CSBE
Commissaire à la santé et au bien-être

Juillet 2026

LES VISAGES DU VIEILLISSEMENT AU QUÉBEC

Collection – Bien vieillir au Québec

Québec

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et de services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Analyse et rédaction
Stella Carine Kengne Tine
Vincent Roy

Collaborateurs
Yun Jen
Susan Usher
Aurelle Jouego Fotso
Simon Carbonneau
Quintia Lorraina Ndamwumvaneza
Marie-Ève Brouard
Pierre-Henri Roux-Levy
Ariane Dubé-Linteau
Sophie Roy

Direction
Maude Laliberté, commissaire adjointe à l'éthique et à la participation publique
Georges-Charles Thiebaut, commissaire adjoint à l'évaluation et scientifique principal

Édition
Équipe des communications

Révision linguistique
Marilou Gagnon-Thibault

Graphisme
Graphissimo

Dépôt légal
ISBN : 978-2-555-03908-7

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 4

Angle et méthodologie du document 5

Contribution à la collection 5

POINT DE DÉPART – UNE RÉALITÉ HÉTÉROGÈNE 6

UN VIEILLISSEMENT AUX MULTIPLES VISAGES 8

Stabilité et maintien autonome 8

Fragilités compensées 9

Vulnérabilité cumulative 9

Instabilité ou rupture 10

LES FACTEURS QUI FAÇONNENT LES DYNAMIQUES DU VIEILLISSEMENT 11

LES POINTS DE BASCULE DANS LES DYNAMIQUES DU VIEILLISSEMENT 13

UNE LECTURE POUR L'ACTION 14

CONCLUSION 15

BIBLIOGRAPHIE 17

PRÉAMBULE

Le vieillissement n'est pas un défi à contenir,
mais une réalité collective à comprendre pour mieux accompagner.

Le Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après « Commissaire ») a pour mission d'éclairer, avec impartialité et transparence, le débat public et la prise de décision gouvernementale en matière de santé et de services sociaux au Québec. Sa démarche repose notamment sur la participation des acteurs concernés, l'attention portée aux enjeux éthiques et l'analyse des dynamiques de gouvernance du système.

Ce document s'inscrit dans une **collection de travaux du Commissaire consacrée aux personnes ainées.** Dans un contexte de vieillissement de la population qui transforme en profondeur notre société, cette collection propose un regard à la fois lucide et constructif sur les conditions du vieillissement. Elle vise à dépasser une approche centrée sur les soins pour s'intéresser plus largement aux conditions qui permettent de vieillir en santé, dans le respect de l'autonomie, de la dignité et de la participation citoyenne. Elle rassemble, à cette fin, des analyses complémentaires – populationnelles, organisationnelles, éthiques et sociétales – afin de mieux comprendre les angles morts du système et d'identifier des leviers de transformation.

ANGLE ET MÉTHODOLOGIE DU DOCUMENT

Le présent document propose une synthèse documentaire. Il ne produit pas de nouvelles données et n'évalue pas la performance du système. Sa visée est descriptive : il rassemble et met en relation des facteurs habituellement traités séparément – conditions de vie, profils de santé, déterminants sociaux, caractéristiques territoriales – pour faire émerger une lecture intégrée des dynamiques du vieillissement au Québec. Ainsi, cette synthèse met en relation des connaissances déjà établies afin d'en dégager les implications pour l'action publique et la prise de décision.

La démarche adoptée s'appuie sur une synthèse de la littérature scientifique et grise, ainsi que sur des données issues de sources publiques et institutionnelles. Elle permet de situer un continuum de besoins et d'identifier des signaux précoces de vulnérabilité, des facteurs de protection, des points de bascule et certains écarts sociaux, territoriaux et organisationnels. Enfin, elle esquisse plusieurs « visages du vieillissement » – c'est-à-dire des configurations typiques qui illustrent la diversité des situations, sans prétendre à l'exhaustivité ni à la prédiction individuelle.

CONTRIBUTION À LA COLLECTION

Cette synthèse contribue à la collection consacrée aux personnes ainées en dressant le socle factuel et populationnel commun à l'ensemble des travaux. Alors que d'autres documents de la collection approfondissent des enjeux spécifiques (transferts entre milieux de soins, besoins et attentes des personnes ainées, considérations éthiques associées aux transitions), celui-ci offre une cartographie des dynamiques générales qui façonnent le vieillissement au Québec.

POINT DE DÉPART – UNE RÉALITÉ HÉTÉROGÈNE

Le vieillissement de la population québécoise est souvent présenté comme un phénomène homogène, associé à l'avancée en âge et à l'augmentation des besoins. De manière générale, le seuil de 65 ans a structuré les politiques publiques, les régimes publics de retraite et l'organisation de l'offre de soins et de services destinés aux personnes vieillissantes. Ce repère reste utile, mais il repose sur une vision implicite d'un « âge de la vieillesse » relativement homogène et ne reflète pas l'hétérogénéité du vieillissement observé dans la population. En effet, la réalité est beaucoup plus contrastée. Les approches fondées sur les parcours de vie invitent plutôt à comprendre le vieillissement comme le résultat d'une accumulation de ressources et de vulnérabilités, façonnée par l'histoire personnelle, les environnements sociaux et les conditions d'accès aux services.

À âge égal, les situations diffèrent fortement selon l'état de santé, la situation économique, les conditions de logement, le soutien des proches, la participation sociale, les caractéristiques territoriales et la continuité des services reçus. Autrement dit, le vieillissement ne suit pas une pente unique : il prend des formes diverses, plus ou moins stables, plus ou moins vulnérables, et susceptibles d'évoluer ou de basculer dans le temps. Ainsi, derrière la catégorie administrative des personnes de 65 ans et plus se déploie une diversité de situations, tant sur le plan des conditions de vie que sur celui de la santé.

Des données récentes montrent que **81 %** des personnes de 65 ans et plus (hors établissement institutionnel) se perçoivent en bonne, très bonne ou excellente santé[1], alors même que **75 %** vivent avec au moins une maladie chronique[2], **91 %** vivent dans un ménage privé[3] et **16 %** occupent un logement non abordable[4]. Ces données montrent que perception favorable de la santé, autonomie fonctionnelle, maladie chronique et vulnérabilités matérielles peuvent coexister. Elles invitent donc à dépasser une lecture strictement fondée sur l'âge ou sur le diagnostic.

Cette hétérogénéité se manifeste aussi à travers le territoire québécois. Certaines municipalités affichent un vieillissement plus avancé que la moyenne québécoise, et elles cumulent parfois des désavantages socioéconomiques ou présentent une offre de services moins accessible, ce qui peut influencer les besoins et les capacités de maintien dans le milieu de vie.

Certaines vulnérabilités moins visibles méritent aussi d'être annoncées dès l'ouverture. Outre la pauvreté, le logement non abordable ou l'isolement, des dimensions comme la santé buccodentaire, la fracture numérique, la détresse psychologique, la solitude ou la polypharmacie peuvent peser sur l'autonomie, la participation sociale, l'accès aux ressources et la capacité à demeurer à domicile.

Une majorité de personnes ainées demeurent autonomes et vivent à domicile, mais une proportion importante vit avec des maladies chroniques, des contraintes économiques ou des situations d'isolement qui modulent leur capacité à maintenir cette autonomie.

1 Au Québec, en 2020-2021, chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne vivaient pas dans un établissement institutionnel (Camirand et al., 2023).

2 Au Québec, en 2017-2018, chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne vivaient pas dans un établissement institutionnel, parmi les maladies chroniques suivantes : asthme, arthrite ou arthrose, hypertension, trouble dû à un accident vasculaire cérébral, diabète, maladie cardiaque, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique. Données adaptées par l'Institut de la statistique du Québec à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2017-2018 de Statistique Canada (Poussart et Julien, 2023).

3 Au Québec, en 2021, chez les personnes de 65 ans et plus. Données adaptées par l'Institut de la statistique du Québec à partir du Recensement de la population de 2021 de Statistique Canada (Poussart et Julien, 2023).

4 Au Québec, en 2021, chez les personnes de 65 ans et plus (Statistique Canada, 2022).

UN VIEILLISSEMENT AUX MULTIPLES VISAGES

Le vieillissement se déploie selon des dynamiques hétérogènes, évolutives et non linéaires, structurées par l'interaction entre état de santé, conditions de vie, soutien social et organisation des services. Pour rendre cette diversité plus lisible, cette synthèse distingue quatre configurations. Celles-ci ne renvoient pas à des cases fixes, mais à des logiques d'évolution qui permettent de comprendre comment certaines situations se maintiennent, se fragilisent, se complexifient ou basculent dans le temps.

STABILITÉ ET MAINTIEN AUTONOME

Cette configuration concerne des personnes dont l'état de santé, les ressources économiques, le logement, les habitudes de vie et l'environnement relationnel permettent le maintien d'une autonomie satisfaisante. Elle ne signifie pas nécessairement l'absence de maladie, mais plutôt la présence d'un équilibre fonctionnel et social suffisamment solide pour absorber les contraintes ordinaires du vieillissement.

Ces situations reposent souvent sur une combinaison de facteurs favorables : stabilité résidentielle, ressources économiques suffisantes, accès aux services, soutien des proches et capacité à mobiliser des ressources au besoin. Elles ne sont toutefois pas exemptes de fragilités, car certains signaux précoces peuvent apparaître et annoncer une évolution vers des besoins plus importants.

Cette stabilité n'est pas seulement le résultat d'un suivi clinique : elle dépend d'un ensemble de conditions et d'acteurs – proches, milieux de vie, organismes communautaires, municipalités, services publics et système de santé et de services sociaux – capables de soutenir la prévention, le repérage précoce et l'autonomie au quotidien.

FRAGILITÉS COMPENSÉES

Cette configuration renvoie à des situations où des limitations émergent – multimorbidité, baisse de mobilité, fatigue, solitude, fragilité relationnelle ou charge d'aide –, mais où ces fragilités sont encore compensées par la disponibilité de ressources et la présence de conditions favorables : proches, milieu de vie adéquat, adaptation du logement, accès aux soins ou participation sociale.

L'équilibre demeure toutefois instable. Tant que les mécanismes de compensation tiennent, la vie à domicile demeure possible. Lorsqu'ils s'affaiblissent, le risque de dégradation augmente rapidement. L'isolement, la solitude, la détresse psychologique, la fracture numérique ou l'essoufflement du proche aidant peuvent précéder des pertes d'autonomie plus marquées. Cette configuration s'inscrit souvent dans un contexte favorable à des interventions précoces, légères et coordonnées.

VULNÉRABILITÉ CUMULATIVE

Ici, les difficultés ne sont pas isolées : elles se superposent et s'alimentent mutuellement. L'accumulation de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles, de contraintes financières, de difficultés résidentielles et d'isolement social accroît la probabilité de déclin, de dépendance et de recours accru aux soins. Le cumul peut aussi inclure des vulnérabilités moins visibles, comme la santé buccodentaire dégradée, la fracture numérique ou l'accès insuffisant aux ressources de proximité, qui réduisent la capacité d'agir sur sa santé et de mobiliser du soutien.

Le vieillissement y apparaît moins comme une simple succession d'événements que comme un processus de cumul dans lequel les dimensions sociale, matérielle et clinique s'entrecroisent. Cette configuration est souvent associée à une progression plus rapide des besoins et à une plus grande difficulté à maintenir un équilibre dans le milieu de vie. Ces situations requièrent une vigilance accrue et une action concertée sur plusieurs plans – clinique, social, résidentiel et relationnel – afin de soutenir l'autonomie, d'éviter l'escalade des besoins et de prévenir les ruptures de parcours.

INSTABILITÉ OU RUPTURE

Cette configuration est marquée par des bascules plus rapides, souvent déclenchées par un épisode aigu, une hospitalisation récurrente, une détérioration de la mobilité ou de la cognition, une désorganisation du soutien informel ou une transition mal coordonnée entre milieux et services.

Elle se caractérise par une intensification rapide des besoins, une perte de repères dans le quotidien, et parfois un passage non planifié vers des services plus intensifs ou un autre milieu de vie. Ces situations exigent généralement une réponse rapide, coordonnée et sécurisante. Elles rappellent que la qualité de la continuité clinique, l'intensité du soutien à domicile et l'appui offert aux proches peuvent infléchir l'évolution de la situation.

Tableau 1. Résumé des visages du vieillissement

Configuration	Logique dominante	Enjeu principal
Stabilité et maintien autonome	Équilibre global favorable et autonomie préservée	Préserver les acquis et repérer les premiers signes de fragilisation
Fragilités compensées	Vulnérabilités présentes, mais amorties par des ressources	Éviter la dégradation en consolidant les soutiens disponibles
Vulnérabilité cumulative	Accumulation et renforcement mutuel des contraintes	Freiner l'escalade en agissant sur plusieurs dimensions à la fois
Instabilité ou rupture	Bascule rapide à la suite d'un événement ou d'une désorganisation	Stabiliser rapidement la situation et sécuriser les transitions

Ces configurations du vieillissement ne sont ni fixes ni linéaires. Elles évoluent dans le temps et peuvent basculer sous l'effet de multiples facteurs. Il est en effet possible pour une personne ainée de tomber rapidement de la situation de fragilités compensées à celle d'instabilité ou de rupture, tout comme une amélioration de la santé et un retour en arrière sont envisageables en cas de repérage précoce et de réponse adaptée. Un même diagnostic ou un même âge ne se traduit pas automatiquement par le même niveau de risque ni par le même type de besoin.

LES FACTEURS QUI FAÇONNENT LES DYNAMIQUES DU VIEILLISSEMENT

Les dynamiques du vieillissement sont façonnées par l'interaction de plusieurs dimensions complémentaires qui influencent la capacité des personnes à maintenir leur autonomie. Ces dimensions ne s'additionnent pas mécaniquement; elles interagissent et produisent des parcours de vie distincts.

Premièrement, les conditions matérielles – revenu, abordabilité du logement, stabilité résidentielle – influencent la capacité des personnes à s'adapter aux changements associés au vieillissement. Elles se construisent toutefois bien avant l'âge avancé et peuvent être renforcées par des politiques de protection sociale, des milieux de vie soutenants et l'action des ressources de proximité.

Deuxièmement, l'état de santé et le fonctionnement – multimorbidité, fragilité, mobilité, cognition – orientent fortement la progression des besoins.

Troisièmement, les ressources relationnelles – soutien des proches, participation sociale, solitude, proche aidance – peuvent soit amortir les fragilités, soit accélérer leur dégradation lorsqu'elles s'effritent.

Enfin, l'organisation des services – accessibilité, intensité, continuité, coordination lors des transitions – peut soutenir le maintien dans le milieu de vie ou, au contraire, laisser s'installer des ruptures.

À ces dimensions s'ajoutent les réalités territoriales et l'accès numérique, qui modulent concrètement l'accès aux ressources, la prévention et la capacité de demeurer autonome dans son milieu de vie.

Tableau 2. Dimensions qui façonnent les dynamiques du vieillissement

Dimensions	Manifestations possibles	Effets potentiels
Conditions matérielles	Faible revenu, logement non abordable, précarité	Réduit la capacité d'adaptation, augmente les vulnérabilités
État de santé et fonctionnement	Multimorbidité, fragilité, polypharmacie, déclin cognitif	Accroît le risque de déclin et de complications
Ressources relationnelles	Isolement, soutien des personnes proches aidantes	Peut compenser ou accélérer la dégradation
Organisation des services	Accès limité au soutien à domicile, continuité variable	Influence les transitions et le maintien dans le milieu de vie
Réalité territoriales et accès numériques	Vieillissement plus avancé dans certains territoires, offre locale inégale, fracture numérique	Module l'accès aux ressources, à la prévention, aux services et au maintien dans le milieu de vie

LES POINTS DE BASCULE DANS LES DYNAMIQUES DU VIEILLISSEMENT

Certains événements marquent des moments charnières dans l'évolution des situations et des parcours de vieillissements. Ils ne sont généralement pas isolés, mais résultent d'une accumulation de facteurs de vulnérabilité.

Les bascules surviennent lorsqu'un équilibre déjà fragile se rompt : aggravation d'un problème de santé, hospitalisation, changement de milieu de vie, ralentissement de la marche accompagné d'un problème cognitif, isolement accru, essoufflement du proche aidant, perte d'un proche ou discontinuité dans les services.

Ces événements peuvent entraîner une intensification rapide des besoins, une perte de confiance, une désorganisation du quotidien ou une transition accélérée vers un autre milieu de vie.

Tableau 3. Principaux points de bascules dans les dynamiques de vieillissement

Événements	Mécanismes de fragilisation	Effets sur le parcours
Chute	Fragilité individuelle et environnement physique ou social non adapté	Perte de confiance, déclin fonctionnel
Hospitalisation ou changement de milieu de vie	Déséquilibre clinique, social ou environnemental	Rupture du quotidien, perte d'autonomie
Décompensation	Multimorbidité et suivi fragmenté	Intensification des besoins
Épuisement ou perte des proches	Fragilité du soutien informel	Désorganisation et diminution du soutien dans l'organisation de la vie quotidienne

Ces moments représentent des **points d'inflexion**. Ils constituent aussi des périodes où les pratiques du système peuvent faire une différence déterminante : repérage précoce, qualité de la coordination, continuité clinique, intensité du soutien à domicile, soutien aux proches aidants et sécurisation des transitions.

UNE LECTURE POUR L'ACTION

Penser le vieillissement en termes de dynamiques conduit à déplacer le regard. Les besoins ne peuvent pas être compris à partir du seul âge chronologique ni du seul diagnostic. Ils doivent être saisis à partir de la combinaison entre santé, ressources disponibles, contexte de vie et organisation des réponses.

Cette perspective invite à agir en amont, à repérer les signaux faibles, à soutenir les proches, à mieux articuler les réponses cliniques et sociales, et à sécuriser les transitions entre domicile, services de proximité, hôpital et hébergement.

Les interventions relevant de la prévention, du traitement et du soutien demeurent essentielles, mais leur efficacité dépend de leur capacité à s'articuler selon la complexité des situations vécues. **Une approche uniforme risque de ne pas répondre adéquatement à la diversité des réalités observées.**

Cette lecture des dynamiques du vieillissement invite aussi à mieux expliciter les enjeux de gouvernance, d'équité et de pertinence des interventions. Les besoins ne se distribuent ni de façon uniforme entre les territoires ni indépendamment de l'organisation des services. Une réponse juste pour améliorer la santé des personnes ainées suppose donc d'agir sur plusieurs plans à la fois : conditions de vie, prévention, soutien de proximité, continuité clinique et soutien aux proches aidants.

CONCLUSION

Cette synthèse met en évidence trois constats sur les dynamiques du vieillissement au Québec.

Premier constat : le vieillissement est profondément hétérogène et se construit avant l'âge de 65 ans. Derrière la catégorie administrative des 65 ans et plus se déploie une grande diversité de situations, de conditions de vie, de profils de santé et de niveaux d'autonomie. Ces écarts ne surgissent pas au moment d'atteindre un âge donné : ils résultent de trajectoires de vie marquées par l'accumulation de ressources, de protections, d'expositions et de vulnérabilités. Ainsi, pour certaines personnes, les conditions qui façonnent le vieillissement – ou la perte d'autonomie – s'installent bien avant 65 ans.

Deuxième constat : les dynamiques du vieillissement sont façonnées par des déterminants multiples. Elles sont influencées par une combinaison de facteurs sociaux, économiques, territoriaux, individuels et organisationnels, qui modulent la capacité à maintenir l'autonomie et à accéder aux ressources. Certains territoires où se concentrent vieillissement avancé et désavantages socioéconomiques cumulent des contraintes qui rendent les situations plus exigeantes et les besoins plus complexes. Une réponse adaptée doit donc mobiliser plusieurs systèmes d'action publique – santé et services sociaux, logement, transport, protection sociale, aménagement du territoire – ainsi que les proches, les milieux de vie, les municipalités et les organismes communautaires, afin d'agir sur les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection qui façonnent l'autonomie.

Troisième constat : des vulnérabilités précoces et cumulatives structurent les besoins futurs. Des signes précoces (chutes, fragilité émergente, isolement, détresse psychologique, polypharmacie, contraintes liées au logement, fracture numérique, santé buccodentaire dégradée) peuvent être associés à des évolutions plus complexes, notamment aux âges avancés, où les besoins deviennent plus importants et plus interdépendants. Ces signaux ne prédisent pas des situations individuelles. Leur importance réside plutôt dans ce qu'ils révèlent de la capacité collective à intervenir en amont : repérer les vulnérabilités, clarifier les responsabilités et coordonner l'action avant que les situations ne se complexifient.

Dans son ensemble, cette synthèse met en lumière une idée simple : **le Québec vieillit, mais il vieillit de multiples façons. Le vieillissement ne se résume ni à l'âge ni aux maladies.** Il résulte de l'interaction entre les conditions de vie, l'état de santé, les ressources disponibles et l'organisation des services. Comprendre cette diversité constitue un préalable pour penser des réponses plus équitables, plus adaptées aux réalités des territoires et des communautés, et plus sensibles à la réalité des personnes ainées et de leurs proches.

BIBLIOGRAPHIE

Académie de la transformation numérique (ATN). (2023). *NETendances 2023 : portrait des personnes aînées connectées au Québec.* https://transformation-numerique.ulaval.ca/wp-content/uploads/2024/05/netendances2023_portrait-des-personnes-ainees-connectees.pdf

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2020). *Vieillissement et maladies chroniques : profil des aînés canadiens.* https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report_2021-fra.pdf

Appui proches aidants. (2022). *Enquête statistique sur la proche aidance au Québec 2022.* https://www.lappui.org/documents/142/Appui_Enquete-Proche-Aidant-2022.pdf

Beauchet, O., Matskiv, J., Launay, C. P., Gaudreau, P. et Allali, G. (2022). Motoric cognitive risk syndrome and incident hospitalization in Quebec's older population: Results of the NuAge cohort study. *Frontiers in Medicine, 9,* 930943. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.930943

Beauchet, O., Sekhon, H., Cooper-Brown, L., Launay, C. P., Gaudreau, P., Morais, J. A. et Allali, G. (2021). Motoric cognitive risk syndrome and incident dementia in older adults from the Québec NuAge cohort. *Age and Ageing, 50*(3), 969-973. https://doi.org/10.1093/ageing/afaa235

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. et Zuber, S. (2013). Data resource profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology, 42*(4), 992-1001. https://doi.org/10.1093/ije/dyt088

Camirand, H., Conus, F., Davison, A., Dupont, K., Gonzalez-Sicilia, D., Joubert, K. et Niyibizi, J. (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021.* Institut de la statistique du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2024). *Bien vieillir chez soi – Tome 4 : Une transformation qui s'impose.* https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport_final_SAD/CSBE-Rapport_Soutien_Domicile_Tome4.pdf

Chalitsios, C. V., Santoso, C., Nartey, Y., Khan, N., Simpson, G., Islam, N., Stuart, B., Farmer, A. et Dambha-Miller, H. (2024). Trajectories in long-term condition accumulation and mortality in older adults: A group-based trajectory modelling approach using the English Longitudinal Study of Ageing. *BMJ Open, 14*(7), e074902. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074902

Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec (CTRCAQ). (s. d.). *Portrait des personnes aînées au Québec.* https://conferencedestables.org/contentFiles/files/Rapports%20TRCA%20et%20Conf%C3%A9rence/Rapport%20synth%C3%A8se%20Avis%20CTRCAQ%202024%20(2).pdf

Côté, J.-G., Savard, S. et Scarfone, S. (2017). *Le vieillissement de la population et l'économie du Québec.* Institut du Québec. https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/02/201711-IDQ-vieillissement.pdf

Dyer, S. M., Kwok, W. S., Suen, J., Dawson, R., Kneale, D., Sutcliffe, K., Seppala, L. J., Hill, K. D., Kerse, N., Murray, G. R., van der Velde, N., Sherrington, C. et Cameron, I. D. (2025). Interventions for preventing falls in older people in care facilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (8), 1-105. https://doi.org/10.1002/14651858.CD016064

Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development, 69*(1), 1-12. https://doi.org/10.2307/1132065

Emone, R., Fonseca, R. et Laurendeau, G. (2023). *Portrait de revenus des personnes âgées au Québec.* Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, Université du Québec à Montréal. https://creei.ca/wp-content/uploads/2023/12/Portrait-de-revenus-des-personnes-a%CC%82ge%CC%81es-au-Que%CC%81bec.pdf

European Commission (Directorate-General for Economics and Financial Affairs). (2021). *The 2021 Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070).* https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2021-10/ip148_en.pdf

Gaudreau, P., Morais, J. A., Shatenstein, B., Gray-Donald, K., Khalil, A., Dionne, I., Ferland, G., Fülöp, T., Jacques, D., Kergoat, M.-J., Tessier, D., Wagner, R. et Payette, H. (2007). Nutrition as a determinant of successful aging: Description of the Quebec longitudinal study NuAge and results from cross-sectional pilot studies. *Rejuvenation Research, 10*(3), 377-386. https://doi.org/10.1089/rej.2007.0596

Gélinas, M.-C. et Goudreau, S. (2025). *Portrait de la participation sociale des personnes de 55 ans et plus à Montréal.* Direction régionale de santé publique de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/CP_PartSocialSante_Feuillet55ansetplusMontreal.pdf

Grenier, S. (s. d.). *Anxiété et dépression chez les personnes aînées.* Ordre des psychologues du Québec. https://www.ordrepsy.qc.ca/web/au-fil-du-temps/anxiete-et-depression-chez-les-personnes-ainees

Halfon, N. et Hochstein, M. (2002). Life course health development: An integrated framework for developing health, policy, and research. *The Milbank Quarterly, 80*(3), 433-479. https://doi.org/10.1111/1468-0009.00019

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2017). *Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins.* https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/seniors-in-transition-report-2017-fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (s. d.). *Démence et chutes.* https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/pleins-feux-sur-les-enjeux-de-la-demence/demence-et-chutes#top

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2023). *Portrait des personnes aînées au Québec.* https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-quebec.pdf

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2025a). *Panorama des régions du Québec : édition 2025.* https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/panorama-des-regions-du-quebec-edition-2025.pdf

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2025b). *Sentiment de solitude.* https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/sante-bien-etre/frequence-sentiment-solitude

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2026). *Espérance de vie selon l'âge et le sexe, Québec, 1975 à 2024.* https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/esperance-de-vie-a-la-naissance-et-a-65-ans-selon-le-sexe-quebec#tri_pivot1=9999&tri_pivot2=750

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022). *Chutes chez les personnes aînées.* https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2025). *Portrait québécois de la santé buccodentaire.* https://www.inspq.qc.ca/sante-buccodentaire/portrait

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2025). *Portrait de l'utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux des aînés qui reçoivent des services de soutien à domicile.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/Portrait_soins_domicile_aines_EP_INESSS.pdf

Kang, J. W., Oremus, M., Dubin, J., Tyas, S. L., Oga-Omenka, C. et Golberg, M. (2024). Exploring the differential impacts of social isolation, loneliness, and their combination on the memory of an aging population: A 6-year longitudinal study of the CLSA. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 125,* 105483. https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105483

Li, L., Wister, A. V., Lee, Y. et Mitchell, B. (2023). Transition into the caregiver role among older adults: A study of social participation and social support based on the Canadian Longitudinal Study on Aging. *The Journals of Gerontology, Series B, 78*(8), 1423-1434. https://doi.org/10.1093/geronb/gbad075

May, C. R., Gravenhorst, K. C., Hillis, A., Arber, M., Chew-Graham, C. A., Gallacher, K. I., Mair, F. S., Nolte, E. et Richardson, A. (2025). How lived experiences of illness trajectories, burdens of treatment, and social inequalities shape service user and caregiver participation in health and social care: A theory-informed qualitative evidence synthesis. *Health and Social Care Delivery Research, 13*(24), 1-120. https://doi.org/10.3310/hgtq8159

Michaud, P.-C., Clavet, N.-J., Hébert, R., Navaux, J. et Raîche, M. (2023). *Horizon 2040 : projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec.* Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal. https://cjp.hec.ca/wp-content/uploads/2023/11/rapport-principal-CSBE.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024). *Cadre de référence : approche intégrée de proximité pour les personnes aînées.* Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-830-22W.pdf

Morisod, J. et Coutaz, M. (2007). Le syndrome post-chute : comment le reconnaître et le traiter. *Revue médicale suisse, 3*(132), 2531-2536. https://doi.org/10.53738/revmed.2007.3.132.2531

Nicholson, K., Griffith, L. E., Sohel, N. et Raina, P. (2021). Examining early and late onset of multimorbidity in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Journal of the American Geriatrics Society, 69*(6), 1579-1591. https://doi.org/10.1111/jgs.17096

Okoh, A. C., Shahu, A., Gu, R., Siu, H., Howard, M., Badone, E. et Grierson, L. (2025). Continuity of care during long-term care transitions: A scoping review of the Canadian literature. *BMC Health Services Research, 25*(1), 606. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12558-3

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2019). *Ageing and Employment Policies: Working Better with Age.* https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/08/working-better-with-age_e6265636/c4d4f66a-en.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.* https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6096461a-09a9-4350-9ce7-a97160b3d908/content

Pillay, J., Gaudet, L. A., Saba, S., Vandermeer, B., Ashiq, A. R., Wingert, A. et Hartling, L. (2024). Falls prevention interventions for community-dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis of benefits, harms, and patient values and preferences. *Systematic Reviews, 13*(289), 1-32. https://doi.org/10.1186/s13643-024-02681-3

Poussart, B. et Julien, D. (2023). *Portrait des personnes aînées au Québec.* Institut de la statistique du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-quebec.pdf

Raina, P., Wolfson, C., Kirkland, S., Griffith, L. E., Balion, C., Cossette, B., Dionne, I., Hofer, S., Hogan, D., van den Heuvel, E. R., Liu-Ambrose, T., Menec, V., Mugford, G., Patterson, C., Payette, H., Richards, B., Shannon, H., Sheets, D., Taler, V., Young, L. (2019). Corrigendum to: Cohort profile: The Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *International Journal of Epidemiology, 48*(6), 2066. https://doi.org/10.1093/ije/dyz221

Sirois, C., Simard, M. et Boiteau, M. (2025). *Vieillissement en santé : Portrait de la polypharmacie chez les personnes aînées au Québec de 2000 à 2022* (publication nº 3691). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3691-polypharmacie-personnes-a%C3%AEnees-qc-2000-2022.pdf

Sonnega, A., Faul, J. D., Ofstedal, M. B., Langa, K. M., Phillips, J. W. et Weir, D. R. (2014). Cohort profile: The Health and Retirement Study (HRS). *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 576-585. https://doi.org/10.1093/ije/dyu067

Spini, D., Bernardi, L. et Oris, M. (2017). Vulnerability across the life course. *Research in Human Development, 14*(1), 1-4. https://doi.org/10.1080/15427609.2016.1268891

Statistique Canada. (2021). Tableau 2 : *Prévalence de la fragilité, selon le sexe et certaines autres caractéristiques, population à domicile âgée de 65 ans ou plus, Canada, territoires non compris, 2013 à 2014.* https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021004/article/00002/tbl/tbl02-fra.htm

Statistique Canada. (2022). *Indicateurs de logement, Recensement de 2021.* https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/dv-vd/housing-logement/index-fr.cfm

Steptoe, A., Breeze, E., Banks, J. et Nazroo, J. (2013). Cohort profile: The English Longitudinal Study of Ageing. *International Journal of Epidemiology, 42*(6), 1640-1648. https://doi.org/10.1093/ije/dys168

Takehara, S., Karawekpanyawong, R., Okubo, H., Tun, T. Z., Ramadhani, A., Chairunisa, F., Tanaka, A., Wright, F. A. C. et Ogawa, H. (2023). Oral health promotion under the 8020 Campaign in Japan – A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3). https://doi.org/10.3390/ijerph20031883

Trottier, M.-E. et Dubé, È. (2024). *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque, le zona et la COVID-19 et sur les déterminants de la vaccination : 2022* (publication nº 3463). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-03/3463-vaccination-grippe-pneumocoque-zona-covid-determinants-2022.pdf

Ueshima, J., Nagano, F., Wakabayashi, H., Maeda, K. et Arai, H. (2025). Effectiveness of non-pharmacological therapies for preventing frailty in older people: An umbrella review. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 128,* 105628. https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105628

van der Vlugt, E. et Audet-Nadeau, V. (2020). *Bien vieillir au Québec : portrait des inégalités entre générations et entre personnes aînées.* Observatoire québécois des inégalités. https://observatoiredesinegalites.com/wp-content/uploads/2023/09/OQI-2020-Portrait-du-vieillissement-au-Quebec-2dec-web_compressed.pdf

Verghese, J., Ayers, E., Sathyan, S., Lipton, R. B., Milman, S., Barzilai, N. et Wang, C. (2021). Trajectories of frailty in aging: Prospective cohort study. *PLOS One, 16*(7), e0253976. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253976

Welstead, M., Jenkins, N. D., Russ, T. C., Luciano, M. et Muniz-Terrera, G. (2021). A systematic review of frailty trajectories: Their shape and influencing factors. *The Gerontologist, 61*(8), e463-e475. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa061


CSBE
Commissaire
à la santé et
au bien-être