmenter d'un taux semblable à celui actuel. Ce scénario démontre un réchauffement planétaire et les changements climatiques les plus graves. Ce scénario est retenu pour imaginer le futur si les sociétés humaines conservent le même modèle de développement (Données climatiques Canada).

- Le jour d'été le plus chaud typique atteindra en moyenne 34,1 °C durant la période 2051-2080, avec une fluctuation selon les années entre 32,9 °C et 37,6 °C;
- Par rapport à l'année de référence 1971-2000, les températures moyennes ont augmenté de 0,4 °C entre 1981-2010 et augmenteront de 4,8 °C pour la période 2051-2080;
- Les aléas climatiques (alternance de périodes exceptionnellement chaudes ou sèches et de périodes humides) se répètent et l'augmentation potentielle du risque de feux de forêt consécutive à une combinaison sécheresse-canicule s'intensifie.

Tableau 1 : Évolution du climat lié aux changements climatiques selon le scénario d'émissions élevées (RCP8.5) d'ici la période 2051-2080

		1981-2010	2051-2080	
Tendances des aléas climatiques		Tendances passées	Tendances futures	Variation (Min – Max)
Températures moyennes	Augmentation de la température moyenne par rapport à 1971-2000	+0,4°C	+4,8 °C	(4,2°C – 6,6°C)
	Jour d'été le plus chaud typique	30,3 °C	34,1 °C	(32,9°C – 37,6°C)
Chaleur extrême	Nombre de jours avec T ≥ 30 °C par an	2 jrs	15 jrs	(7 – 36)
	Nombre de nuits avec T ≥ 18 °C par an	2 nuits	15 nuits	(10 – 31)
Froid intense	Jour d'hiver le plus froid	-34,9°C	-26,4°C	(-28,2°C – -21,1°C)
	Nombre de jour avec T ≤ -15 °C par an	71 jrs	35 jrs	(14 – 41)
Précipitations	Précipitations maximales durant 1 jour (en mm)	40 mm	47 mm	(44 – 51)
	Nombre de jours avec des précipitations ≥ 20 mm	9 jrs	13 jrs	(11 – 14)
	Précipitations maximales sur 5 jours consécutifs (en mm)	74 mm	86 mm	(81 – 95)
Jours secs	Nombre maximal de jours secs consécutifs	11 jrs	11 jrs	(10 – 12)
	Saison sans gel (en jours)	109 jrs	153 jrs	(137 – 175)
Gel	Premier gel d'automne	14 sept.	09-oct	30 sept – 23 oct.)
	Dernier gel de printemps	27-mai	07-mai	24 avril – 14 mai

La surexposition des personnes vieillissantes aux températures élevées – vivre dans des îlots de chaleur urbains⁶¹ (ICU) – augmente le risque de décès pendant les vagues de chaleur⁶². Or, les îlots de chaleur sont significativement influencés par le couvert arborescent (ou canopée)⁶³. En 2021, 46 % (56 809 personnes) des 65 ans et plus de la ville de Québec vivaient dans des zones de couvert moins arboré, ce qui peut les exposer à des risques sanitaires plus importants. Comparée aux villes canadiennes⁶⁴ de taille similaire en matière de répartition équitable de couvert arborescent pour les personnes vieillissantes, Québec se classe au 7^e rang sur 12.

Dans la ville de Québec, une personne vieillissante sur deux (50%), soit un nombre estimé à 61 898 individus, vit dans des zones de température moyenne estivale défavorable, classant Québec parmi les villes moins équitables. Sur les 12 villes Canadienne de taille similaire en termes de distribution de température moyenne estivale, la ville de Québec se classe 11^e.

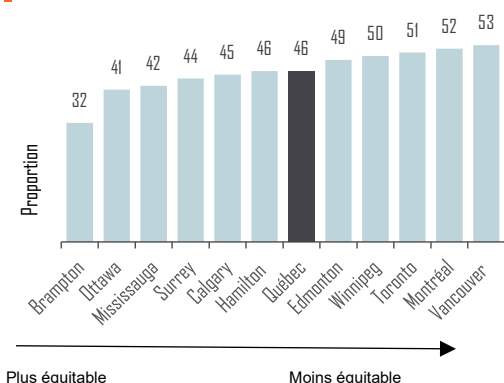
⁶¹ L'ICU désigne un microclimat généré par la concentration d'activités humaines, l'imperméabilisation et l'artificialisation des sols qui se traduisent par une élévation de la température en zone urbaine par rapport aux zones rurales voisines.

⁶² ORS Île-de-France. La santé des Franciliens : diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027. Paris : ORS Île-de-France ;2023.

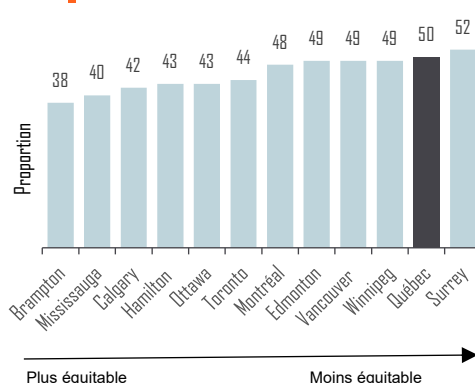
⁶³ La présence d'arbres sur un territoire génère simultanément de nombreux bénéfices sur le plan social, environnemental et économique. La superficie occupée par la canopée est un indice de la couverture d'un territoire par les arbres.

⁶⁴ Surrey, Hamilton, Brampton, Vancouver, Mississauga, Winnipeg, Edmonton, Ottawa, Calgary, Montréal et Toronto.

La ville de Québec se classe au 7^e rang (sur 12) des villes canadiennes où la proportion de personnes âgées vivant dans des zones de couvert arborescent moins avantageux (2021)

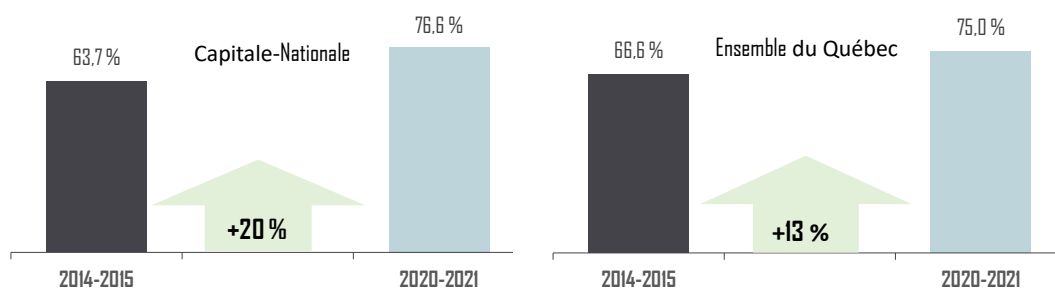


Québec se classe 11^e (sur 12) des villes canadiennes où la proportion de personnes âgées vivant dans des zones de températures moyennes estivales défavorables est la plus importante (2021)



Les changements climatiques ont des effets indirects sur la santé à travers la modification de l'environnement et des écosystèmes (accroissement des effets de la pollution, exposition aux pollens allergisants, risque hydrique, etc.). Ils sont susceptibles d'aggraver les expositions aux pollens. En effet, la hausse des températures conduit à une modification des dates de floraisons et de pollinisations, avec un allongement de la saison pollinique. Cela se traduit dans la région, tout comme dans l'ensemble du Québec, par une augmentation de la proportion de personnes vieillissantes ayant des symptômes de rhinite allergique en automne.

La présence de symptômes de rhinite allergique en automne est en augmentation (2021)



Les changements climatiques viennent exacerber les inégalités environnementales entre population ou groupes sociaux, particulièrement celles concernant l'exposition aux nuisances ou aux bruits environnementaux. En 2020-2021⁶⁵, dans la Capitale-Nationale :

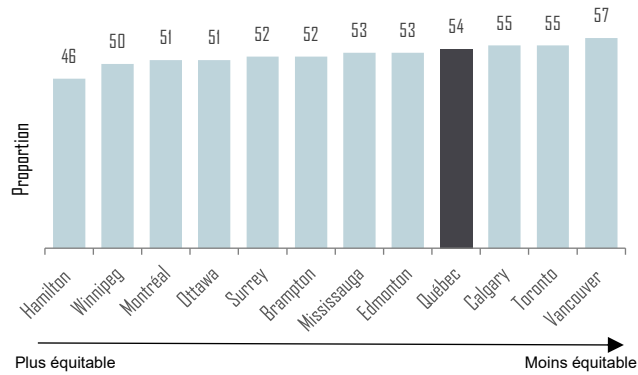
- Environ 23 000 personnes vieillissantes, soit 14 % sont fortement dérangées à leur domicile par au moins une source de bruits⁶⁶, principalement du transport, du voisinage et des travaux ou chantiers de construction;
- 8 000 personnes de 65 ans et plus, soit 5 %, ont eu le sommeil fortement perturbé à leur domicile par au moins une source de bruits.

⁶⁵ Enquête québécoise sur la santé de la population, EQSP, 2020-2021.

⁶⁶ Bruits des transports, bruits des travaux ou des chantiers de construction, bruits du voisinage, bruits de certains commerces et lieux de diffusion musicale, bruits liés à la circulation de véhicules hors route, bruits d'activités industrielles ou agricoles.

À Québec, plus de la moitié (54 %) des personnes vieillissantes, soit 67 019 individus, vit dans des zones moins avantageuses en matière de pollution sonore⁶⁷. La ville de Québec se classe 9^e parmi les 12 villes canadiennes de taille similaire par rapport à la distribution de bruits pour les personnes vieillissantes.

Québec se classe 9^e (sur 12) des villes canadiennes où la proportion de *personnes âgées vivant dans des zones de bruits défavorables* est la plus élevée (2021)



⁶⁷ La pollution sonore est calculée à partir du nombre de sources de bruits tels que les aéroports, les pistes d'atterrissage, les héliports, les voies ferrées, les casernes de pompiers et d'ambulances et les routes principales dans un rayon d'un kilomètre.

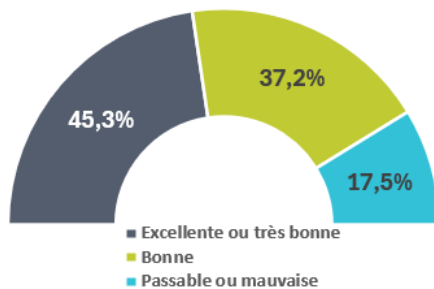
Chapitre 3 : Vieillir en bonne santé physique et mentale

Avec l'avancée en âge, l'état de santé peut se dégrader, les maladies chroniques deviennent plus fréquentes et peuvent occasionner des difficultés à réaliser des activités du quotidien (faire ses commissions, préparer ses repas, travaux ménagers, etc.). Plusieurs de ces affections chroniques ont un impact majeur sur la qualité de vie.

1. Une moins bonne santé perçue qui suit un gradient social

La perception de l'état de santé reflète l'appréciation globale que font les personnes vieillissantes de leur propre état de santé en intégrant leurs connaissances et leur expérience de la santé ou de la maladie. Elle est considérée comme une mesure subjective de l'état de santé et un prédicteur du besoin de soins, de consommation de médicaments, d'utilisation des services de santé, d'incapacités fonctionnelles et de limitation des activités⁶⁸. En 2020-2021, près de la moitié des personnes de 65 ans et plus de la région ont déclaré être en excellente ou très bonne santé. Seules 2 sur 10 (17,5 %) la perçoivent passable ou mauvaise, soit 29 200 personnes⁶⁹.

Davantage de personnes de 65 ans et plus s'estiment en excellente ou très bonne santé



En 2020-2021, 75 600 personnes vieillissantes de la Capitale-Nationale s'estimaient en excellente ou très bonne santé.

La perception de l'état de santé des personnes vieillissantes de la région suit un gradient social:

- ❖ plus le niveau d'éducation augmente, plus la proportion de personnes vieillissantes s'estimant en excellente ou très bonne santé augmente : les personnes de 65 ans et plus ayant un diplôme universitaire sont plus susceptibles de se déclarer en excellente ou très bonne santé que celles sans diplôme d'études secondaires (56,6% c. 34,4 %);
- ❖ plus la personne vieillissante vit dans un milieu favorisé matériellement et socialement, plus elle perçoit sa santé comme excellente ou très bonne : 55,8 % chez les personnes de milieux favorisés et 36,9 % chez celles de milieux défavorisés;
- ❖ les personnes vieillissantes et actives (56,2 %) ou moyennement actives (58,1 %) sont plus susceptibles de se déclarer en excellente ou très bonne santé que celles inactives (28,9 %).

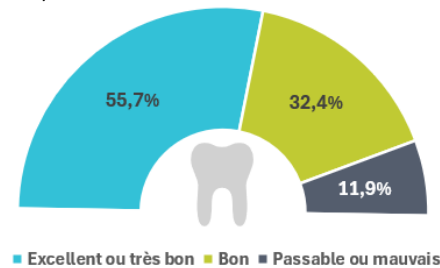
⁶⁸ Madeleine LEVASSEUR, « Perception de l'état de santé ». Dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12, 2000, p.259.

⁶⁹ Ces données sont issues de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP 2020-2021). Cette enquête s'est déroulée dans un contexte exceptionnel de crise sanitaire où certaines habitudes de vie et certains comportements ont pu être bouleversés. Cela doit être pris en considération dans l'interprétation des résultats.

2. Santé buccodentaire, des inégalités malgré certaines améliorations

La santé buccodentaire des personnes vieillissantes est associée à leur état de santé globale. En 2020-2021, dans la région, 56,0 % des personnes de 65 ans et plus perçoivent leur santé buccodentaire comme excellente ou très bonne. Cette proportion est supérieure à celle du reste du Québec (49,5 %), tant chez les hommes (52,4 % c. 46,6 %) que chez les femmes (58,5 % c. 52,0 %).

Des personnes de 65 ans et plus qui perçoivent, en majorité, l'état de leur santé buccodentaire comme excellent ou très bon (2020-2021)

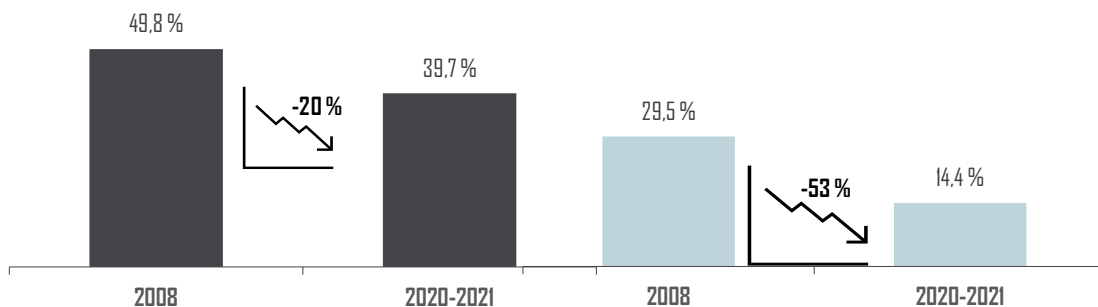


Existantes tout au long de la vie, les inégalités sociales de santé sont également présentes en santé buccodentaire des personnes vieillissantes de la région. La proportion des personnes de 65 ans et plus n'ayant aucune dent naturelle a baissé de manière significative entre 2008 et 2020-2021 aussi bien chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans des milieux favorisés que défavorisés, mais la diminution est beaucoup plus importante chez celles des milieux favorisés.

Édentation : les écarts entre les personnes vieillissantes de milieux favorisés et défavorisés persistent

La proportion de personnes n'ayant aucune dent naturelle a baissé de 20 % chez les personnes âgées de milieu défavorisé

La proportion de personnes n'ayant aucune dent naturelle a baissé de 53 % chez les personnes âgées de milieu favorisé



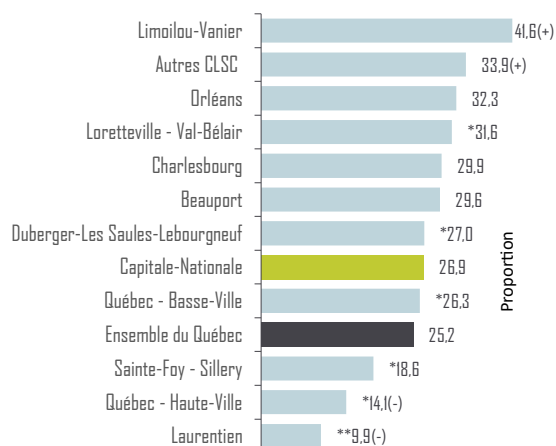
Ces améliorations observées cachent de grandes iniquités entre territoires de CLSC, avec une proportion qui est trois fois supérieure dans Limoilou-Vanier (41,6 %) qu'à Québec-Haute-Ville (14,1 %).

Il est recommandé aux personnes vieillissantes de subir un examen buccodentaire régulièrement pour prévenir, diagnostiquer et proposer un plan de traitement au besoin. En 2020-2021, 82 100 personnes de 65 ans et plus ont rapporté avoir visité un dentiste ou professionnel des soins dentaires dans la dernière année, soit 49 %.

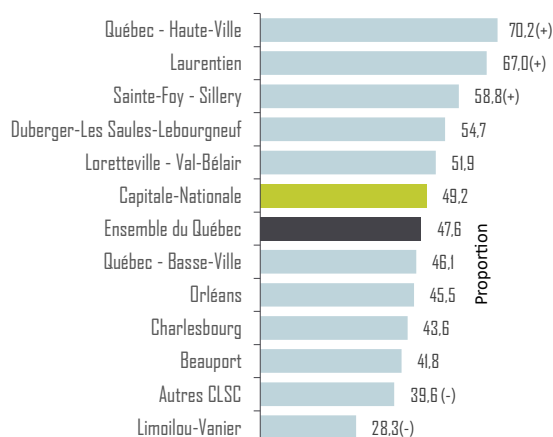
L'analyse comparative entre l'édentation et le recours à un dentiste ou autre professionnel de soins dentaires entre territoires de CLSC montre, au regard des besoins, des inégalités d'accès à certains services buccodentaires. En 2020-2021, dans la région, c'est dans les territoires CLSC ruraux (qui regroupent les territoires de CLSC de Portneuf, de Charlevoix-Ouest et de Charlevoix-

Est) où les besoins de services sont les plus importants qu'on observe les parts les plus faibles de personnes de 65 ans et plus ayant visité un dentiste ou autre professionnel de soins dentaires.

Édentation : de fortes disparités territoriales parmi la population de 65 ans et plus



Visite chez le dentiste ou un autre professionnel des soins dentaires : des écarts parmi les personnes de 65 ans et plus qui reflètent des inégalités



(-) : Situation **plus favorable** dans le territoire de CLSC ou région que dans le reste du Québec.

(+) Situation **plus défavorable** dans le territoire CLSC ou région que dans le reste du Québec.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur à 25 %. À interpréter avec prudence.

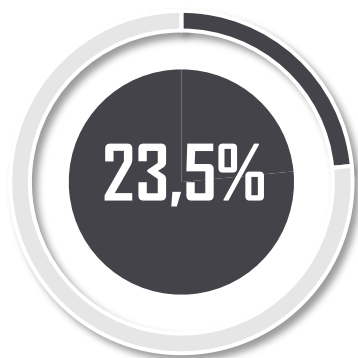
** : Coefficient de variation supérieur à 25 %. Valeur présentée à titre indicatif.



En 2020-2021, la proportion de personnes âgées n'ayant aucune dent naturelle est **3 fois plus élevée** à Limoulu-Vanier qu'à Québec-haute-Ville. Cependant, la part de personnes vieillissantes ayant **visité un dentiste** ou autre **professionnel de soins dentaires** est **2 fois plus élevée** à Québec-Haute-Ville qu'à Limoulu-Vanier.

3. Prendre en compte l'impact des incapacités sur la qualité de vie

Près du quart de la population vieillissante est touché par des problèmes de santé fonctionnelle* (2019-2020)



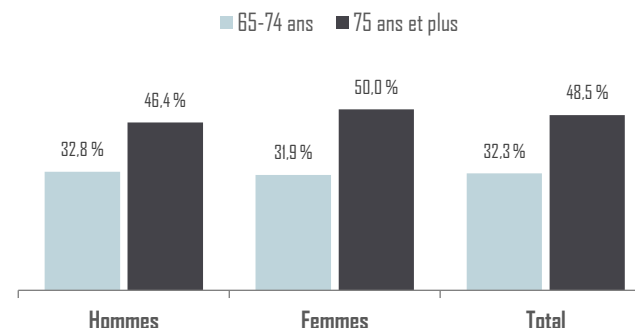
Dans la Capitale-Nationale, 39 900 personnes de 65 ans et plus, vivant en ménage privé, ont déclaré éprouver plus de difficulté à réaliser les tâches et activités quotidiennes si aucune aide ne leur est fournie.

1 personne vieillissante sur 7 a besoin d'aide pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne (2017-2018)



Dans la région, 21 200 personnes de 65 ans et plus, dont plus des deux tiers sont des femmes, ont déclaré avoir besoin d'aide pour des raisons de santé physique ou mentale pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne.

Les incapacités chez les personnes vieillissantes augmentent avec l'âge aussi bien chez les hommes que chez les femmes** (2021)



Si la **proportion** de personnes de **65 ans et plus** dans les ménages privés ayant une incapacité demeure semblable à celle observée en **2021**, on estime à près de **77 500** leur nombre en **2051** dans la région.

Les proportions des personnes de 65 ans et plus qui ont déclaré éprouver des limitations varient entre 34,6 % et 46 % selon les territoires de CLSC. Ce sont dans certains territoires des quartiers centraux comme Québec-Basse-Ville (46,4 %) et Limoilou-Vanier (46,0 %) qu'on observe les proportions les plus élevées de personnes vieillissantes qui ont déclaré éprouver des limitations.

*L'ESCC a utilisé la version courte du questionnaire qui mesure la vision, l'ouïe, la mobilité, les facultés cognitives, la capacité de prendre soin de soi et les capacités de communiquer. La version courte cible les incapacités les plus fréquentes ayant un impact sur le plus grand nombre d'individus.

**Une personne a une incapacité si elle a de la difficulté avec les activités de la vie quotidienne (difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables) ou si la quantité ou le genre de ses activités sont réduits en raison d'un état physique ou mental ou d'un problème de santé. Ces états physiques ou mentaux et les problèmes de santé ont duré ou sont susceptibles de durer six mois ou plus.

4. Moins d'hospitalisations, mais plus de décès liés aux chutes

La chute est un marqueur de fragilité et un facteur prédictif de dépendance et d'admission en établissement, et éventuellement de décès⁷⁰. Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes sont un problème de santé publique dont les répercussions⁷¹ sont importantes et devraient augmenter du fait du vieillissement de la population.

Environ 28 à 35% des personnes âgées de 65 ans et plus chutent chaque année, et cette proportion s'élève à 32-42% chez les 70 ans et plus⁷². Dans la Capitale-Nationale, parmi les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile⁷³, 4,6% ont fait une chute causant une blessure suffisamment grave pour limiter ses activités quotidiennes au cours des 12 derniers mois. Cela représente une augmentation par rapport à 2014-2015 (4,1 %). La majorité des chutes a lieu à domicile (62,5 %).



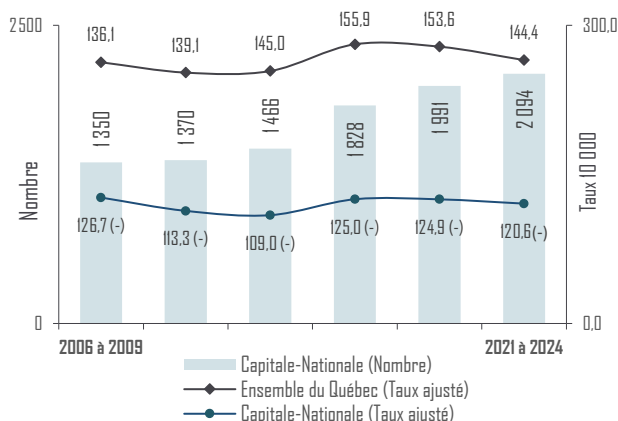
En 2025, on estime¹ qu'environ 8 700 personnes vieillissantes à la Capitale-Nationale ont été victimes de blessures non intentionnelles causées par une chute.

¹Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques du Québec et de ses régions, juillet 2025.

En moyenne chaque année pour la période 2021 à 2024, 2 094 épisodes d'hospitalisations sont imputables aux chutes et chutes présumées chez les personnes vieillissantes. Les hospitalisations pour chutes chez les personnes âgées représentent 8,3 % de l'ensemble des épisodes d'hospitalisations en soins physiques de courte durée. Parmi les personnes vieillissantes de la région, les hospitalisations pour chutes touchent davantage les femmes que les hommes. Le risque de chute augmente avec l'âge et est 8 fois plus élevé chez personnes de 85 ans et plus que chez les 65-74 ans. Depuis la période 2006 à 2009, le risque d'hospitalisation pour chute chez les personnes âgées a toujours été moins élevé dans la région que dans l'ensemble du Québec.

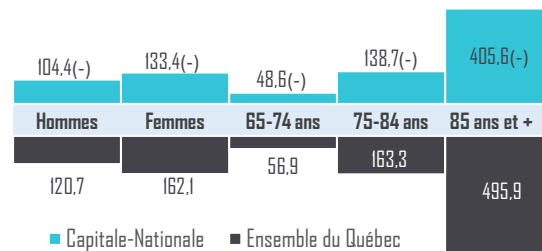
Des taux d'hospitalisation pour chutes moins élevés que dans la province, mais un nombre d'hospitalisations en hausse (2006-2009 à 2021-2024)

Taux ajusté pour 10 000 personnes



Des femmes et des personnes de 85 ans et plus qui sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour chutes (avril 2021 à mars 2024)

Taux ajusté pour 10 000 personnes



(-) : Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.

⁷⁰ Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports 2015;25 Suppl 3:1-72. <http://dx.doi.org/10.1111/sms.12581>

⁷¹ Parmi les répercussions les plus courantes, nous avons : le traumatisme crânien, la fracture du col du fémur, syndrome post-chute, perte d'autonomie, isolement social.

⁷² WHO (2007). "Global report on falls prevention in older age". Genève: World Health Organization,

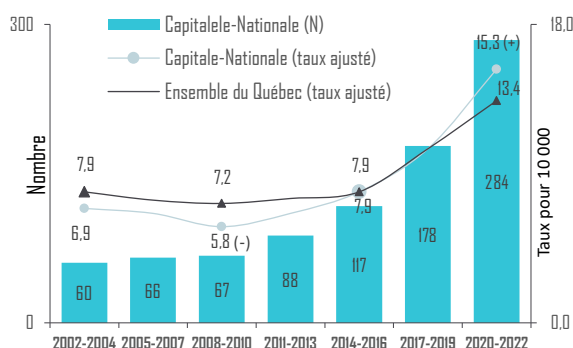
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/438111/9789241563536_eng.pdf?sequence=1

⁷³ Personnes vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel, ce qui inclut les résidences privées pour aînés (RPA) ainsi que les ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF).

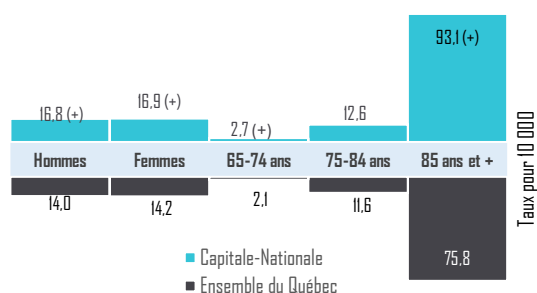
Les chutes⁷⁴ ont représenté 86,5 % des décès par traumatisme non intentionnel (TNI), soit la première cause de décès par TNI pour la période 2020-2022. Chaque année, en moyenne 284 décès chez les personnes de 65 ans et plus sont imputables aux chutes (soit 4,7 % des décès chez les personnes âgées). Le taux de mortalité lié aux chutes augmente avec l'âge : 67,2 % des décès par chute surviennent chez les 85 ans et plus.

Pour la période 2020-2022, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, le risque de décéder par chute est plus élevée dans la région que dans le reste du Québec. En six ans, le nombre annuel moyen de décès par chute a été multiplié par 2,4 (par 2 pour le reste du Québec). Une partie de cette hausse pourrait résulter de l'effet conjugué de l'augmentation de la part des 85 ans et plus (le groupe le plus à risque de chuter) parmi les personnes vieillissantes et une proportion croissante de décès par chute qui fait l'objet d'une investigation par un coroner⁷⁵, procurant du même coup une information plus précise sur le lieu de la chute.

Un risque de décès par chute plus élevé dans la région que dans la province et un nombre en hausse
(2002-2004 à 2020-2022)
Taux ajusté pour 10 000



Le risque de décès par chute augmente avec l'âge, particulièrement chez les 85 ans et plus
(2020-2022) Taux ajusté pour 10 000



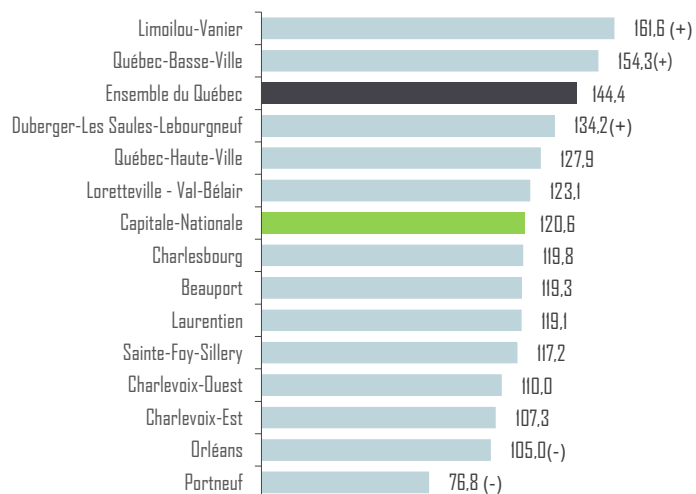
(-) : Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.
(+) Situation **plus défavorable** dans la région que dans le reste du Québec.

Les hospitalisations et les décès liés aux chutes chez les personnes vieillissantes affectent inégalement les territoires de CLSC de la région. Le territoire de CLSC de Québec-Basse-Ville se distingue particulièrement du reste de la région avec des taux d'hospitalisation et de mortalité liés aux chutes plus élevés.

⁷⁴ Chutes (66,7 %) et chutes présumées (19,2 %).

⁷⁵ Pour la période 2017-2021, en moyenne chaque année, 1 008 décès par chutes ont fait l'objet d'une intervention du coroner au Québec. Entre 2017-2021 et 2022, les décès par traumatismes non intentionnels causés par une chute ont augmenté de 52,8 %. De plus, le délai moyen entre le moment où le coroner est avisé du décès et celui où son rapport est rendu public est de 9 mois en 2023-2024. Bureau du coroner (2024). « Rapport annuel de gestion du Bureau du coroner | 2023-2024 ».

Deux fois plus d'hospitalisations pour chutes dans les territoires de CLSC de Québec-Basse-Ville et Limoilou-Vanier qu'à Portneuf (avril 2021 à mars 2024)
(Taux ajusté pour 10 000 personnes).

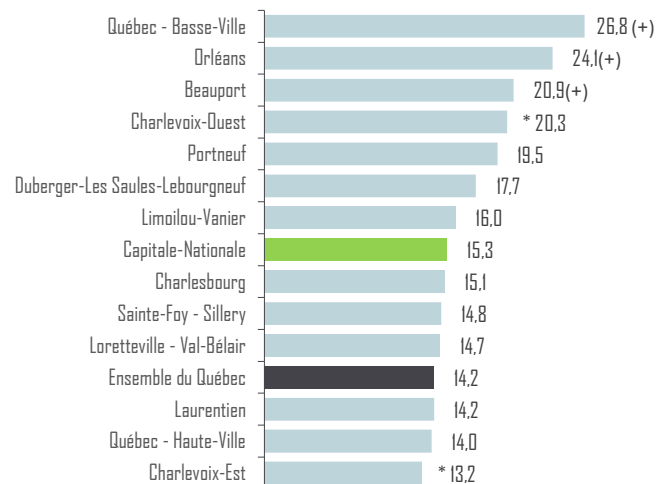


* : Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur à 33,33 %; à interpréter avec prudence.
(-) : Situation **plus favorable** dans le territoire de CLSC que dans le reste de la région.
(+) : Situation **plus défavorable** dans le territoire de CLSC que dans le reste de la région.



Les personnes âgées des territoires de CLSC de **Limoilou-Vanier, Québec-Basse-Ville** et **Duburger-Les-Saules-Lebourgneuf** sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour chutes que celles du **reste de la région**.

Trois territoires de CLSC (sur 13) se démarquent défavorablement du reste de la région avec des taux de mortalité plus élevés (2020-2022)
(Taux ajusté pour 10 000 personnes).

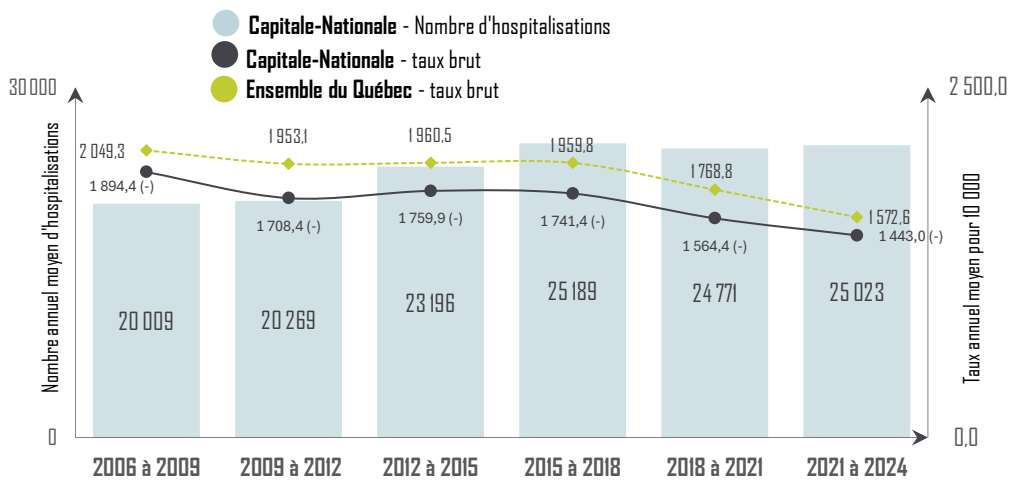


Parmi les personnes de **65 ans et plus**, le risque de décès **par chute** est **deux fois plus élevé** dans le territoire de CLSC de **Québec-Basse-Ville** qu'à **Québec-Haute-Ville** et **Charlevoix-Est**.

5. Des séjours hospitaliers moins fréquents, des motifs qui évoluent

En moyenne, chaque année pour la période financière d'avril 2021 à mars 2024, on a dénombré 25 023 épisodes d'hospitalisation en soins physiques de courte durée de personnes âgées de la région. La population vieillissante de la région, tout comme pour l'ensemble du Québec, représente en moyenne, chaque année, 45 % des séjours d'hospitalisations en soins physiques de courte durée. Depuis la période financière 2006-2009, la région a toujours présenté des taux d'hospitalisation inférieurs à ceux du reste du Québec.

Des hospitalisations en soins physiques de courte durée des personnes de 65 ans et plus moins élevées, mais en hausse



(-) : Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.

Parmi les personnes vieillissantes de la région, les taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée sont plus élevés chez les hommes (1 607 hospitalisations pour 10 000 personnes) que les femmes (1 307 hospitalisations pour 10 000 personnes). De plus, les taux d'hospitalisations augmentent avec l'âge : on observe deux fois plus d'hospitalisations en soins physiques de courte durée chez les personnes de 85 ans et plus que chez les 64-74 ans.

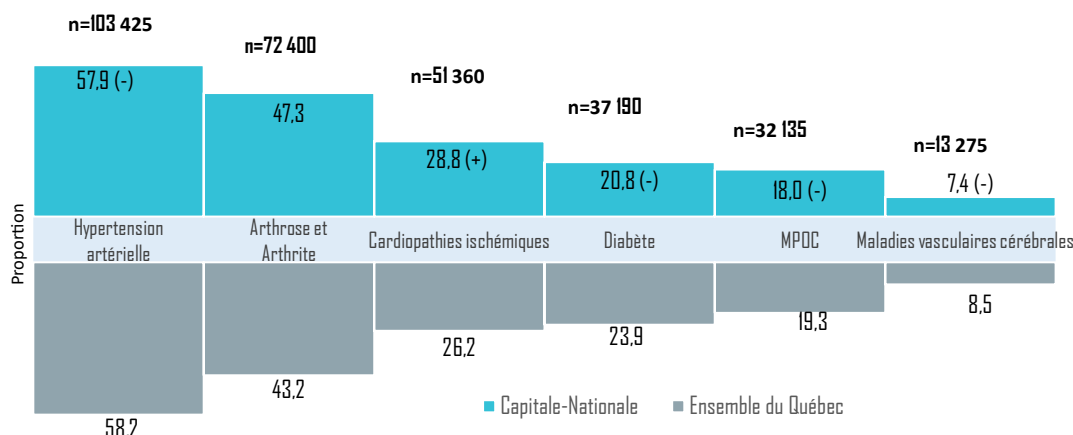
La distribution des causes d'hospitalisation en soins physiques de courte durée varie en fonction de l'âge et souvent du genre chez les personnes vieillissantes. Les motifs d'hospitalisations les plus fréquents des patients vieillissants en court séjour sont les maladies de l'appareil circulatoire (26,7 %), les maladies de l'appareil respiratoire (12 %), les tumeurs (10,3 %), les maladies de l'appareil digestif (10,2 %), et les lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (9,7 %).

6. Une augmentation du fardeau des maladies chroniques

Les maladies chroniques peuvent exercer une influence majeure sur la qualité et/ou la durée de vie des personnes de 65 ans et plus et contribuent à certaines limitations d'activités de la vie quotidienne. Les affections chroniques les plus fréquentes chez les personnes vieillissantes de la région sont l'hypertension artérielle, l'arthrite et l'arthrose, les maladies cardiaques et les maladies pulmonaires. La région présente des taux de ces affections qui la placent dans une situation plus favorable que l'ensemble du Québec sauf pour les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque et les troubles mentaux. Pour ces derniers, la région présente une situation plus défavorable que dans l'ensemble du Québec aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Les maladies chroniques ont une répercussion importante sur l'activité hospitalière. En 2021-2024, sur les 25 023 épisodes d'hospitalisations de personnes âgées en soins physiques de courtes durée enregistrés en moyenne chaque année, plus des deux tiers (66,0 %) représentent des hospitalisations pour une maladie chronique. L'apparition de ces multiples maladies chroniques peut être, pour une majorité, évitée ou retardée par l'adoption de saines habitudes de vie.

L'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus fréquente chez les personnes de 65 ans et plus

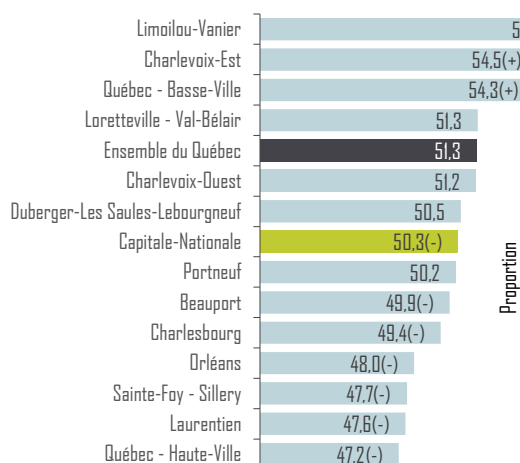


(-) : Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.
 (+) Situation **plus défavorable** dans la région que dans le reste du Québec.

Les affections chroniques peuvent exercer une influence sur la qualité de vie générale des personnes de 65 ans et plus surtout si elles cumulent deux maladies chroniques ou plus (multimorbidité 2+⁷⁶) ou trois maladies chroniques ou plus (multimorbidité complexe ou multimorbidité 3+). Le nombre de maladies chroniques est un important prédicteur de l'utilisation des soins de santé et des coûts qui lui sont associés. Dans la région, en 2023-2024, plus d'une personne sur deux (56,6 %), âgée de 65 ans et plus, vit avec deux maladies chroniques ou plus; chez les 85 ans et plus, les deux tiers (65,8 %) vivent avec 3 maladies chroniques ou plus. Si la proportion de personnes vieillissantes atteintes demeure semblable à celle observée en 2023-2024, on estime à 112 500 le nombre de personnes de 65 ans et plus qui pourraient souffrir de multimorbidité en 2051. La multimorbidité touche plus souvent les hommes que les femmes et augmente avec l'âge. Au cours de la dernière décennie, tant chez les hommes que chez les femmes, la prévalence de la multimorbidité a diminué.

⁷⁶ La multimorbidité est définie comme la présence d'au moins deux (multimorbidité) ou trois (multimorbidité complexe) affections chroniques parmi les 31 ciblées suivantes: abus d'alcool, abus de drogue, anémie, arthrite rhumatoïde/collagénose avec manifestation vasculaire, arythmie cardiaque, cancer métastatique, coagulopathie, démence et alzheimer, dépression, diabète avec complication, diabète sans complication, hypertension, hypothyroïdie, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, maladies cérébro-vasculaires, maladies de la circulation pulmonaire, maladies hépatiques, maladies pulmonaires chroniques, maladies rénales, obésité, paralysie, perte de poids, psychose, SIDA/VIH, troubles hydroélectrolytiques, troubles neurologiques, troubles vasculaires périphériques, tumeurs sans métastase, ulcères gastriques, valvulopathie.

Multimorbidité : des écarts de prévalence selon les territoires parmi la population de 65 ans et plus



Les écarts de prévalence varient selon les territoires. Limoilou-Vanier, Québec-Basse-Ville et Charlevoix-Est présentent des prévalences plus élevées que la moyenne provinciale de personnes vieillissantes atteintes de multimorbidité.

(-) : Situation **plus favorable** dans le territoire ou la région que dans le reste du Québec.

(+) Situation **plus défavorable** dans le territoire ou la région que dans le reste du Québec.

7. Hausse des nouveaux cas de cancers, des écarts entre territoires

Le cancer est aujourd'hui la première cause de décès chez les personnes vieillissantes de la région, tant chez les hommes que chez les femmes; ce qui montre son impact considérable sur la santé. Pour la période 2021-2023, en moyenne chaque année, 4 079 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués au sein de la population de 65 ans et plus de la région : 2 173 chez les hommes et 1 906 chez les femmes.

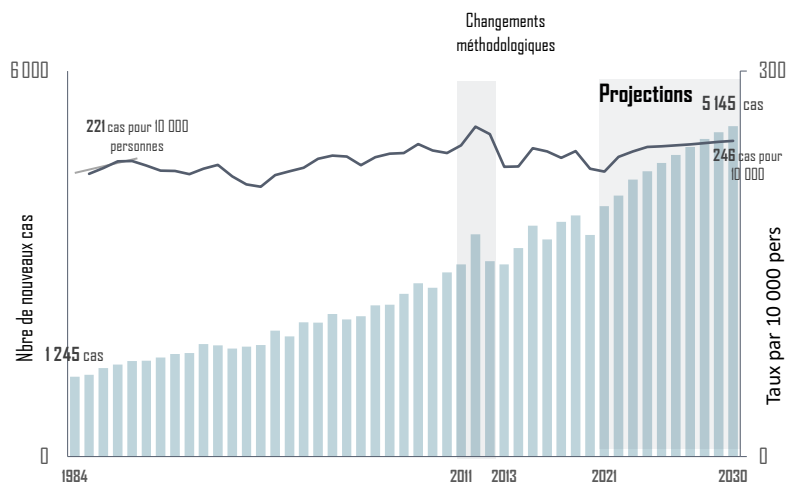
Le risque de diagnostic du cancer augmente avec l'âge. À l'horizon 2030, sur les 7 069 nouveaux cas de cancer qui seront diagnostiqués au sein de la population totale de la Capitale-Nationale, près des trois quarts (73 %) le seront chez les personnes vieillissantes. Au cours des trois dernières décennies, l'incidence (nombre de nouveaux cas et taux d'incidence) du cancer a augmenté dans la région, en raison notamment de la hausse du cancer du poumon chez les femmes. Les types de cancers les plus fréquents chez les personnes vieillissantes pour la période 2018-2022 sont : le cancer du poumon, de la prostate, du sein, du colon et du rectum.

La mortalité par cancer chez les personnes de 65 ans et plus est en baisse dans la région. En 2021, le cancer a été responsable de 29 % de tous les décès survenus parmi les personnes vieillissantes de la région, un nombre estimé à 1 637 décès. La mortalité par cancer a diminué régulièrement de 0,2 % par an entre 1981 et 2021. Une baisse qui témoigne d'une progression de la survie à la plupart des cancers, donc une amélioration de la prise en charge et des traitements.

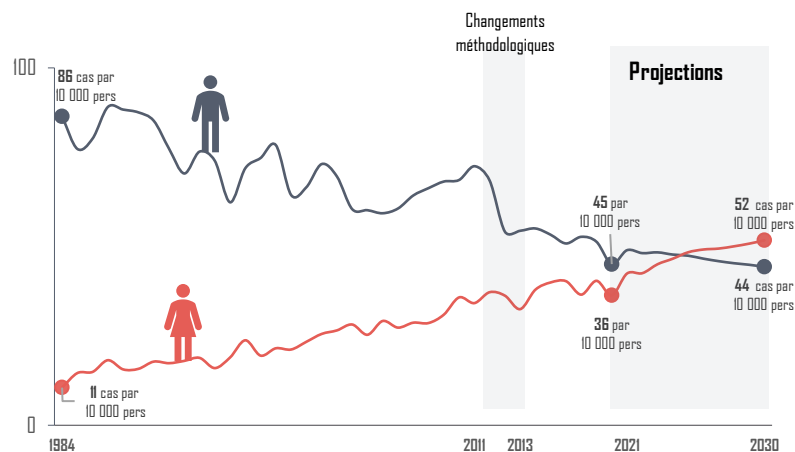


Une des **mortalités régionales par cancers** parmi les **plus faibles** de la province, derrière les Terres-cries-de-la-Baie-James, l'Estrie et Chaudière-Appalaches en 2020-2022.

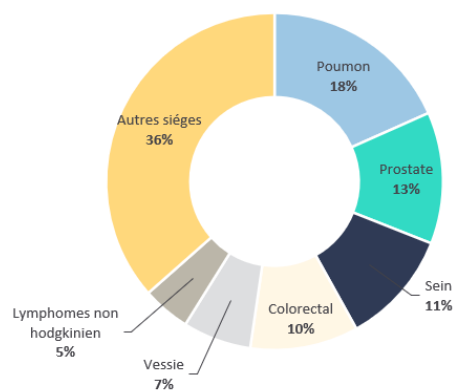
Hausse du nombre de nouveaux cas et du taux d'incidence du cancer chez les personnes âgées



Une augmentation du cancer du poumon chez les femmes alors que la tendance est à une diminution chez les hommes



Les cancers les plus fréquents touchent le poumon, la prostate, le sein, le colon et le rectum (Période 2018-2022)

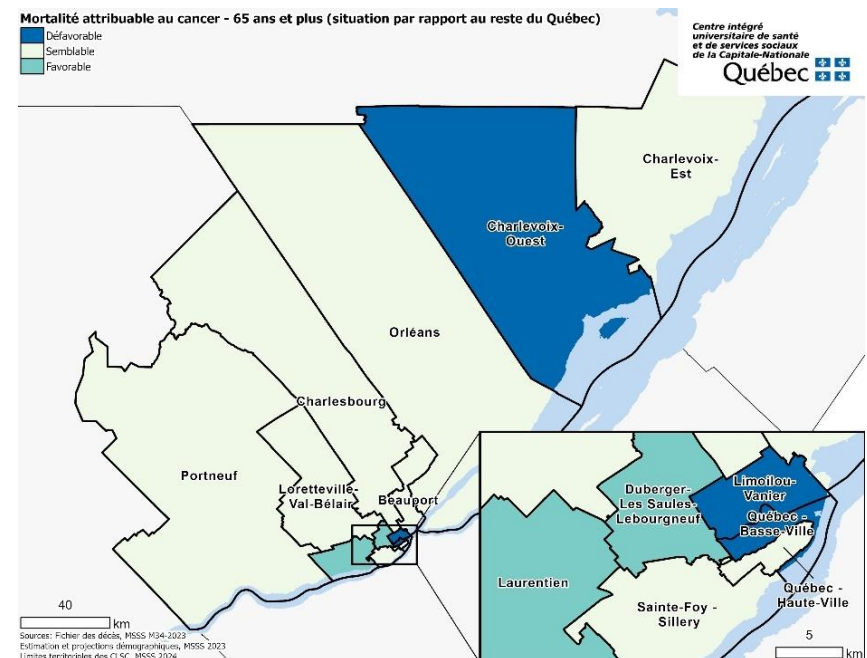
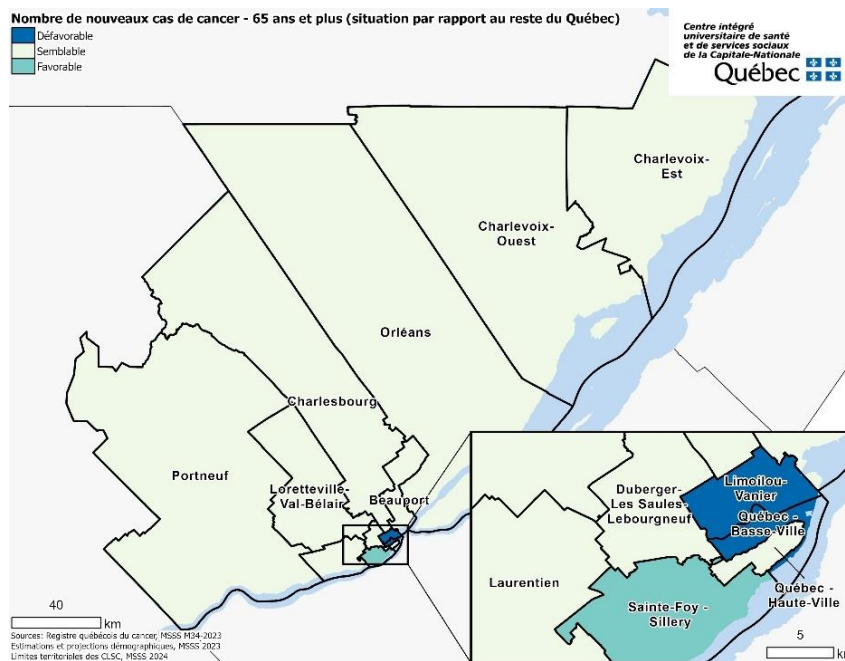


Près des trois quarts (73 %) des nouveaux cas de cancer surviendront chez les personnes de 65 ans et plus en 2030 (Projection pour 2030)



De fortes différences de mortalité et d'incidence entre territoires

En milieu urbain, des territoires comme Limoilou-Vanier et Québec-Basse-Ville se distinguent par une incidence et une mortalité plus importante, comparés au reste du Québec, pour l'ensemble des cancers. En milieu rural, Charlevoix-Ouest se distingue du reste du Québec par un taux de mortalité plus élevée. Certains territoires périurbains se distinguent plus favorablement par des taux d'incidence (Sainte-Foy-Sillery) ou de mortalité (Laurentien, Duberger-Les-Saules-Lebourgneuf) moins élevés que dans le reste du Québec. Ces disparités ne résultent pas d'un facteur unique, mais peuvent renvoyer à l'influence de multiples facteurs : conditions de vie, de travail et de logement, mais aussi à des comportements.

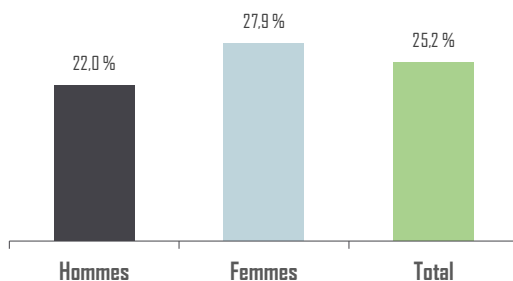


8. Prioriser les besoins des personnes en détresse et atteintes de troubles mentaux

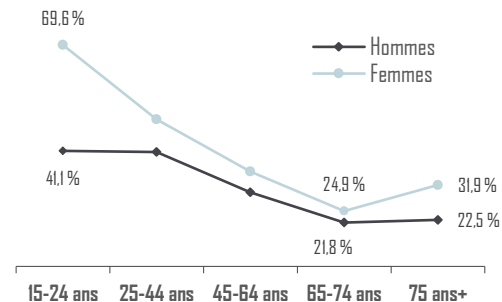
Une bonne santé mentale a un impact positif sur le vieillissement. La santé mentale des personnes vieillissantes est influencée par les conditions de vie, les événements marquants de la vie comme le deuil, la retraite, l'entrée en institution, etc., et des facteurs d'ordre individuels, sociaux ou structurels⁷⁷.

Environ 42 000 personnes (25,2 %) de 65 ans et plus présentent un niveau élevé de détresse psychologique⁷⁸. Parmi elles, les femmes sont plus nombreuses en proportion à vivre de détresse psychologique que les hommes. La résilience et l'expérience de vie font que le niveau de détresse psychologique baisse avec l'âge⁷⁹. Toutefois, à partir de 75 ans et plus, on observe une tendance à la hausse, particulièrement chez les femmes.

La proportion de femmes de 65 ans et plus se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique est plus élevée (2020-2021)



La proportion de personnes de 65 ans et plus se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique varie selon l'âge et le genre (2020-2021)



Selon l'Organisation mondiale de la Santé⁸⁰, cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle relèvent des troubles mentaux⁸¹. Ils représentent l'un des principaux fardeaux en matière d'années de vie perdues en bonne santé. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, d'incapacités, mais aussi de la qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes, etc. La plupart des personnes qui souffrent d'un trouble de santé mentale ne décèdent pas par suicide, cependant, on estime qu'environ 90 pour cent des personnes qui se suicident ont un trouble mental⁸².



La Capitale-Nationale se classe au 1^{er} rang des régions sociosanitaires du Québec où la prévalence de **troubles mentaux** chez les personnes de **65 ans et plus** est la **plus élevée** en 2022-2023, derrière le Saguenay-Lac-Saint-Jean.

⁷⁷ OMS. 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

⁷⁸ Ayant un score de détresse psychologique de sept ou plus selon l'échelle de Kessler et coll. 2002.

⁷⁹ Martin Turcotte et Grant Schellenberg (2006). Un portrait des aînés au Canada. Division de la statistique sociale et autochtone, Statistique Canada. En ligne <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf?st=eu5-1n1>

⁸⁰ The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope Geneva: World Health Organisation, (2001) et OMS Europe 2006.

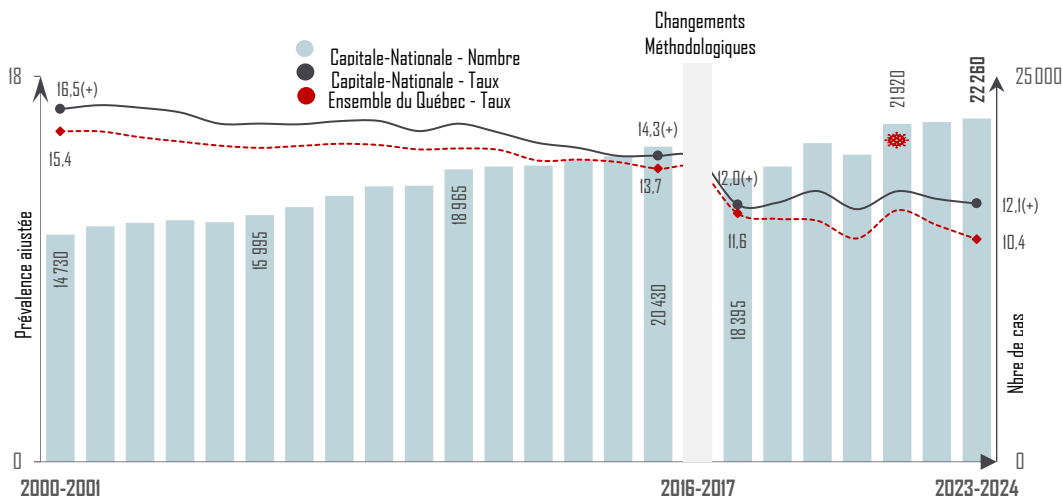
⁸¹ Les troubles mentaux sont constitués d'un vaste ensemble de diagnostics dont font partie les troubles anxio-dépressifs, l'hyperactivité, les troubles de personnalité, les retards de développement, les abus de substances psychoactives et les troubles psychotiques.

⁸² Karen R. Cohen (2020). Série « La psychologie peut vous aider » : Le suicide. Société canadienne de psychologie. En ligne [Psychology Works Fact Sheet - SubjectName](#)

En 2023-2024, dans la région, 22 260 des personnes de 65 ans et plus ont reçu au moins un diagnostic d'un trouble de santé mentale⁸³, soit 12 % de la population vieillissante; une proportion supérieure à celle du Québec (10,4%).

Les troubles mentaux se révèlent moins fréquents qu'il y a 23 ans, toutefois, depuis la période 2000-2001, la région a toujours présenté des taux de prévalence de personnes de 65 ans et plus atteintes de troubles mentaux, supérieurs à ceux de l'ensemble du Québec. Le nombre de personnes vieillissantes souffrant de troubles mentaux augmente avec l'âge, cette augmentation des diagnostics de troubles de santé mentale devrait se refléter sur les demandes de soins et de services de santé.

Une fréquence plus importante des troubles mentaux dans la région que dans la province parmi les personnes de 65 ans et plus (2022-2023)



(+) Situation **plus défavorable** dans la région que dans le reste du Québec.

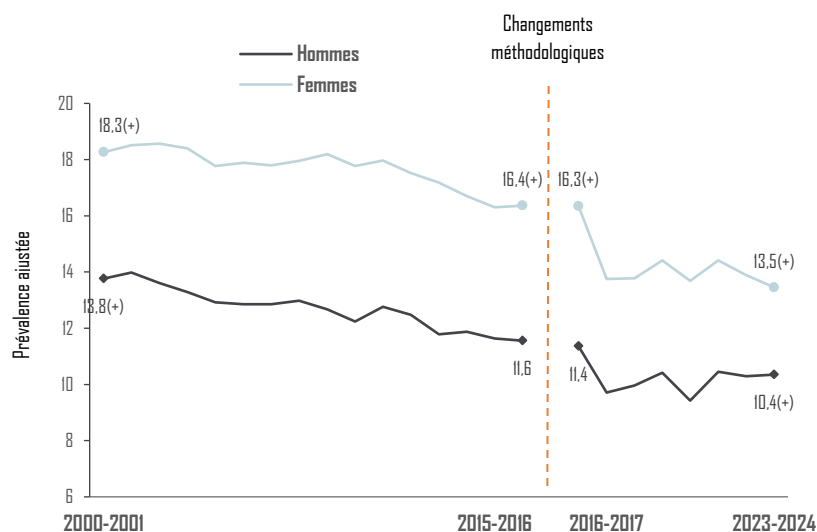
La prévalence des troubles mentaux diffère selon l'âge. Les retards de diagnostics qui augmentent avec l'âge des patients⁸⁴ et le vieillissement pourraient, pour une part, expliquer cette augmentation.

En 2023-2024, les diagnostics de troubles de santé mentale sont plus fréquents chez les femmes (13,5 %) que chez les hommes (10,4 %); ce qui pourrait suggérer qu'elles vivront plus d'années avec une incapacité ou des limitations d'activités. Par ailleurs, quel que soit le genre, la région présente des taux de prévalence supérieurs à ceux du reste du Québec. Au cours des dernières décennies, la prévalence des troubles mentaux chez les personnes vieillissantes de la région a diminué aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

⁸³ Les données administratives présentent sous-estiment la prévalence des troubles mentaux, car des personnes avec ces troubles mentaux peuvent être traitées en cabinet privé ou par d'autres professionnels comme les psychologues en CLSC. La base de données ne contient pas ces données et ne peut pas les rapporter.

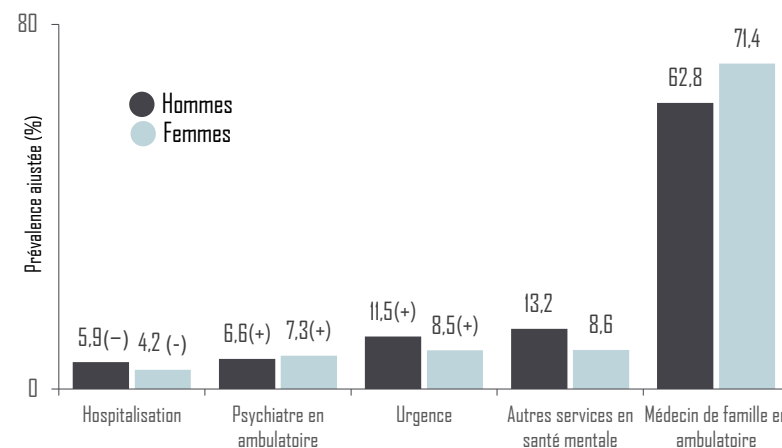
⁸⁴ Ricky Cheung, Siobhan O'Donnell, Nawaf Madi, Elliot M. Goldner (2017). Facteurs associés au diagnostic tardif d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. *Revue Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada Recherche, politiques et pratiques*, Vol 37, n° 5, mai 2017. En ligne <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/37-5/assets/pdf/ar-02-fra.pdf>

Plus de diagnostics de troubles mentaux pour les femmes que les hommes, mais des évolutions à la baisse



(+) Situation **plus défavorable** dans la région que dans le reste du Québec.

Les médecins de famille représentent le mode de consultation principale des personnes de 65 ans et plus souffrant de troubles mentaux (2023-2024)



(-) : Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.

(+) Situation **plus défavorable** dans la région que dans le reste du Québec.

Parmi les 22 260 personnes de 65 ans et plus qui ont reçu un diagnostic de troubles de santé mentale en 2023-2024, plus des deux tiers (66 %) ont consulté un médecin de famille. Les hommes utilisent davantage que les femmes, les services d'hospitalisation, d'urgence et autres services en santé mentale. À l'inverse, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours aux services de médecin de famille en ambulatoire que les hommes (62,8 %). Il est important de noter que ces catégories (hospitalisation, psychiatrie en ambulatoire, urgence, etc.) ne sont pas mutuellement exclusives, donc un même individu sera compté dans chacun des services qu'il a utilisés.



1 personne sur 2 (51,5 %), âgée de 65 ans et plus, ayant reçu un diagnostic de trouble de santé mentale, souffre d'un trouble anxio-dépressif (par exemple, anxiété généralisée, dépression), soit **11 475** en 2023-2024.

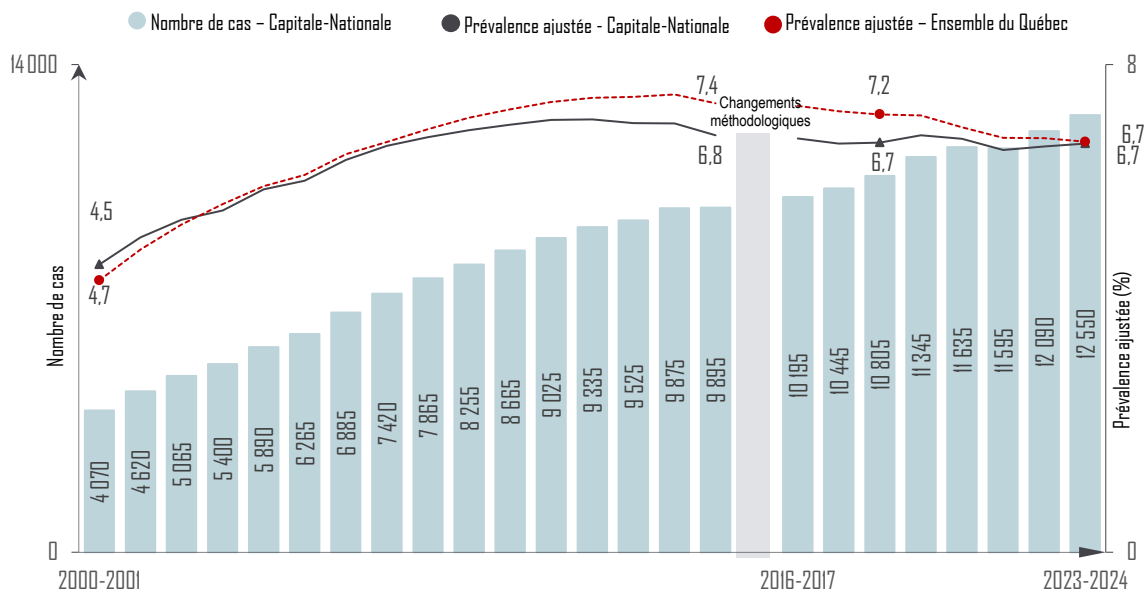
9. Prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs et de leurs proches

La maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs (TNC) majeurs⁸⁵ sont des maladies neurodégénératives qui vont progressivement toucher le système nerveux central et détériorer graduellement les capacités sociales et physiques de la personne. Elles sont susceptibles d'entraîner une perte de l'autonomie fonctionnelle et constituent un lourd et important fardeau pour les individus qui en sont atteints, leurs familles et proches aidants, mais également pour les professionnels et le système de santé⁸⁶. Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation des risques de TNC⁸⁷.



En 2023-2024, **12 550** personnes de 65 ans et plus souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre TNC majeur. Chaque année, environ **2 725 nouveaux cas** sont diagnostiqués dans la région : **227 par mois, 7 chaque jour**.

Un nombre de cas de la maladie d'Alzheimer et TNC majeurs en augmentation parmi les personnes de 65 ans et plus



En 2023-2024, 6,7 % des personnes de 65 ans et plus de la Capitale-Nationale vivent avec la maladie d'Alzheimer ou autres TNC majeurs. À mesure que l'espérance de vie augmente, le nombre de personnes vieillissantes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres TNC majeurs continue d'augmenter : leur nombre a triplé en 23 ans. Cependant, grâce à l'identification des

⁸⁵ Les autres troubles cognitifs majeurs sont les maladies cérébrovasculaires, la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences (démence) fronto-temporales, les troubles neurocognitifs à début précoce, la maladie de Parkinson et autres formes. Au total il existe plus de 50 maladies différentes pouvant causer des troubles neurocognitifs.

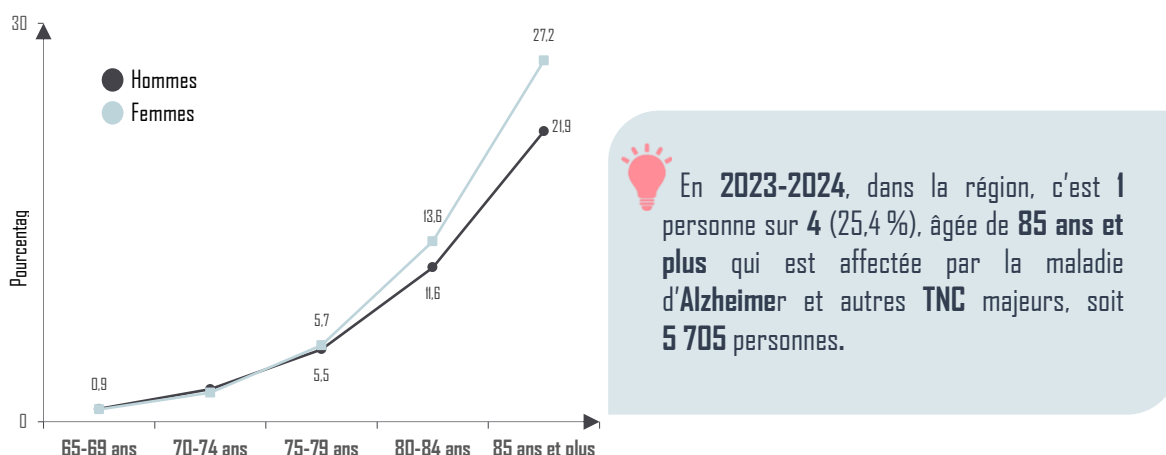
⁸⁶ Wortmann M. (2012). Dementia: a global health priority - highlights from an ADI and World Health Organization report. *Alzheimer's research & therapy*, 4(5), 40. <https://doi.org/10.1186/alzrt143>

⁸⁷ Société Alzheimer du Canada (2024). Les multiples facettes des troubles neurocognitifs au Canada. Rapport 2 l'Étude Phare, Population.

facteurs de risque⁸⁸ et la mise en œuvre d'approches de prévention, l'incidence a, pour sa part, tendance à diminuer.

Le genre a aussi une influence sur les TNC. La prévalence ajustée selon la structure par âge de la maladie d'Alzheimer est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (7,1 % comparativement à 6,1 %).

Plus de femmes que d'hommes qui vivent avec la maladie d'Alzheimer et des autres TNC majeurs avec une augmentation selon l'âge



La prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et autres TNC augmente avec l'âge. Les personnes vieillissantes atteintes d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs ont besoin de plus de soins et de services de santé, des prestations qui changent tout au long de l'évolution de la maladie. En 2023-2024, dans la région, parmi les personnes de 65 ans et plus :

- la proportion ajustée selon la structure par âge d'hospitalisations toutes causes est près de trois fois plus élevée chez celles atteintes (30,9 %) de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs que celles qui ne sont pas atteintes (10,6 %);
- le nombre moyen de jours d'hospitalisation par année est plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus atteintes que chez celles non atteintes (27,7 jours c. 13,8 jours);
- les personnes atteintes visitent plus souvent les urgences que celles non atteintes (46,6 % comparativement à 26,4 %);
- la réadmission à l'hôpital à l'intérieur de 30 jours est quatre fois plus fréquente chez les personnes de 65 ans et plus atteintes que chez celles non atteintes;
- la proportion ajustée d'utilisateurs de médicaments psychotropes est deux fois plus élevée chez les personnes atteintes (62,7 %) de la maladie d'Alzheimer que chez celles non atteintes (27,1 %).

⁸⁸ La Commission *Lancet* sur la démence a identifié 14 facteurs de risque sur la démence : moins d'éducation, perte auditive, hypertension, tabagisme, obésité, dépression, inactivité physique, diabète, consommation excessive d'alcool, lésions cérébrales traumatiques, pollution de l'air et isolement social, perte de vision non traitée et l'hypercholestérolémie LDL. In Livingston, Gill et al. "Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* standing Commission". The *Lancet*, Volume 404, Issue 10452, 572 – 628.

Plus de soins et de services de santé pour les personnes de 65 ans et plus atteintes d'Alzheimer et autres TNC majeurs (2023-2024)

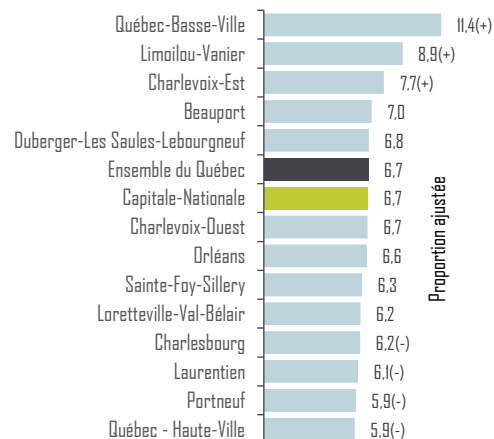
	Personnes atteintes		Personnes non atteintes	
	Nombre	%	Nombre	%
Hospitalisation	4 260	30,9	17 640	10,6(-)
Nombre moyen de jours hospitalisés	28,7	--	13,8	--
Visite à l'urgence	6 300	46,6 (+)	44 400	26,4(+)
Réadmission à l'hôpital à l'intérieur de 30 jours	615	4,8(-)	2 000	1,2(-)
Utilisateurs de médicaments psychotropes	5 880	62,7	41 930	27,1 (+)

(-) : Situation **plus favorable** dans la région que dans le reste du Québec.

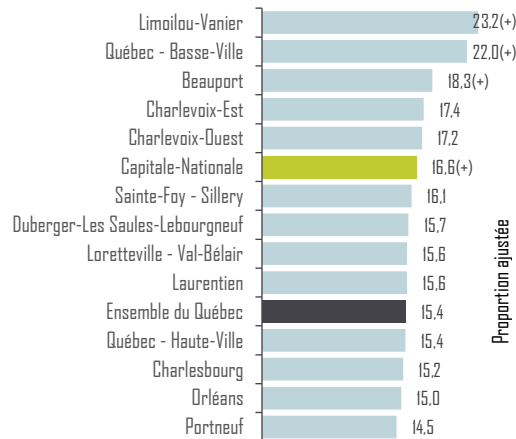
(+) Situation **plus défavorable** dans la région que dans le reste du Québec.

Dans la Capitale-Nationale, la prévalence, les hospitalisations et l'incidence liées à la maladie d'Alzheimer et autres TNC majeurs chez les personnes de 65 ans et plus varient selon les territoires de CLSC.

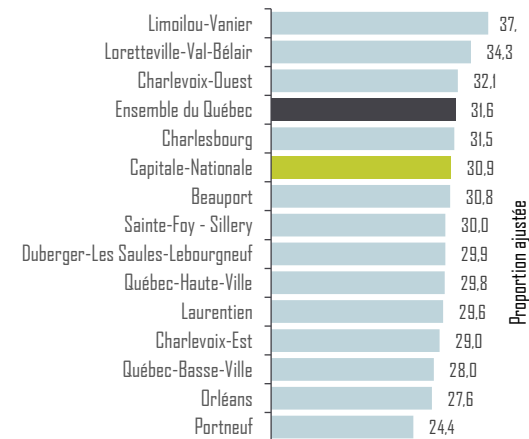
Trois territoires de CLSC (sur 13) se démarquent défavorablement du reste du Québec avec une prévalence plus élevée (2023-2024)



Le taux d'incidence de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre TNC est plus élevé dans la région que dans la province (2023-2024)



Les hospitalisations pour la maladie d'Alzheimer ou d'un autre TNC majeur est 1,5 fois plus élevé à Limoilou-Vanier qu'à Portneuf (2023-2024)



(-) : Situation **plus favorable** dans le territoire de CLSC ou la région que dans le reste du Québec.
(+) Situation **plus défavorable** dans le territoire de CLSC ou la région que dans le reste du Québec.



La prévalence de la **maladie d'Alzheimer** ou autre TNC majeur est presque **deux fois plus élevée** dans le territoire de CLSC de **Québec-Basse-Ville** que dans ceux de **Québec-Haute-Ville** et **Portneuf**.



Les territoires de CLSC de **Limoilou-Vanier**, **Québec-Basse-Ville** et **Beauport** présentent des taux d'incidence de la **maladie d'Alzheimer** ou autre TNC majeur **plus élevés** que dans le **reste du Québec**.

10. Idées et gestes suicidaires, une réalité chez la population vieillissante

Le suicide représente un problème de santé publique important⁸⁹. C'est dans ce cadre que la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir se donne, entre autres, comme objectif de diminuer les tentatives de suicide, les idées suicidaires et la détresse, ainsi que la mortalité par suicide au Québec⁹⁰. Pour y parvenir, il est attendu une intensification des actions qui donnent déjà des résultats et la mise en avant de nouvelles initiatives prometteuses⁹¹.

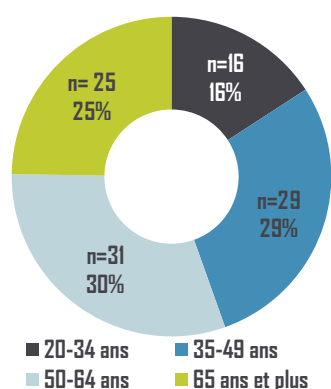
Pour la période 2020 à 2022, chaque année en moyenne, la Capitale-Nationale a enregistré près de 101 suicides chez les adultes de 20 ans et plus, dont 25 % chez les personnes de 65 ans et plus. En neuf ans, le nombre annuel moyen de décès par suicide chez les personnes vieillissantes a augmenté, passant de 15 à 25 décès entre 2011-2013 et 2020-2022. Les hommes continuent de présenter des taux de suicide nettement plus élevés que les femmes, mais ces dernières sont plus fréquemment hospitalisées pour des tentatives de suicide⁹².



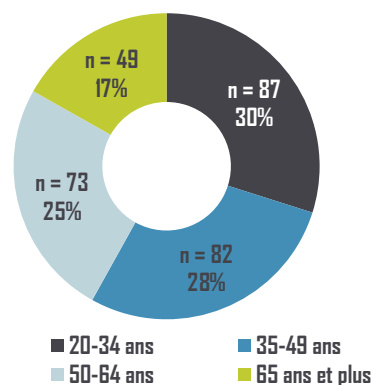
Plus des **trois quarts** (76,1 %) des décès par suicides chez les personnes de 65 ans et plus concernent les **hommes**.

Dans la Capitale-Nationale, pour la période d'avril 2019 à mars 2024, chaque année en moyenne, 291 hospitalisations étaient attribuables aux tentatives de suicide chez les adultes de 20 ans et plus, dont 17 % chez les personnes de 65 ans et plus. Les épisodes d'hospitalisations pour tentatives de suicide chez les personnes vieillissantes sont moins élevés que dans les autres groupes d'âge. En revanche, pour la période d'avril 2019 à mars 2024, la région (2,2 %) a présenté un taux plus élevé d'hospitalisation pour tentative de suicide que dans le reste du Québec (1,8 %) chez les personnes aînées.

Près du quart (25 %) des décès par suicide chez les adultes de 20 ans et plus a eu lieu chez les personnes de 65 ans et plus (Période 2020-2022)



Moins d'hospitalisation causée par une tentative de suicide que dans les autres groupes d'âge (Périodes 2019-2020 à 2023-2024)



⁸⁹ OMS. 2022. Suicide: facts and figures globally. Accessible via : <https://www.who.int/publications/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22-03>

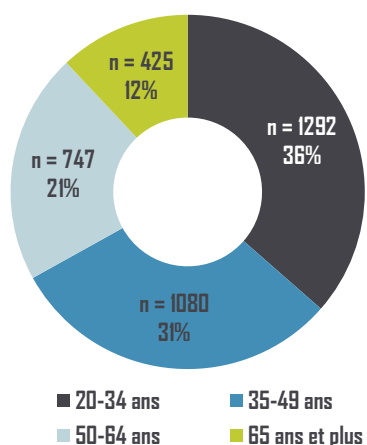
⁹⁰ Gouvernement du Québec. Rallumer l'espoir. Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 (2022).

⁹¹ Levesque, P. & Perron, P. A. (2025). Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.

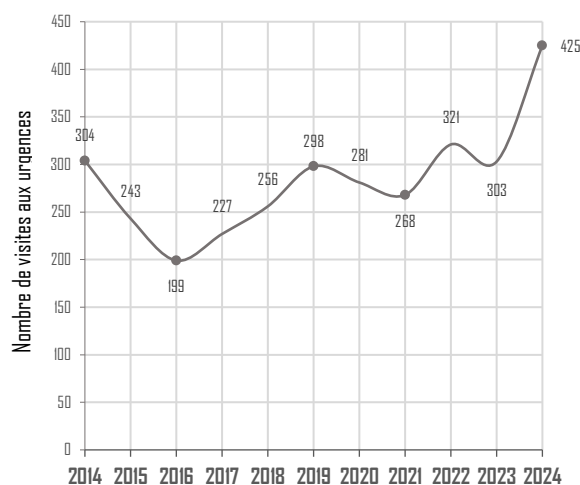
⁹² Levesque, P. & Perron, P. A. (2025). Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.

En 2024, dans la Capitale-Nationale, environ 3 550 visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires ont été enregistrées chez les adultes de 20 ans et plus, dont 425, chez les personnes de 65 ans et plus. En 10 ans, le nombre de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les personnes âgées a augmenté de 40 % dans la région d'où l'importance de maintenir une vigie et une surveillance continue des comportements suicidaires afin d'orienter les initiatives de prévention.

Moins de visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les personnes de 65 ans et plus (2024)



Hausse des visites aux urgences attribuables aux idées suicidaires chez les personnes de 65 ans et plus (2014 à 2024)



Situer les comportements suicidaires des personnes vieillissantes dans le contexte global de la population de la région montre la nécessité d'avoir des initiatives de prévention ciblées tout en luttant contre de certaines croyances âgistes.

Conclusion

L'état de santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes sont hétérogènes du fait notamment des parcours de vie, des environnements physique, socioculturel, politique et économique et des milieux de vie, etc. En mettant en lumière les gains appréciables accomplis au cours des dernières décennies et les améliorations souhaitées, ce portrait demeure une aide précieuse à la prise de décision pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes d'aujourd'hui et de demain.

Les grands constats

À 65 ans, un résident moyen de la Capitale-Nationale peut s'attendre encore 21,3 ans de plus (19,8 ans pour les hommes et 22,5 ans pour les femmes), c'est-à-dire jusqu'à 86,3 ans. Ces années supplémentaires de vie ne seront cependant pas toutes nécessairement vécues sans limitations dans les activités de la vie quotidienne : près du quart (23,5 %) rencontre des difficultés à réaliser les tâches et activités quotidiennes si aucune aide ne leur est fournie.

Les maladies chroniques touchent davantage les personnes plus âgées et leur fréquence augmente avec l'âge. En 2022-2023, une personne de 65 ans et plus sur deux (50 %) vit avec deux maladies chroniques ou plus et plus des deux tiers (65,9 %) des personnes de 85 ans et plus sont affectés par trois maladies chroniques ou plus. Cependant, la présence de maladies chroniques ne rime pas nécessairement avec une mauvaise perception de son état de santé. En effet, même si beaucoup de personnes vieillissantes de la région vivent avec des maladies chroniques, près de la moitié d'entre elles (45,3 % en 2020-2021, période Covid-19 et 55,1 % en 2019-2020, avant Covid-19) perçoivent leur état de santé globale (habitudes de vie, santé physique et mentale) comme excellent ou très bon.

En raison du vieillissement et des parcours de vie, davantage de personnes vieillissantes de la région vivent seules dans les ménages privés, en majorité des femmes. Certaines inégalités de genre, territoriales et sociales persistent et s'aggravent : les femmes demeurent plus vulnérables au faible revenu que les hommes; les territoires de CLSC ayant des revenus médians après impôt des ménages de personnes âgées plus élevés affichent aussi une plus grande inégalité des revenus. Or, des inégalités de revenus élevées peuvent entraver la réduction de la pauvreté.

Le vieillissement attendu de la population a entraîné une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et fait de la polypharmacie un enjeu majeur de qualité des soins. En 2023-2024, 25,4 % des personnes de 85 ans et plus sont atteints de la maladie d'Alzheimer et autre TNC et ont besoin de plus de soins et de services de santé, des prestations qui changent tout au long de l'évolution de la maladie. En 2023-2024, sept personnes âgées de 65 ans et plus sur dix (71,7 %) ont consommé⁹³ cinq médicaments et plus. Cette consommation augmente avec l'âge, de même que le risque de prise d'un MPI. En 2022, dans la Capitale-Nationale, ce pourcentage s'élevait à 54 % contre 51 % pour le reste de la province. La prise de plusieurs médicaments est un facteur prédictif des chutes, de la durée des séjours hospitaliers et de la réadmission hospitalière. Les chutes sont la première cause de décès par TNI. Elles représentent 8,8 % des hospitalisations en soins physiques de courte (toutes causes confondues) et leur fréquence augmente avec l'âge. Entre les périodes 2011 à 2013 et 2020 à 2022, le taux ajusté de mortalité par chutes chez les personnes de 65 ans et plus a plus que doublé dans la région.

⁹³ La consommation en tant que telle n'est pas connue. Elle est approximée à partir du nombre de réclamations pour des médicaments différents au Régime public d'assurance médicament au cours d'une année.

Certains comportements individuels liés au mode de vie augmentent le risque de développer des maladies chroniques. En 2020-2021, dans la région, 21 % des personnes de 65 ans et plus sont affectées par un poids défavorable (obésité et insuffisance de poids). Parmi les personnes âgées, la région est moins touchée par le surplus de poids que l'ensemble du Québec. Cependant, chez les personnes vieillissantes de demain, âgées de 55-64 ans, l'obésité a augmenté de manière significative entre 2008 et 2020-2021. L'usage de la cigarette chez les personnes vieillissantes est moins répandu dans la région (8,6 %) que dans l'ensemble du Québec (10,6 %), mais n'a pas diminué dans le temps. La proportion des personnes vieillissantes présentant une consommation excessive d'alcool est plus élevée dans la région que dans le reste du Québec (16,3 % c. 13,0 %). La consommation d'alcool de façon excessive est plus répandue chez les hommes que chez les femmes (22,0 % c. 11,5 %) et est fortement influencée par des facteurs socio-économiques. Plus d'une personne de 65 ans et plus sur 2 (55,5 %) a consommé quotidiennement au moins une sorte de boisson sucrée, donc un risque plus élevé de surplus de poids, de carie dentaire et de diabète de type 2.

Les défis de vieillir en santé

Les constats qui résultent de ce portrait posent de nombreux défis sur lesquels il est possible d'agir. L'état de santé des personnes vieillissantes et leur qualité de vie, dans un contexte marqué de vulnérabilités et d'inégalités territoriales, demeurent des défis des décennies à venir.

- ***Optimiser les opportunités en santé des personnes vieillissantes***

L'évolution démographique pose de nombreux défis en matière d'accessibilité des transports, d'autonomie, etc. Dans un contexte de vieillissement de la population et de la volonté des pouvoirs publics de privilégier le maintien à domicile, la création d'environnements favorables à un vieillissement en santé rencontre de plus en plus d'intérêt. D'autant plus qu'à l'échelle de la région, on devrait observer à l'horizon 2051 une forte croissance à la fois du nombre et de la part des personnes âgées de 85 ans et plus. Or, à partir de ces âges, les risques de fragilités et de dépendances deviennent de plus en plus importants. L'enjeu serait d'anticiper ces fragilités en accroissant d'abord la promotion et la prévention à tous les parcours de vie pour prévenir les maladies chroniques, les traumatismes, les fragilités, en combinant des actions auprès des individus et des environnements. Ensuite, adapter les environnements (conditions de mobilité dans la région et dans les territoires) pour une meilleure qualité de vie des personnes vieillissantes.

- ***S'adapter aux impacts actuels et futurs du changement climatique***

Les conséquences des changements climatiques sur la santé, liées aux évolutions de fréquence des vagues de chaleur et événements météorologiques extrêmes, sont déjà perceptibles, en particulier par les personnes vieillissantes. À l'échelle de la Capitale-Nationale, pendant la crise du verglas en 1998⁹⁴, il a été observé un nombre plus élevé que d'habitude de décès et d'hospitalisations causés par une chute parmi la population de 65 ans et plus. Pendant ces épisodes consécutifs de pluie verglaçante, un excès de décès (n=65 décès) et d'hospitalisations (+11%) ont été estimés parmi la population vieillissante.

Les projections de changements climatiques concernant les vagues de chaleur laissent penser que ce phénomène deviendra récurrent. Entre les périodes 1981-2010 et 2051-2081, le nombre de jours avec une température de 30°C ou plus (en été) et de nuits tropicales⁹⁵ pourrait être multiplié par 7. Face aux impacts des changements climatiques, il est important d'informer les personnes vieillissantes sur les risques et impacts liés à la chaleur, aux allergies aux pollens, de renforcer les actions de prévention menées par les autorités de santé publique en dehors des périodes de

⁹⁴ La crise du verglas a eu lieu en janvier 1998 avec deux épisodes consécutifs très rapprochés de pluie verglaçante pour une durée totale de 5 jours.

⁹⁵ « Nuits tropicales », c'est-à-dire les nuits pendant lesquelles les températures ne baissent pas en dessous de 18°C. Le nombre annuel de nuits tropicales est ainsi un indicateur climatique de la chaleur et du stress thermique.

chaleur extrême. Toutefois, les enjeux climatiques pourraient être intégrés dans les exercices de planification pour lutter, par exemple, contre l'inconfort et les coups de chaleur que peuvent connaître certaines personnes vieillissantes pendant l'été (établissements publics, logement, etc.), en végétalisant les espaces publics, en proposant des offres de logements et des résidences adaptées.

La population âgée de 65 ans et plus, particulièrement celle âgée de 85 ans et plus, qui a tendance à passer plus de temps à la maison, doublera également d'ici 2051 dans la région. Or, selon l'OMS, l'évolution des phénomènes météorologiques, associée aux changements climatiques, souligne combien il est important que les logements offrent une protection contre le froid, la chaleur et d'autres événements climatiques extrêmes afin de favoriser des communautés résilientes⁹⁶.

- ***Accompagner la transition numérique***

Pour de nombreuses personnes vieillissantes, l'usage des technologies numériques est un puissant levier de lien social : appels vidéo avec les petits-enfants, groupes de discussion en ligne, apprentissages à distance. Leur usage peut s'inscrire dans un ensemble de bonnes pratiques pour vieillir en bonne santé cognitive, en y associant de l'activité physique, une alimentation équilibrée, et une vie sociale active⁹⁷.

En raison de l'augmentation croissante de la demande d'accès aux soins et services, un intérêt grandissant a porté plus précisément sur le développement de technologies axées sur la santé des personnes âgées dans les dernières années. La santé numérique se présente ainsi comme une réponse au besoin de mettre en place des solutions alternatives pour assurer le maintien et la qualité des soins de santé et des services sociaux offerts aux personnes âgées d'aujourd'hui et des prochaines décennies. L'utilisation des applications mobiles sur des téléphones intelligents ou des tablettes pour la prise de rendez-vous, recueillir et monitorer des informations sur la santé ou de promouvoir des activités visant à maintenir ou améliorer la santé des personnes âgées en sont des exemples. Cependant, cette transition numérique ne doit pas se faire au désavantage de certains groupes de personnes vieillissantes, moins familières avec l'outil informatique, au risque de créer une fracture numérique⁹⁸. Certes, les personnes vieillissantes de demain seront familières avec le numérique et les nouvelles technologies, il est cependant important de déployer des dispositifs pour accompagner les plus âgées et les plus vulnérables d'entre elles dans leur accès aux services publics en ligne et d'anticiper leurs besoins en matière de numérique ou de santé numérique.

⁹⁶ Organisation mondiale de la Santé (2018). Lignes directrices de l'OMS relatives au logement et à la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

⁹⁷ Bengtson, J.F., Scullin, M.K. A meta-analysis of technology use and cognitive aging. *Nat Hum Behav* (avril 2025). <https://doi.org/10.1038/s41562-025-02159-9>

⁹⁸ La fracture numérique correspond aux inégalités sociales dans l'accès et l'usage des technologies numériques

Bibliographie

- Bahareh N., Reny-Nolin, E. (2024). Portrait de l'utilisation des services du RTC par la clientèle aînée, Service de valorisation des données de mobilité RTC.
- Benge, J.F., Scullin, M.K. (2025). Une méta-analyse de l'utilisation de la technologie et du vieillissement cognitif. *Nat Hum Behav* 9. <https://doi.org/10.1038/s41562-025-02159-9>
- Bilodeau, A., S. White, L. Turgeon, and A. Henderson. (2020). "Feeling Attached and Feeling Accepted: Implications for Political Inclusion among Immigrants in Canada." *International Migration* 58 (2): 272-288. <https://doi.org/10.1111/imig.12657>
- Bourassa, A et Gignac, B. (2024). Rapport synthèse sur les avis émis par les Tables régionales de concertation des aînés du Québec et la CTRCAQ. CTRCAQ. <https://www.ainescapnat.ca/contentFiles/files/documents/rapport-synthese-avis-ctrcaq-2024.pdf>
- Bowen, S. (2015). Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Rapport final, Société Santé en français. <https://savoir-sante.ca/fr/themes/acces-aux-services-en-francais/download/86/154/21?method=view>
- Bureau du coroner. (2024). Pour la vie ! Rapport annuel de gestion 2023-2024. [Rapport annuel de gestion 2023-2024 du Bureau du coroner](#)
- Bureau, G., Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Maurice, A., Paquet, S., Rose-Maltais, J., & Tourigny, A. (2017). Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes aînées isolées socialement: Une trousse d'accompagnement. Québec : FADOQ – Régions de Québec et Chaudière-Appalaches (FADOQ – RQCA). [trousse-d'accompagnement.pdf](#)
- Bustinza R, Dubé M. et alii. (2021). Bilan des impacts des vagues de chaleur extrême sur la mortalité au Québec à l'été 2020 dans un contexte de COVID-19. INSPQ, Bulletin d'information en santé environnementale. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/bise/bise_bilan_chaleur.pdf
- Camirand, H., Bernéche, F., Cazale, L., Dufour, R., Baulne, J. et autres. (2010). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec. [Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois](#)
- Cheung, R., O'Donnell, S., Madi, N., Goldner, E. M. (2017). Facteurs associés au diagnostic tardif d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Revue Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada Recherche, politiques et pratiques, Vol 37, n° 5. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/37-5/assets/pdf/ar-02-fra.pdf>
- Cohen, K. R., Heisel, M. (2020). Série « La psychologie peut vous aider » : Le suicide. Société canadienne de psychologie. [*Psychology Works Fact Sheet - SubjectName](#)
- Conseil national des aînés. (2014). Rapport sur l'isolement social des aînés 2013-2014. Ottawa : Gouvernement du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2015/edsc-esdc/Em12-6-2014-fra.pdf
- Conseil national des aînés. (2014). Revue exploratoire de la littérature : L'isolement social des aînés 2013-2014. Ottawa : Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/nsc-cna/documents/pdf/policy-and-program-development/publications-reports/2014/Revue-exploratoire-de-la-litterature-Isolement-social-des-aines-2013-2014.pdf>
- Fradette, L. (2024). Portrait de l'utilisation des services du STAC par la clientèle., Service de transport adapté de la Capitale.
- Gamache, J-B. (dir.). (2025) « Vagues de chaleur extrême et chaleur estivale au Québec : impacts sur la santé de 2010 à 2024, collection *Surveillance et vigie*, Institut national de santé publique du Québec. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3662>
- Gouvernement du Québec. (2020). Risques liés à l'usage d'opioïdes. [Risques liés à l'usage d'opioïdes | Gouvernement du Québec](#)
- Ilardo, L. Hallmich, C., Khan, S. (2022). Pour une justice environnementale québécoise : réalités, arguments, pistes d'action. Fondation David Suzuki. [Rapport Justice-environnementale FR.pdf](#)
- Institut de la Statistique du Québec. (2024). Perspectives démographiques du Québec et de ses régions, 2021-2071. Québec, ISQ. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-quebec-et-regions-2021-2071-edition-2024.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur, Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3501>

- Islam, M. K., & Gilmour, H. (2023). Immigrant status and loneliness among older Canadians. Statistics Canada, *Health reports*, 34(7), 3–18. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202300700001-eng>
- Lahey, K.A. (2010). «Women, Substantive Equality, and Fiscal Policy: Gender-Based Analysis of Taxes, Benefits, and Budgets». *la Revue Femmes et droit*, Vol. 22.
- Lamanna M, Klinger CA, Liu A, Mirza RM. (2020). The Association between Public Transportation and Social Isolation in Older Adults: A Scoping Review of the Literature. *Can J Aging*. Sep;39(3):393-405. doi: 10.1017/S0714980819000345. Epub 2019 Jul 22. PMID: 31328708.
- Lamontagne, P. (2014). « Statut pondéral » dans *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Chapitre 3. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1817_habitudes_vie_aines.pdf
- Levasseur, M. (2000). « Perception de l'état de santé ». Dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12. [Enquête sociale et de santé 1998 2e édition](#)
- Levesque, P. & Perron, P. A. (2025). Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2025. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3611-comportements-suicidaires-quebec-portrait-2025.pdf>
- Livingston, G. et al. (2024). "Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* standing Commission". The *Lancet*, Volume 404, Issue 10452. [Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission - The Lancet](#)
- Messacar, D. (2017). « Les effets de l'éducation sur le comportement d'épargne-retraite des Canadiens ». Études analytiques – Documents de recherche, no 391. Division de l'analyse sociale et de la modélisation Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2017391-fra.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025). Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes – Cadre de référence. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-01W.pdf>
- Monégat, M., C. Sermet, M. Perronnin, et E. Rococo. (2014). « La polymédication : définitions, mesures et enjeux ». *Question d'économie et de la santé*, no 204. Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES. [La polymédication : définitions, mesures et enjeux](#)
- Office fédéral de la statistique. (2022). Portrait démographique de la Suisse. État, structure et évolution de la population en 2020. Neuchâtel: OFS. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/21764559>
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2018). "Physical activity guidelines advisory committee scientific report". Washington, D.C., États-Unis: U.S. Department of Health and Human Services. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé, OMS. (2011). Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. Rio de Janeiro | Brésil | 19-21 octobre 2011. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_french.pdf?sfvrsn=1333226_5
- Organisation mondiale de la Santé, OMS. (2015). « Lignes directrices de l'OMS relatives au logement et à la santé ». Résumé d'orientation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015. [18196_FRENCH HHGL summary](#)
- Organisation mondiale de la Santé, OMS. (2022). « Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble. Genève, Organisation mondiale de la Santé. [9789240051928-fre.pdf](#)
- ORS Île-de-France. (2023). La santé des Franciliens : diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027. Paris : ORS Île-de-France. [La sante des Franciliens vd.pdf](#)
- Painter, C. V. (2013). Le sentiment d'appartenance : revue de la littérature. Ottawa, Citoyenneté et Immigration Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/francais/pdf/recherche-stats/r48a-2012appartenance-fra.pdf>
- Pedersen B.K., Saltin B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. Suppl 3:1-72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>
- Société Alzheimer du Canada. (2024). Les multiples facettes des troubles neurocognitifs au Canada. Rapport 2 l'Étude Phare, Population. [ASC Les multiples facettes des troubles neurocognitifs au Canada Etude phare Rapport2.pdf](#)

Statistique Canada. (2017) : Les personnes âgées au travail au Canada. Recensement de la population, 2016. Statistique Canada, no 98-200-X2016027. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016027/98-200-x2016027-fra.pdf>

Statistique Canada. (2021). La solitude au Canada [infographie]. Produit no 11-627-M au catalogue. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2021090-fra.htm>

Turcotte, M., Schellenberg, G. (2006). Un portrait des aînés au Canada. Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf?st=eu5--1n1>

World Health Organization. (2007). "Global report on falls prevention in older age". Genève: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43811/9789241563536_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2001). The World health report: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>

Wortmann, M. (2012). Dementia: a global health priority - highlights from an ADI and World Health Organization report. *Alzheimer's research & therapy*, 4(5), 40. <https://doi.org/10.1186/alzrt143>

Annexe 1 : Précisions méthodologiques

- Les données utilisées dans chaque chapitre ainsi que celles qui apparaissent dans le texte ou dans une figure sont présentées sous forme de tableau en annexe 2 du document. Il y est, par ailleurs, indiqué la page, le nom de l'indicateur et la source de données.
- Les taux ou proportions présentés sont des valeurs brutes afin de refléter la situation réelle observée dans la population vieillissante et illustrer le fardeau épidémiologique soutenu par ce groupe d'âge. Si une proportion ou un taux ajusté selon l'âge ou le sexe est utilisé, une précision est apportée dans le texte ou sur la figure.
- Les données régionales et territoriales correspondent à la région sociosanitaire ou territoire de résidence, à moins d'une indication contraire. Les valeurs régionales ou des territoires de CLSC ont été comparées avec celle du reste du Québec en utilisant un seuil de 5 %. Pour les données tirées du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec, un seuil de 1 % a été utilisé pour tous les niveaux géographiques.
- Pour certains indicateurs, un changement méthodologique introduit un bris de comparaison temporelle, indiqué soit par une ligne verticale ou une zone ombrée. La nature du changement est précisée dans les tableaux sur les sources de données.
- Pour l'analyse des données, les valeurs de la région de la Capitale-Nationale ou des CLSC sont comparées au reste du Québec ou dans le temps :
 - (-) Situation **plus favorable** dans le territoire de CLSC ou la région que dans le reste du Québec.
 - (+) Situation **plus défavorable** dans le territoire de CLSC ou la région que dans le reste du Québec.
 - (↑) la valeur exprime une situation **plus défavorable** chez les hommes que chez les femmes.
- Certaines valeurs présentées dans ce portrait sont accompagnées d'un astérisque (*) ce qui indique un coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence. La présence de (**) indique un coefficient de variation supérieur à 25 %, la valeur est présentée à titre indicatif seulement.
- Les indicateurs tirés du recensement n'ont pas à être soumis à un test statistique. Les écarts observés entre les territoires peuvent être interprétés tel qu'ils se présentent. Afin de protéger la confidentialité des renseignements fournis dans les questionnaires, les valeurs, y compris les totaux, sont arrondies de façon aléatoire à un multiple de « 5 » ou de « 10 ». De même, la somme des pourcentages, qui sont calculés à partir des données arrondies, ne correspond pas nécessairement à 100 %.

Annexe 2 : Tableaux des sources des données par chapitre

Sources des données mentionnées dans l'introduction

Page	Indicateur	Sources de données
3	Espérance de vie à 65 ans selon le genre, périodes de 1981-1985 à 2019-2021	Fichier des décès, Fichier des naissances, Estimations et projections démographiques (version avril 2012, 1996-2051 : version janvier 2025) Rapport de l'onglet Plan national de surveillance (PNS) de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
3	Taux brut de mortalité toutes causes confondues selon le genre, population de 65 ans et plus, 2002-2004 à 2020-2022	Fichier des décès, Estimations et projections démographiques (version avril 2012, 1996-2051 : version janvier 2025) Rapport de l'onglet PNS produit par l'Infocentre de santé publique, INSPQ, 22 août 2025

Sources des données mentionnées dans le chapitre 1

Page	Indicateur	Sources de données
5	Estimations et projections de population de la Capitale-Nationale selon le genre et le groupe d'âge, 1999 à 2051	ISQ : Série 2024 des estimations de population (2001-2023) et Série 2024 des projections de population (2024-2051)
6	Nombre de centenaires selon le genre, Capitale-Nationale, 2025 à 2051	ISQ, Perspectives démographiques du Québec et de ses régions, 2021-2071
7	Répartition de la population selon le groupe d'âge chez les 65 ans et plus, Capitale-Nationale, 1999, 2025 et 2051	ISQ : Série 2024 des estimations de population (2001-2023) et Série 2024 des projections de population (2024-2051). MSSS, Estimations et projections démographiques, version février 2022 (pour données 1999)
8	Proportion de personnes de 65 ans et plus par région administrative du Québec, 1999, 2025 et 2051	ISQ : Série 2024 des estimations de population (2001-2023) et Série 2024 des projections de population (2024-2051). MSSS, Estimations et projections démographiques, version février 2022 (pour données 1999)
9	Proportion de la population de 65 ans et plus par territoire de CLSC, Capitale-Nationale, 2051 Évolution du nombre de personnes de 65 ans et plus entre 2025 et 2051 par territoire de CLSC	ISQ : Série 2024 des estimations de population (2001-2023) et Série 2024 des projections de population (2024-2051). ISQ : Série 2024 des estimations de population (2001-2023) et Série 2024 des projections de population (2024-2051).
10	Population de 50 ans et plus selon le statut d'immigrant, l'appartenance à une minorité visible et l'identité autochtone, 2016 et 2021, Capitale-Nationale	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
12	Population de 65 ans et plus selon le genre, le type de ménage, de logement, la situation dans le ménage et le groupe d'âge, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
13	Population de 65 ans et plus dans les ménages privés selon le plus haut certificat, diplôme ou grade, le genre et le selon le genre, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
14	Population de 65 ans et plus dans les ménages privés, selon le plus haut certificat, diplôme ou grade par CLSC, 2016 et 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584 Statistique Canada, recensement 2016
15	Revenu médian après impôt selon le genre, population de 65 ans et plus dans les ménages privés, Capitale-Nationale, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
15	Revenu médian après impôt, population de 65 ans et plus dans les ménages privés, CLSC, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
16	Coefficient de Gini sur le revenu après impôt rajusté des ménages par territoire de CLSC, 65 ans et plus, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2475
17	Situation de pauvreté fondée la MPC des 65 ans et plus dans les ménages privés selon le genre et le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
18	Situation de pauvreté fondée la MPC des 65 ans et plus dans les ménages privés par CLSC, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584

18	Population de 65 ans et plus dans les ménages privés selon le type de ménage, le genre et le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
19	Population de 65 ans et plus dans les ménages privés consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour se loger selon le type de ménage, Capitale-Nationale, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
19	Population de 65 ans et plus dans les ménages privés selon le type de ménage, CLSC, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
20	Population de 65 ans et plus dans les ménages privés selon le mode d'occupation, situation dans le ménage, le genre et le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
20	Population de 65 ans et plus dans les ménages privés consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour se loger, CLSC, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
21	Population de 65 ans et plus dans les ménages privés ayant des besoins impérieux en matière de logement, CLSC, 2021	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584

Sources des données mentionnées dans le chapitre 2

Page	Indicateur	Sources de données
22	Population des 65 ans et plus ayant un fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale, selon le genre	Statistique Canada. Tableau 13-10-0113-01 Caractéristiques de la santé, estimations pour une période de deux ans. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310011301
23	Degré de solitude selon le genre et certaines caractéristiques, population de 65 ans et plus, Capitale-Nationale	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), cycle 2020-2021, Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
23	Proportion de la population immigrante de 50 ans et plus qui ne connaît ni le français ni l'anglais, selon le groupe d'âge et le genre, Capitale-Nationale	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2584
24	Proportion de titulaires d'un permis de conduire et impliqués dans un accident selon le groupe d'âges, Capitale-Nationale	Société de l'assurance automobile du Québec, 2022. Mise à jour : 12 avril 2024
25	Répartition des usagers du Transport adapté (STAC) selon le type de limitation et par groupe d'âge 2023	STAC : Portrait de l'utilisation des services du STAC par la clientèle, avril 2024
26	Évolution de l'utilisation des technologies numériques par groupe d'âge, Québec	Enquête canadienne sur l'utilisation de l'Internet (ECUI), 2022
26	Répartition de la population de 65 ans et plus selon le genre et le niveau d'activité physique de loisir et de transport au cours des quatre dernières semaines	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
26	Évolution de la population de 65 ans et plus selon le genre et le niveau d'activité physique de loisir et de transport, 2014-2015 et 2020-2021	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015
27	Répartition de la population de 55 ans et plus selon le statut pondéral, le genre et le groupe d'âge	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
28	Proportion de fumeurs actuels de cigarettes selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 65 ans et plus, Capitale-Nationale	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
28	Consommation excessive d'alcool selon le genre, et certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 65 ans et plus, Capitale-Nationale	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
29	Proportion de la population de 65 ans et plus consommant au moins une sorte de boisson sucrée, une fois par jour ou plus selon le niveau de défavorisation et de diplomation	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025

30	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant consommé des médicaments prescrits contenant des opioïdes au cours des 12 derniers mois, selon le genre	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
30	Prévalence de la polypharmacie cumulative (5, 10 ou 15 médicaments ou plus) pour la population de 65 ans et plus	-Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2023-2024 Rapport PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 18 juin 2025
30	Proportion de la population de 65 ans et plus qui a réclamé au moins un des médicaments potentiellement inappropriés, ciblés	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de la polypharmacie et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées au Québec. État des pratiques rédigé par Cédric Bressan, Melissa Caron, Rodolphe Jantzen et Marie-Pierre Rousseau. Québec, Qc : INESSS; 2024. 61 p.
31	Prévalence de la polypharmacie cumulative 10 médicaments ou plus) pour la population de 65 ans et plus, par territoire de CLSC, Capitale-Nationale	SISMACQ, 2023-2024 Rapport PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 18 juin 2025
32	Évolution du climat liée aux changements climatiques selon le scénario d'émissions élevées (RCP8.5) d'ici la période 2051-2080	Données Climatiques Canada, pour la région de la Capitale-Nationale. https://donneesclimatiques.ca/
33	Proportion de personnes âgées vivant dans des zones de couvert arborescent moins avantageux Québec, 2021	HealthyDesign.City, Dalla Lana School of Public Health University of Toronto En ligne : https://healthyplan.city/fr
33	Proportion de personnes âgées vivant dans des zones de température moyenne estivale défavorable, Québec, 2021	HealthyDesign.City, Dalla Lana School of Public Health University of Toronto En ligne : https://healthyplan.city/fr
33	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant eu des symptômes de rhinite automne, Capitale-Nationale et Ensemble du Québec, 2021	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
34	Proportion de personnes âgées vivant dans des zones de bruits défavorable, Québec, 2021	HealthyDesign.City, Dalla Lana School of Public Health University of Toronto En ligne : https://healthyplan.city/fr

Sources des données mentionnées dans le chapitre 3

Page	Indicateur	Sources de données
35	Répartition de la population de 65 ans selon la perception de sa santé	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
36	Évolution de la population de 65 ans et plus selon la perception de son état de santé buccodentaire, l'indice de défavorisation matérielle et sociale, Capitale-Nationale	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008 et 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
36	Proportion de la population de 65 ans et plus n'ayant aucune dent naturelle par territoire de CLSC, Capitale-Nationale	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008 et 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
37	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant visité le dentiste ou un autre professionnel des soins dentaires il y a moins d'un an, par territoire de CLSC	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
38	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant des problèmes de santé fonctionnelle,	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2019-2020 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 5 mai 2025
38	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne selon le genre,	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2017-2018

		Rapport de l'onglet PNS produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ, le 7 mai 2025
38	Proportion de personnes de 65 ans et plus ayant déclaré une limitation d'activités depuis au moins 6 mois selon le type de limitation, selon le genre et le groupe d'âge, Capitale-Nationale	Statistique Canada, recensement 2021, CO-2475
39	Nombre et proportion de la population de 65 ans et plus victime de blessure non intentionnelle causée par une chute parmi celles vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
39	Évolution du nombre et des taux d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées selon le groupe d'âge, population de 65 ans et plus, Capitale-Nationale et ensemble du Québec, 2009-2011 à 2021-2023	Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, Base de données sur les congés des patients, ICIS Estimations et projections démographiques, MSSS Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 5 mai 2025
40	Taux d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées selon, population de 65 ans et plus, par territoire de CLS, Capitale-Nationale, avril 2021 à mars 2024	Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, Base de données sur les congés des patients, ICIS Estimations et projections démographiques, MSSS Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 5 mai 2025
40	Taux de mortalité par chutes et chutes présumées, population de 65 ans et plus, CLSC, Capitale-Nationale, 2020-2022	MSSS, Fichier des décès Estimations et projections démographiques, MSSS
41	Évolution du nombre et des taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon les grands regroupements de diagnostics, population de 65 ans et plus, Capitale-Nationale et ensemble du Québec	MED-ÉCHO Base de données sur les congés des patients, ICIS Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 5 mai 2025
42	Prévalence de certaines maladies chroniques chez les personnes de 65 ans et plus	(SISMACQ), 2021-2022 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2019-2020
43	Proportion de personnes de 65 ans et plus atteintes de deux maladies chroniques et plus selon le genre, CLSC, Capitale-Nationale	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
45	Nombre de nouveaux cas de cancer, taux d'incidence observé (1984 à 2020) et taux d'incidence estimé (2021 à 2030) par 10 000 personnes pour les 65 ans et plus selon le sexe, CLSC, Capitale-Nationale	Registre québécois du cancer, 1984 à 2020 Estimations et projections démographiques, version janvier 2025 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
45	Taux d'incidence du cancer du cancer du poumon selon le genre, population de 65 ans et plus,	Registre québécois du cancer, 1984 à 2020 Estimations et projections démographiques, version janvier 2025 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
45	Répartition des nouveaux cas de cancer dans l'ensemble de la population québécoise selon le siège	Registre québécois du cancer, 2018 et 2022 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
45	Proportion projetée des nouveaux cas de cancer chez des personnes âgées de 65 ans et plus en 2030	Registre québécois du cancer Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
46	Taux de mortalité par cancer par territoire de CLSC,	Registre québécois du cancer Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
46	Proportion de la population de 65 ans et plus se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique selon le genre et le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2020-2021	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
47	Prévalence des troubles mentaux et évolution pour la population de 65 ans et plus, Capitale-Nationale et ensemble du Québec	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2000-2001 à 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
47	Évolution de la prévalence des troubles mentaux et pour la population de 65 ans et plus, selon le genre, Capitale-Nationale,	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2000-2001 à 2023-2024 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
48	Répartition du profil d'utilisation des services de santé mentale de la population de 65 ans et plus atteinte de troubles mentaux selon le genre	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
49	Prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus, Capitale-Nationale,	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2000-2001 à 2023-2024

49	Prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs chez les 65 ans et plus, selon le genre et le groupe d'âge, 2023-2024	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2000-2001 à 2021-2022 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
50	Proportion de la population de 65 ans et plus hospitalisée selon la présence ou non d'un diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles neurocognitifs majeurs	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
51	Nombre moyen de jours hospitalisés dans l'année des personnes de 65 ans et plus atteintes ou non de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
52	Proportion de la population de 65 ans et plus atteinte ou non de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs et ayant visité les urgences	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
53	Proportion de la population de 65 ans et plus atteinte ou non de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs, réadmise à l'hôpital à l'intérieur de 30 jours	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
53	Proportion d'utilisateurs de médicaments psychotropes chez les personnes de 65 ans et plus atteintes ou non de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), 2022-2023 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
53	Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois,	Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2020-2021 Rapport de l'onglet PNS de l'Infocentre de santé publique, INSPQ, le 2 mai 2025
54	Taux de mortalité chez les 65 ans et + par suicide	Fichier des décès, Estimations et projections démographiques: version janvier 2025 Rapport de l'onglet PNS produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ du Québec, le 25 août 2025
54	Taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par une tentative de suicide, par groupe d'âge, Capitale-Nationale, avril 2019 à mars 2024	Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique) Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2051 : version janvier 2025) Rapport de l'onglet PNS produit par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ du Québec, le 25 août 2025
55	Visites aux urgences attribuables aux Idées suicidaires chez la population totale, Capitale-Nationale, 2024	Tableau de bord des comportements suicidaires, urgences, juin 2025, Système d'information et de gestion des urgences (SIGDU), Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
55	Évolution du nombre de visites aux urgences attribuables aux Idées suicidaires chez les personnes de 65 ans et plus, Capitale-Nationale, 2014 à 2024	Tableau de bord des comportements suicidaires, urgences, juin 2025, Système d'information et de gestion des urgences (SIGDU), Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

