Un aperçu de la santé des aînés en 2007 en Abitibi-Témiscamingue

Mars 2008

SOMMAIRE

Introduction 1
1. L'évolution des changements démographiques 1
2. La situation socioéconomique des aînés 5
3. L'environnement social et certains problèmes sociaux 8
4. Les habitudes de vie 11
5. L'état de santé global 13
6. Les incapacités 18
7. La santé physique 20
8. La santé mentale 27

En résumé… 30

Québec

INTRODUCTION

De même que l'ensemble du Québec, l'Abitibi-Témiscamingue fait face au vieillissement de sa population. Dans ce contexte, il apparaît pertinent de mieux connaître l'état de santé de la population des aînés[1] afin de planifier et d'organiser adéquatement les services sociaux et de santé dont ceux-ci ont besoin. Il est donc question ici d'abord de différents facteurs ayant une influence sur l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus, puis de l'état de santé proprement dit de ce groupe d'âge particulier à partir des données disponibles les plus récentes. Précisons qu'il s'agit d'un portrait uniquement régional mais que certaines données disponibles à l'échelle des territoires de réseaux locaux de services sont présentées en annexe.

En premier lieu, le document aborde la démographie et l'évolution des changements en cours. Puis, il traite de la situation économique des aînés, de leur environnement social et de certains problèmes sociaux, et de leurs habitudes de vie. Ensuite, il est question de l'état de santé global des aînés, des incapacités auxquelles ils sont confrontés, de leur santé physique et, pour terminer, de leur santé mentale.

1. L'évolution des changements démographiques

La situation en 2007[2]

Selon les données disponibles les plus récentes, la population de l'Abitibi-Témiscamingue est estimée en 2007 à 145 192 personnes[3] parmi lesquelles on recense près de 19 200 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 13 % du total (pour plus de détails, voir le tableau 1). Le groupe des aînés se compose majoritairement de femmes (55 %) puisqu'on en dénombre près de 10 600 comparativement à environ 8 600 hommes.

La région compte aussi une population autochtone, toutefois cette dernière comporte très peu d'aînés, moins de 350 personnes, ce qui représente moins de 2 % des aînés de l'Abitibi-Témiscamingue.

[1] Le terme « aînés » employé seul dans ce texte réfère toujours à la population âgée de 65 ans et plus.

[2] Des données démographiques pour chacun des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région sont présentées en annexe.

[3] Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007, produites en février 2008.

Tableau 1
Répartition de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, Abitibi-Témiscamingue, 2007

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	5 134	59,7	5 383	50,8	10 517	54,8
75 à 84 ans	2 817	32,8	3 932	37,1	6 749	35,2
85 ans et plus	643	7,5	1 272	12,0	1 915	10,0
Total 65 ans et plus						
N	8 594	100,0	10 587	100,0	19 181	100,0
%	44,8		55,2		100,0	

Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007, produites en février 2008.

La distribution selon l'âge révèle que les personnes de 65 à 74 ans constituent un peu plus de la moitié (55 %) de la population des aînés avec environ 10 500 personnes tandis que celles de 75 à 84 ans, regroupent un peu plus du tiers (35 %) avec environ 6 750 personnes. Quant aux 85 ans et plus, ils représentent une personne sur dix parmi les aînés (figure 1). Les données montrent également que l'importance des femmes s'accroît à mesure que la population vieillit. Alors que le poids de celles-ci se situe à 51 % chez les personnes de 65 à 74 ans, il grimpe à 58 % chez les aînés de 75 à 84 ans puis à 66 % chez les gens de 85 ans et plus.

La situation prévue en 2012[4]

Selon les projections les plus récentes[5], la population témiscabitibienne pourrait compter en 2012 138 925 personnes. Les personnes âgées de 65 ans et plus seraient au nombre d'environ 22 000 et représenteraient alors 16 % de l'ensemble (pour plus de détails, voir le tableau 2). En dépit du déclin projeté de l'ensemble de la population et notamment du groupe des 0 à 64 ans, le nombre d'aînés continuerait de s'accroître, la hausse anticipée étant de 15 % en 2012 par rapport à 2007. En 2012, les femmes seraient encore majoritaires puisqu'on prévoit qu'elles regrouperaient 55 % des aînés, soit 12 043 femmes comparé à 9 997 hommes.

[4] Les projections démographiques pour chacun des CSSS sont présentées en annexe.

[5] Source : Institut de la statistique du Québec, projections pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, produites en février 2005.

Tableau 2
Répartition de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, Abitibi-Témiscamingue, 2012

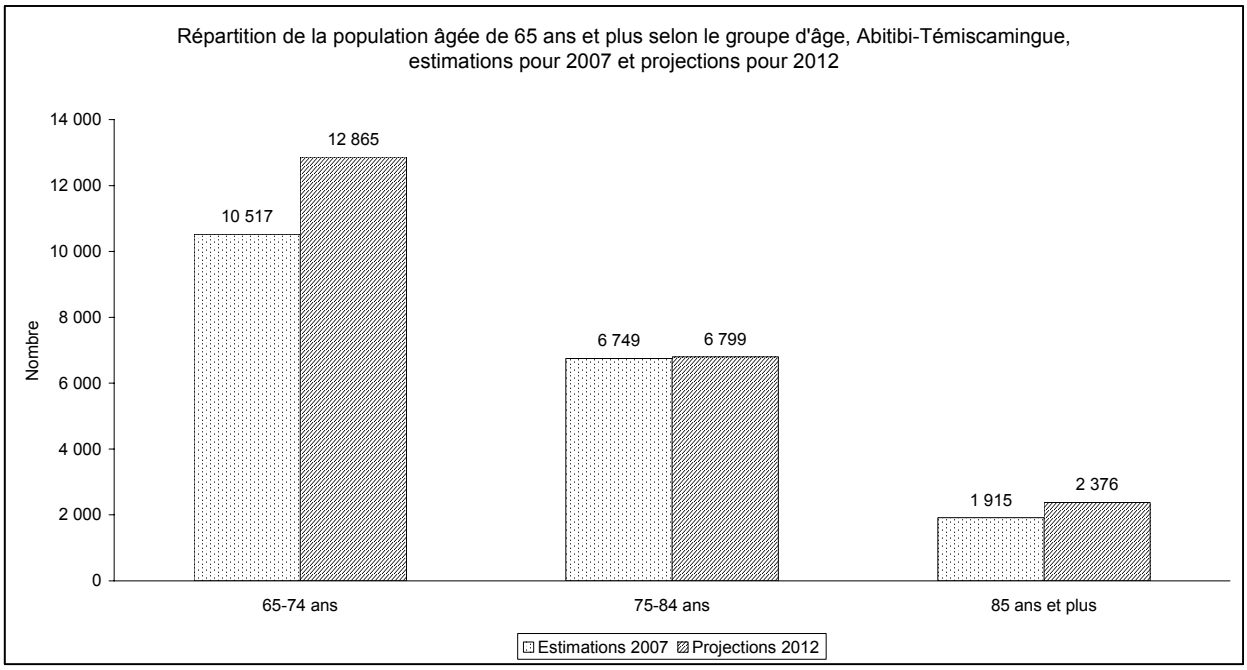
Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	6 296	63,0	6 569	54,5	12 865	58,4
75 à 84 ans	2 874	28,7	3 925	32,6	6 799	30,8
85 ans et plus	827	8,3	1 549	12,9	2 376	10,8
Total 65 ans et plus						
N	9 997	100,0	12 043	100,0	22 040	100,0
%	45,4		54,6		100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, projections pour 2012 effectuées pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en février 2005.

La répartition selon l'âge montre que les personnes de 65 à 74 ans constitueraient encore plus de la moitié des aînés (58 %) en 2012. Celles de 75 à 84 ans seraient proportionnellement un peu moins nombreuses, leur poids passant de 35 % à 31 %. Quant aux personnes de 85 ans et plus, leur poids s'élèverait de 10 % à 11 %. En termes de nombres, des changements significatifs sont toutefois observés. Ainsi, le nombre d'individus âgés de 65 à 74 ans devrait augmenter de 22 % de 2007 à 2012 pour un total de près de 12 900 en 2012 (figure 1). Chez les personnes de 75 à 84 ans, la hausse prévue est de moins d'1 %. Enfin, ce sont les personnes très âgées, soit celles ayant 85 ans et plus, qui devraient enregistrer la croissance la plus importante entre 2007 et 2012, 24 %, pour atteindre ainsi en 2012 un total de près de 2 400 personnes.

En 2012, comme en 2007, l'importance des femmes devrait s'accroître à mesure que la population vieillit. Alors que les femmes devraient représenter 51 % des 65 à 74 ans, chez les 75 à 84 ans leur poids devrait augmenter pour se situer à 58 %. Quant au groupe des 85 ans et plus, il devrait compter en 2012 environ 65 % de femmes.

Figure 1



Sources : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007, produites en février 2008.
Institut de la statistique du Québec, projections 2012 pour le compte du MSSS, produites en février 2005.

2. La situation socioéconomique des aînés

La situation économique des personnes constitue un déterminant important de leur état de santé. De fait, les inégalités de santé observées à partir de différentes mesures de morbidité[6] et de mortalité, sont attribuables en bonne partie aux disparités socioéconomiques[7].

Les informations relatives à la situation socioéconomique des aînés datent quelque peu puisqu'elles proviennent du recensement effectué en 2001 par Statistique Canada, toutefois, les données similaires du recensement de 2006 ne sont pas encore disponibles à l'heure actuelle.

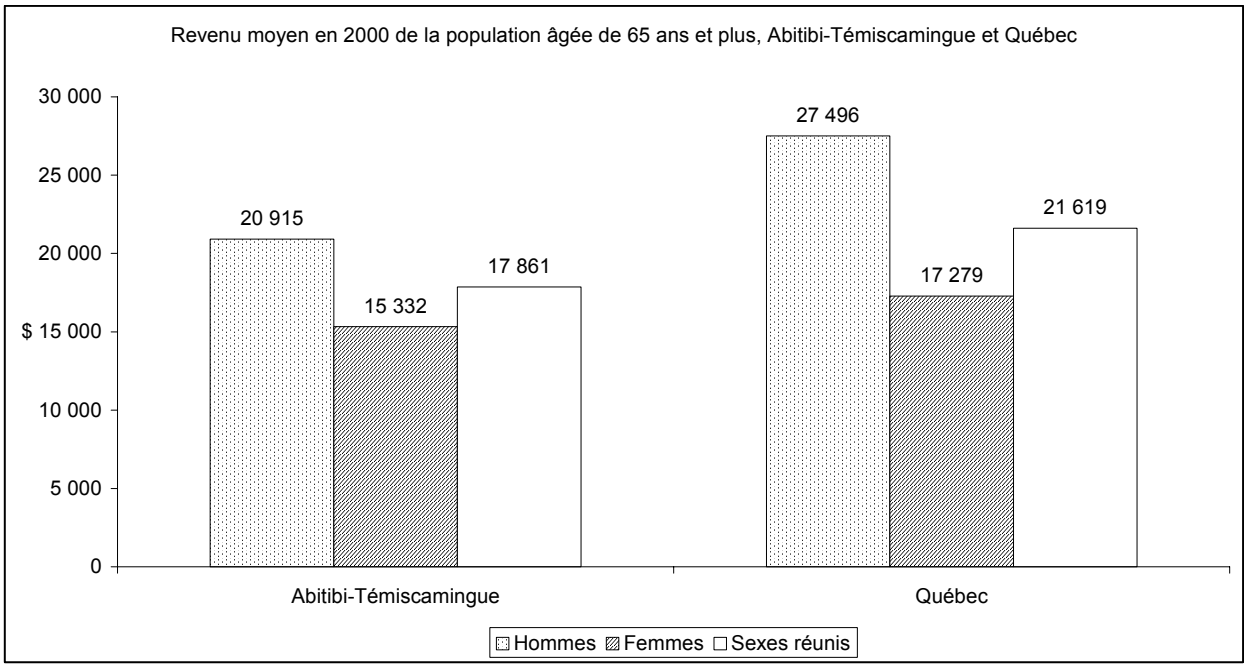
Le revenu moyen en 2000

Les revenus des personnes âgées peuvent provenir de différentes sources, que ce soit la pension de la sécurité de la vieillesse, le supplément de revenu garanti, les prestations du Régime des Rentes du Québec, les fonds privés de retraite, les RÉER, le salaire (si la personne travaille encore), les dividendes, etc.

[6] Par morbidité, on entend ici les différents problèmes de santé ou maladies.

[7] Institut national de santé publique et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Gouvernement du Québec, 2006, p.10.

Figure 2



Source : Statistique Canada, Recensement 2001, tableau 95F0431XCB01001.

Comme l'illustre la figure 2, en 2000, le revenu moyen des aînés en Abitibi-Témiscamingue se situait en deçà de la moyenne québécoise, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes.

Pour les deux sexes réunis, le revenu moyen dans la région était de 17 861 $ comparativement à 21 619 $ au Québec, ce qui représente une différence de 3 800 $ ou 17 % de moins que la moyenne québécoise.

La différence la plus importante s'observe chez les hommes de la région dont le revenu moyen s'établissait à 20 915 $ alors que chez leurs homologues québécois il se situait à 27 496 $, soit près de 6 600 $ de plus. Chez les femmes, l'écart entre le revenu moyen des Témiscabitibiennes et celui des Québécoises est moindre, puisque d'environ 2 000 $.

On constate par ailleurs que le revenu moyen des hommes est supérieur à celui des femmes, et que cela est aussi vrai dans la région que dans l'ensemble du Québec. La différence se révèle toutefois moins grande en Abitibi-Témiscamingue (écart de 5 500 $) qu'au Québec (différence d'un peu plus de 10 000 $).

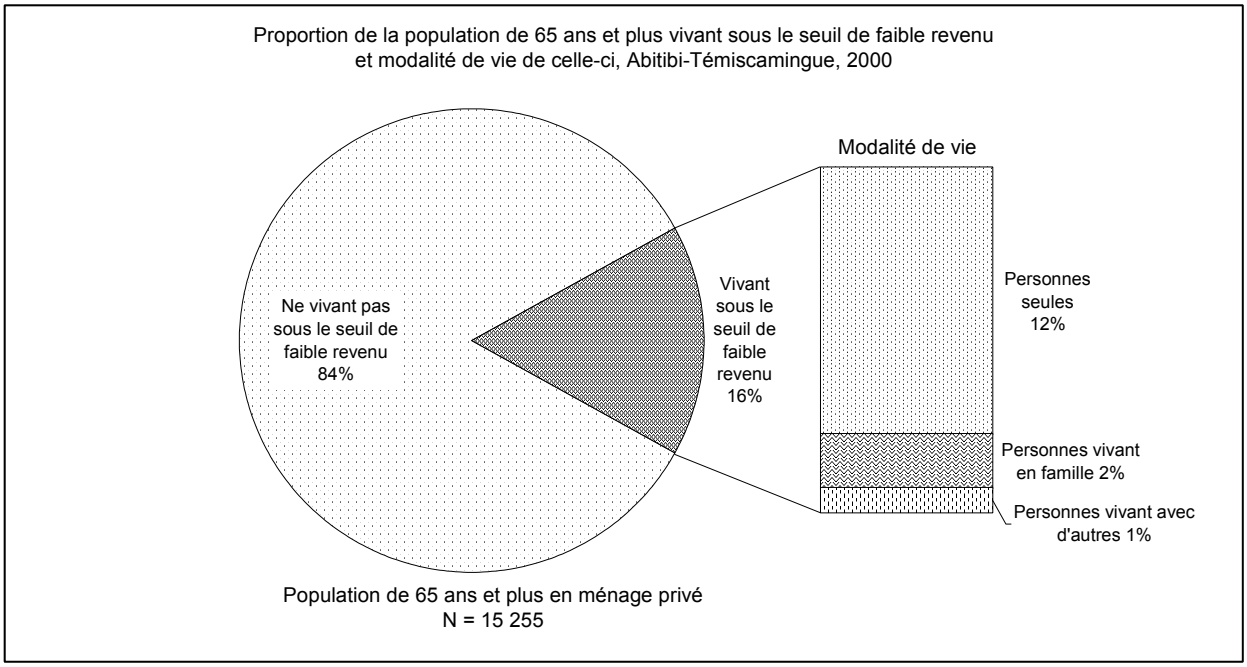
Les aînés à faible revenu

En Abitibi-Témiscamingue, en 2006, plus de la moitié des aînés (58 %), soit près de 11 700 personnes[8], touchant une pension de sécurité de la vieillesse de la part du gouvernement fédéral, reçoivent, en plus, le Supplément de revenu garanti. On peut donc en déduire que ces personnes sont considérées à revenu insuffisant.

[8] Source : Service Canada, Abitibi-Témiscamingue, décembre 2006.

Les données du recensement indiquent, pour leur part, qu'en 2001, en Abitibi-Témiscamingue, 16 % des aînés, soit environ 2 500 personnes, vivant en ménage privé étaient considérés sous le seuil de faible revenu (figure 3), les femmes constituant les trois quarts d'entre eux[9]. Parmi ces aînés, les personnes vivant seules sont en très forte majorité puisqu'elles représentent 78 % de l'ensemble, soit environ 1 900 personnes. On retrouve également des aînés vivant en couple ou avec d'autres personnes sans lien de parenté, ils sont toutefois beaucoup moins nombreux, respectivement 375 et 140 personnes.

Figure 3



Source : Statistique Canada, Recensement 2001, données géocodées, tableaux C773_T07A, C773_T09A et C773_T10A.

[9] Source : Statistique Canada, Recensement 2001, données géocodées, tableaux C773_T07A, C773_T09A et C773_T10A.

3. L'environnement social et certains problèmes sociaux

Le lien entre l'entourage social d'un individu et sa santé a été démontré. Ainsi, les relations humaines peuvent constituer à la fois une source de stress et une source de protection contre les effets négatifs du stress sur la santé. Par ailleurs, la présence de soutien social permet aux individus de développer des mécanismes d'adaptation appropriés lorsqu'ils font face à des situations particulièrement difficiles (exemple : perte d'un être cher, maladie physique ou mentale, etc.)[10]. Cette section traite tout d'abord du milieu de vie des aînés, puis des personnes vivant seules, du soutien social, des aidants naturels et, enfin, de la violence subie par certaines personnes.

Le milieu de vie

★ *Rural versus urbain*

L'Abitibi-Témiscamingue est une des plus vastes régions du Québec comptant néanmoins un nombre élevé de petites municipalités (65) ainsi que 7 réserves et établissements indiens. Les personnes résidant dans des villes dont la taille est égale ou supérieure à 2 500 habitants sont considérées ici comme vivant en milieu urbain[11] alors que les autres sont considérées vivant en milieu rural.

Les premières données publiées du recensement 2006 de Statistique Canada permettent ainsi de constater que les trois quarts des Témiscabitibiens âgés de 65 ans et plus (76 %) résident en milieu urbain tandis qu'environ un aîné sur quatre (24 %) demeure en milieu rural. Il faut toutefois préciser que lorsqu'on réfère à un milieu urbain, il s'agit de petites villes puisque la plus importante compte près de 40 000 personnes (Rouyn-Noranda). Par ailleurs, certaines nuances doivent aussi être apportées compte tenu du fait que les municipalités de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or sont classées urbaines mais comptent malgré tout des quartiers ruraux, formés de petites municipalités regroupées lors des fusions municipales de 2002. La proportion de la population âgée de 65 ans et plus vivant véritablement en milieu urbain est donc probablement un peu moins élevée que les chiffres cités précédemment.

★ *Logement privé versus logement collectif*

Selon le recensement de 2001, dans la région 92 % des aînés vivent en ménage privé donc, dans des logements privés, tandis que 8 % vivent en logement collectif, c'est-à-dire un logement de nature commerciale (ex : pension ou maison de chambres, motels), institutionnelle (ex : hôpital, centre d'hébergement de soins de longue durée, prison) ou encore communautaire (ex : refuges). Le nombre d'aînés vivant en logement collectif est ainsi évalué à 1 370 personnes[12].

---

[10] Marie JULIEN, Danielle JULIEN et Pierre LAFONTAINE. « Environnement de soutien » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 499.

[11] Selon cette définition, dans la région, le milieu urbain se compose des municipalités suivantes : Témiscaming, Ville-Marie, Rouyn-Noranda, Macamic. La Sarre, Amos, Malartic, Val-d'Or et Senneterre (ville).

[12] Source : Statistique Canada, Recensement 2001, données géocodées, tableau C773_T04A_B.

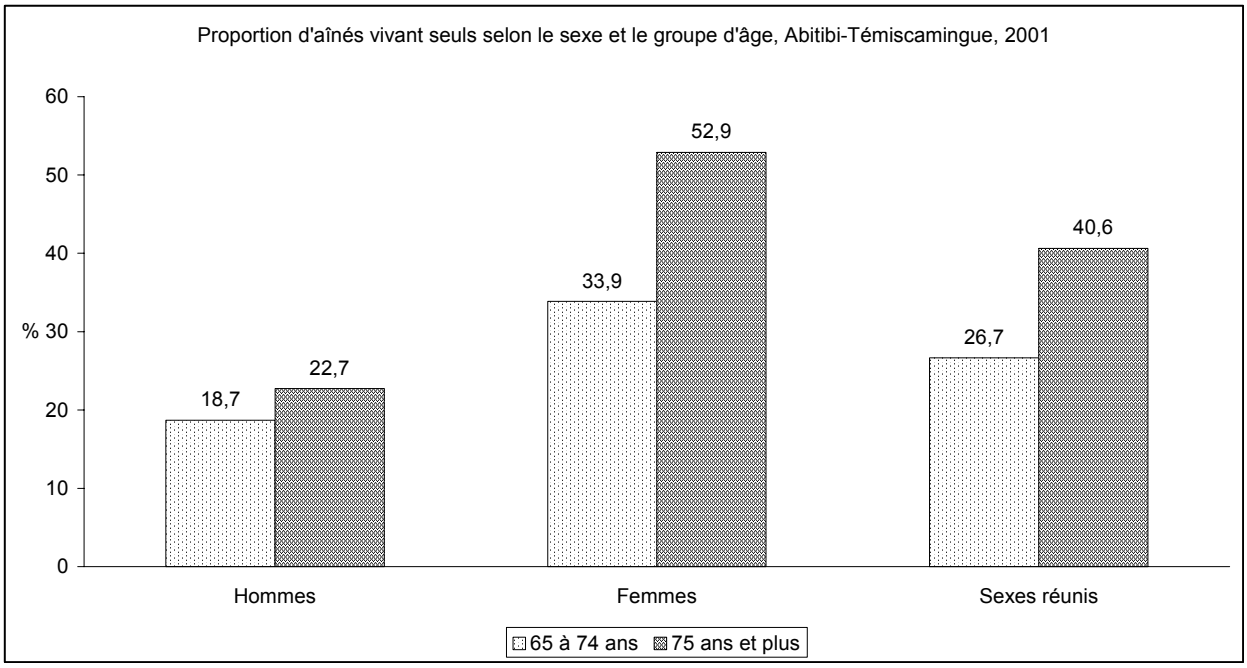
Pour ce qui est plus particulièrement des centres d'hébergement et de soins de longue durée rattachés aux centres de santé et de services sociaux de la région (CSSS), au 31 mars 2007[13], on dénombrait dans la région un total de 552 personnes âgées de 65 ans et plus hébergées (sur une base temporaire ou permanente[14]) dans ce type d'établissement. Comparativement à l'ensemble de la population des aînés en 2007, il s'agit donc d'une petite proportion puisque celle-ci s'élève à 2,9 %.

Les aînés vivant seuls : une proportion qui s'accroît avec l'âge

En 2001, parmi les personnes vivant en ménage privé, la proportion des aînés vivant seuls se révèle nettement plus élevée que chez les adultes de 18 à 64 ans. De fait, dans la région, près du tiers (32 %) des aînés vivent seuls, ce qui équivaut à un peu plus de 4 800 personnes alors que chez les 18 à 64 ans c'est le cas d'environ une personne sur huit[15].

La proportion de personnes seules chez les aînés varie cependant de façon importante selon le groupe d'âge et le sexe (figure 4) : alors que chez les 65 à 74 ans, environ un homme sur cinq (19 %) vit seul, chez les femmes c'est le cas d'une sur trois. Chez les plus âgés, soit les personnes de 75 ans et plus, environ un homme sur quatre (23 %) vit seul et, chez les femmes, il s'agit d'une sur deux (53 %). Dans ce dernier cas, il importe de préciser que, pour bon nombre de femmes âgées, le fait de vivre seul résulte souvent de la perte du conjoint.

Figure 4



Source : Statistique Canada, Recensement 2001, tableau 95F0315XCB2001001 *Les aînés et le soutien social.*

[13] Source : Rapports statistiques annuels 2006-2007 des CHSLD des 6 CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Compilation par André Bélanger, Direction générale adjointe, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

[14] Les personnes hébergées sur une base temporaire représentent moins de 4 % du total.

[15] Source : Statistique Canada, Recensement 2001, tableau 95F0315XCB2001001.

On a pu constater précédemment que bon nombre de personnes âgées vivent seules. Le fait de bénéficier de soutien social prend d'autant plus d'importance dans une telle situation de vie. Par soutien social on entend ici le fait d'avoir quelqu'un qui peut écouter, conseiller en temps de crise ou encore donner des renseignements. C'est également quelqu'un à qui la personne peut parler, se confier et qui comprend les problèmes.

Bien que les trois quarts des personnes âgées bénéficient d'un certain soutien social, des données de 2005 révèlent qu'en Abitibi-Témiscamingue, comme au Québec, environ un aîné sur quatre[16] ne jouit pas d'un soutien social élevé dans le sens où il dispose rarement ou jamais de quelqu'un à qui parler ou se confier.

Les aidants naturels

Que ce soit des parents, des amis ou encore des bénévoles, les aidants naturels jouent un rôle important auprès des aînés, particulièrement pour ceux qui vivent seuls. De fait, les aidants peuvent fournir de l'aide aussi bien pour l'hygiène que la préparation des repas ou les déplacements ; ils peuvent également fournir le soutien social dont ont besoin les personnes.

Le recensement de 2001 indique que, dans la région, près de 6 % de la population de 15 ans et plus a prodigué au moins 5 heures de soins, sur une semaine, sans rémunération, à des personnes âgées. Comme au Québec, les deux tiers de ces aidants naturels sont des femmes. Par ailleurs, le pourcentage de femmes de la région qui agissent à titre d'aidants naturels s'avère significativement plus élevé qu'au Québec, 7,6 % des femmes de 15 ans et plus contre 7 % au Québec.

Les mauvais traitements et la négligence à l'endroit des aînés

Qu'ils résident en logement privé ou en milieu institutionnel, les aînés sont susceptibles d'être victimes de mauvais traitements ou de négligence. Par mauvais traitements, on entend généralement de la violence physique, de la violence psychologique et de l'exploitation financière[17].

Il est difficile d'obtenir des données exactes sur ces problèmes car les définitions de la violence utilisées dans les études diffèrent beaucoup de même que les méthodes employées. En outre, la violence est un phénomène caché et les cas signalés ne représentent probablement qu'une partie infime des cas réels.

Deux études importantes ont néanmoins été réalisées au Canada en 1989[18] et en 1999[19] auprès de personnes âgées vivant en ménage privé. En dépit de plusieurs différences, ces études permettent d'estimer qu'au Canada, de 4 % à 7 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont été victimes de mauvais traitements, la violence psychologique semblant toutefois plus répandue

16 Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

17 Mc DONALD, A., COLLINS. *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés*. Document de travail. Unité de prévention de la violence familiale, Santé Canada, 2000.

18 E. PODNIECKS et autres. *Une enquête nationale sur les mauvais traitements des personnes âgées au Canada*. Toronto Ontario, Ryerson Polytechnical Institute, 1990.

19 Valerie BUNGE, Daisy LOCKE. *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, 2000.

que la violence physique. L'important est de retenir que ces chiffres sous-estiment probablement la réalité, les deux enquêtes ayant été menées par voie téléphonique avec les contraintes et les limites que cela entraîne lorsqu'on s'adresse à une population âgée (ex : personnes avec des déficiences cognitives ne pouvant répondre au téléphone, personnes aux prises avec des problèmes de surdité, personnes ayant peu ou pas d'intimité pour répondre au téléphone, réponses peu précises en raison de l'absence de lien entre l'interviewer et la personne âgée sondée, etc.). On peut donc penser qu'il s'agit d'estimations minimales pour évaluer le nombre de personnes âgées victimes de mauvais traitements ou de négligence. En Abitibi-Témiscamingue, cela toucherait donc minimalement entre 750 et 1 350 aînés.

En milieu institutionnel, comme par exemple dans les hôpitaux ou les établissements de soins prolongés, les données sont encore plus rares[20] bien que le phénomène de la violence soit aussi réel et ait été dénoncé à maintes reprises. De fait, dans ces milieux, les personnes âgées peuvent être victimes aussi bien de négligence, de violence psychologique ou morale, de violence physique, de violence sexuelle, d'exploitation financière, de violence médicale ou encore de violation des droits. Un sondage téléphonique mené en Ontario en 1993, auprès d'infirmiers et d'infirmières accrédités de l'Ordre, donne une image rudimentaire de la nature et de l'étendue de la violence en milieu institutionnel[21]. On y apprend, entre autres, que près de la moitié des répondants ont été témoins d'un ou plusieurs incidents de violence et que la violence verbale est ce qu'il y a de plus répandu, suivie de la violence physique. Bien qu'aucune donnée spécifique ne soit disponible pour la région, rien ne permet de croire que la situation est différente.

4. Les habitudes de vie

Certaines habitudes de vie telles une mauvaise alimentation, la sédentarité ou encore le tabagisme comptent pour beaucoup dans l'apparition de certaines maladies chroniques comme les problèmes cardiovasculaires ou respiratoires, certains cancers, le diabète, etc.[22], d'où l'intérêt d'en savoir davantage quant à la situation des personnes âgées.

L'usage du tabac

En ce qui a trait aux habitudes de vie, la population témiscabitibienne s'est démarquée longtemps du reste du Québec par une proportion supérieure de personnes faisant un usage régulier du tabac. La situation s'est améliorée au cours des quinze dernières années et la consommation de tabac a diminué, toutefois les méfaits du tabagisme se faisant sentir souvent après une longue période d'exposition, les aînés d'aujourd'hui de même que ceux de 2012 sont probablement plus susceptibles de connaître des problèmes de santé associés au tabac que ceux qui seront présents dans 20 ans. En outre, malgré le fait que la proportion de fumeurs abandonnant l'usage du tabac s'accroît progressivement avec l'âge, la population âgée de 65 ans et plus continue de compter

---

20 L. Mc DONALD, A., COLLINS. *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés*. Document de travail. Unité de prévention de la violence familiale, Santé Canada, 2000, p. 23.

21 Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 1993. Cité dans L. Mc DONALD, A. COLLINS. *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés*. Document de travail. Unité de prévention de la violence familiale. Santé Canada, 2000, p. 23.

22 Institut national de santé publique et ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Gouvernement du Québec, 2006, p.33.

des fumeurs parmi ses rangs. Ainsi, en 2005[23], dans la région, environ un aîné sur huit (11 %) était fumeur, ce qui correspond approximativement à 1 900 personnes. On doit cependant préciser que les aînés représentent le groupe d'âge comptant la proportion la plus faible de fumeurs, proportion qui s'avère d'ailleurs relativement stable depuis plusieurs années[24].

La consommation d'alcool

La consommation élevée d'alcool représente un facteur de risque important pour la santé, d'autant plus chez les gens âgés puisque la tolérance à l'alcool diminue avec l'âge[25]. La consommation élevée peut se mesurer de différentes façons. Un des indicateurs utilisés par Statistique Canada est le fait de boire 14 consommations ou plus au cours d'une même semaine, quel que soit le sexe. À cet égard, les aînés constituent le groupe d'âge où la proportion de personnes ayant une consommation élevée est la plus faible, moins de 5 %[26]. À noter toutefois qu'un écart important s'observe entre les hommes et les femmes, la consommation élevée apparaissant très marginale chez ces dernières alors qu'elle touche environ un homme âgé sur dix.

La consommation élevée de médicaments

Le fait de consommer trois médicaments différents ou plus au cours d'une période de 2 jours est le point de coupure habituellement utilisé dans les études examinant la consommation élevée de médicaments. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 révèle ainsi que dans la région, la majorité des aînés, soit au moins six personnes sur dix (62 %), ont déclaré avoir pris trois médicaments différents ou plus au cours de la période étudiée. Cette proportion est nettement supérieure à celle observée dans les autres groupes d'âge : 6 % chez les 12-44 ans et 34 % chez les 45-64 ans.

Cela s'explique en bonne partie du fait que plusieurs problèmes de santé sont associés à l'âge et apparaissent à mesure que les personnes vieillissent, incitant ces dernières à prendre davantage de médicaments pour en contrôler les symptômes.

La pratique de l'activité physique

Parmi d'autres habitudes de vie ayant un impact sur la santé on compte la pratique régulière d'activité physique, notamment durant les loisirs. À cet égard, une enquête menée en 2005[27] ainsi qu'une autre réalisée en 2003[28] indiquent qu'en Abitibi-Témiscamingue, parmi les aînés, seulement une personne sur quatre environ est active[29], situation qui ne diffère pas sur le plan statistique de ce qu'on observe au Québec. En conséquence, les trois quarts des aînés ne peuvent

23 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, cycle 3.1.

24 Sylvie BERNIER, Denis HAMEL. *Évolution de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 15 ans et plus de 1994-1995 à 2003*. Institut national de santé publique, 2006, p. 25.

25 Sylvie POIRIER et autres. *Pour les aînés de la Montérégie : un art de vivre en santé, une qualité de vie*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001, p. 30.

26 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, cycle 3.1.

27 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, cycle 3.1.

28 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, cycle 2.1.

29 Une personne adulte est dite « active » lorsqu'elle a une dépense énergétique de 14 kcal/kg/semaine à une fréquence d'au moins 3 fois par semaine.

bénéficier des effets positifs de la pratique régulière de l'activité physique puisqu'ils sont, soit sédentaires, soit insuffisamment actifs.

La consommation de fruits et de légumes

Il est reconnu qu'une saine alimentation, et plus particulièrement, un régime riche en fruits et légumes, contribue grandement à la prévention des maladies cardiovasculaires et de certaines formes de cancer. Aussi la consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits ou de légumes est considérée comme bénéfique pour l'état de santé. Sur ce point, des données de 2003[30] révèlent que dans la région, comme au Québec, environ une personne aînée sur deux a adopté cette habitude. La moitié des gens âgés de 65 ans et plus ne mangent donc pas suffisamment de fruits ou de légumes chaque jour. Précisons, par ailleurs, que le nouveau Guide alimentaire canadien recommande aux personnes de 65 ans et plus de consommer non pas 5 mais 7 portions de fruits ou légumes par jour.

Le poids corporel

L'obésité constitue un facteur de risque pour bon nombre de problèmes de santé chroniques comme par exemple le diabète de type 2, les maladies du cœur, l'hypertension, l'insuffisance respiratoire, etc. Dans la région, comme au Québec, des données auto déclarées provenant d'une enquête menée en 2005 permettent d'estimer à environ 15 %[31] la proportion de personnes obèses chez les aînés, soit environ 2 600 personnes. Par ailleurs, plusieurs études démontrent, qu'au cours des quinze dernières années, cette proportion s'est accrue chez les aînés comme dans le reste de la population mais de façon moindre que pour les autres groupes d'âge[32].

5. L'état de santé global

La perception de l'état de santé

La perception de l'état de santé « reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie, donc des aspects objectifs et subjectifs de la santé »[33]. C'est un indicateur considéré comme fiable et valide car il est associé aux problèmes de santé physique, à la capacité fonctionnelle et à la limitation des activités des personnes. Plusieurs facteurs ont une influence sur la perception que les gens ont de leur santé, entre autres, l'âge, la scolarité, le revenu, l'utilisation des services de santé, etc.

30 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, cycle 2.1.

31 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, cycle 3.1.

32 Lyne MONGEAU et autres. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*. Institut national de santé publique et Institut de la statistique du Québec, 2005, p.11.
Nathalie AUDET. *L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes*. Institut de la statistique du Québec, Zoom Santé, juin 2007, p. 2,3.

33 Madeleine LEVASSEUR. « *Perception de l'état de santé* » dans *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 259.

La majorité des personnes âgées ont une perception positive de leur état de santé. Néanmoins, la proportion d'aînés ne se percevant pas en bonne santé est plus élevée que dans les autres groupes d'âge. En 2005, dans la région, c'est le cas du tiers des gens âgés ayant répondu à l'enquête tandis que dans le reste du Québec, cela concerne une personne sur quatre. La marge d'erreur associée à ces mesures étant cependant importante, la différence entre la région et le Québec ne se révèle pas significative sur le plan statistique. Comme il a été mentionné précédemment, la perception de l'état de santé étant associée aux problèmes de santé physique, à la capacité fonctionnelle et à la limitation des activités, il apparaît plausible que davantage de personnes âgées aient une perception négative de leur santé. En effet, à cet âge, les problèmes de santé physique se font plus nombreux et ont généralement une incidence sur la capacité fonctionnelle et la limitation des activités des personnes.

L'espérance de vie

★ *Espérance de vie à la naissance*

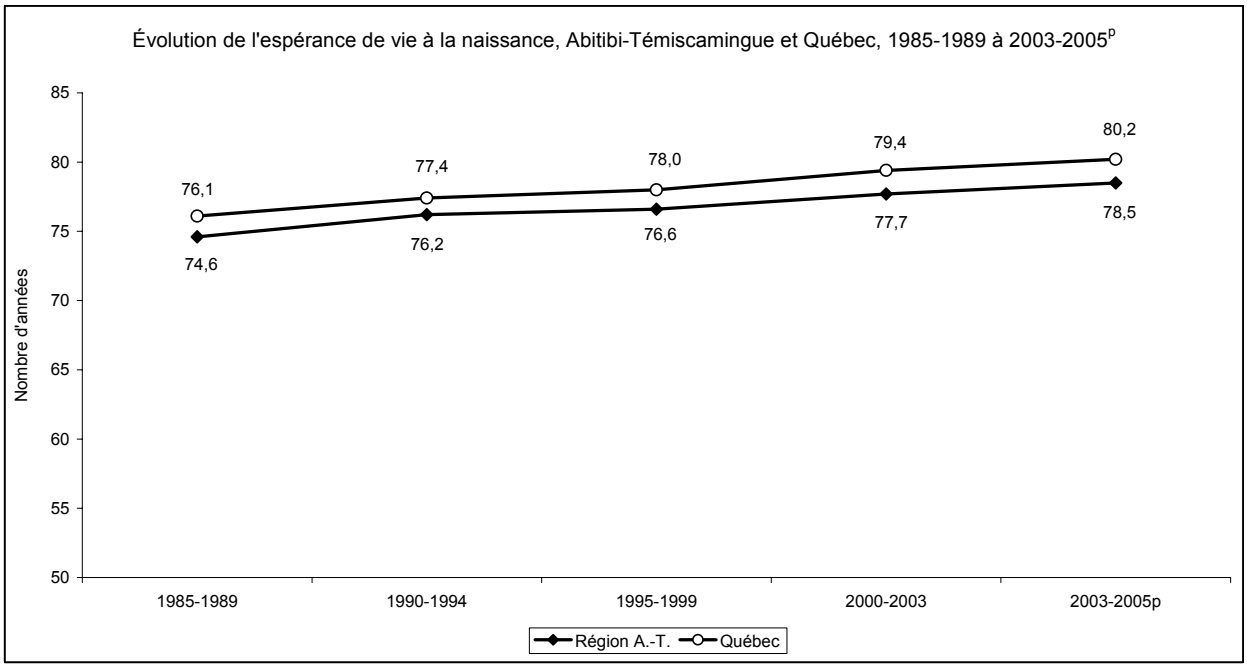
L'espérance de vie représente le nombre moyen d'années qu'un groupe d'individus peut s'attendre à vivre[34] ; de ce fait, il s'agit d'une mesure très globale de l'état de santé général d'une population puisqu'elle permet de bien saisir la situation relative à la mortalité. La hausse importante de l'espérance de vie à la naissance, particulièrement entre le début des années 30 et le milieu des années 50 au Québec, est un des facteurs explicatifs du vieillissement de la population, notamment en raison de l'amélioration des conditions de vie et de l'avancement des connaissances médicales. Bien que les gains soient aujourd'hui moins élevés, ils demeurent importants grâce aux progrès réalisés aux âges les plus avancés[35].

En Abitibi-Témiscamingue, comme au Québec, le nombre d'années d'espérance de vie continue de s'accroître progressivement ; cependant, l'espérance de vie dans la région demeure toujours un peu moins élevée qu'au Québec, l'écart étant généralement de 1,5 ans (figure 5). Sur une période de près de 20 ans, l'espérance de vie s'est ainsi accrue d'environ 4 années dans la région, passant de 74,6 ans pour la période 1985-1989, à 78,5 ans pour la période 2003 à 2005[P].

[34] Institut national d'études démographiques. Lexique : Espérance de vie. Site Internet consulté le 4 octobre 2007.

[35] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois. Indicateurs et tendances.* Québec, septembre 2002, p. 14.

Figure 5



2005p : Pour l'année 2005, le fichier des décès est provisoire car il y manque les données des résidents québécois décédés en Ontario.

Sources : Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 - Les statistiques. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 2006, p. 211.
Calculs effectués par la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue pour la période 2003 à 2005p à partir des fichiers décès du MSSS.

Les femmes continuent néanmoins de se caractériser par une espérance de vie plus longue que celle des hommes, 81,1 ans comparé à 76,0 ans pour la période 2003 à 2005p en Abitibi-Témiscamingue. Il s'agit d'un phénomène observable dans tous les pays occidentaux[36] et qui explique d'ailleurs la prépondérance féminine aux âges les plus avancés.

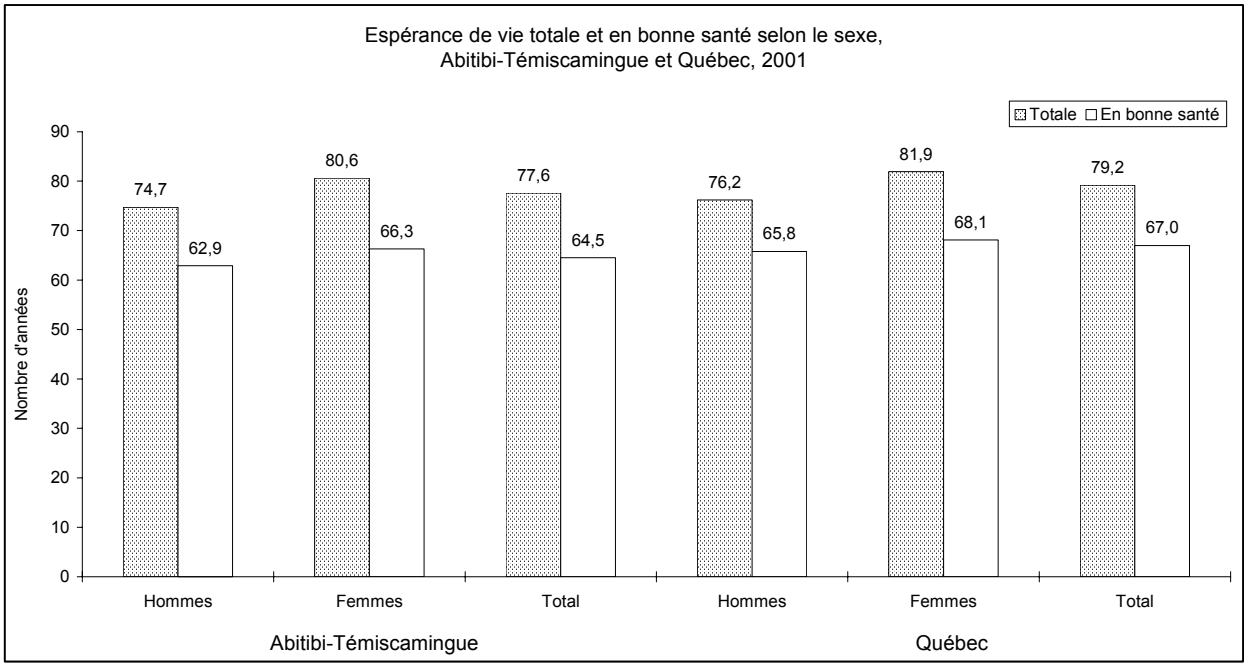
[36] Robert CHOINIÈRE. *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*. Institut national de santé publique, avril 2003, p. 14.

★ *Espérance de vie en bonne santé*

Si la vie s'allonge en terme d'années, l'avancée en âge amène toutefois une hausse des incapacités[37]. C'est pourquoi, l'espérance de vie en bonne santé s'avère un indicateur complémentaire intéressant puisqu'il tient compte à la fois de la durée et de la qualité de la vie. De fait, par espérance de vie en bonne santé, on entend le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre sans présenter d'incapacité ou de restrictions dans les activités de sa vie quotidienne. Les données sur l'incapacité provenant du recensement de 2001, l'espérance de vie en bonne santé, sans incapacité, est établie pour la même année, soit 2001.

En Abitibi-Témiscamingue, le nombre d'années d'espérance de vie en bonne santé s'élève à 64,5 ans pour l'ensemble de la population comparativement à 77,6 ans pour l'espérance de vie totale (ou à la naissance) (figure 6); les 13 dernières années sont donc vécues en présence d'incapacités. Pour les hommes de la région, la différence s'élève à 11,8 années ce qui est moindre que pour les femmes où l'écart est de 14,3 ans. Les femmes vivent donc plus longtemps que les hommes mais également avec des incapacités sur une plus longue période que ces derniers. Les mêmes tendances sont observées à l'échelle du Québec avec cependant une espérance de vie totale plus élevée.

Figure 6



Source : Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 - Les statistiques. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population.* Gouvernement du Québec, 2006, p. 213.

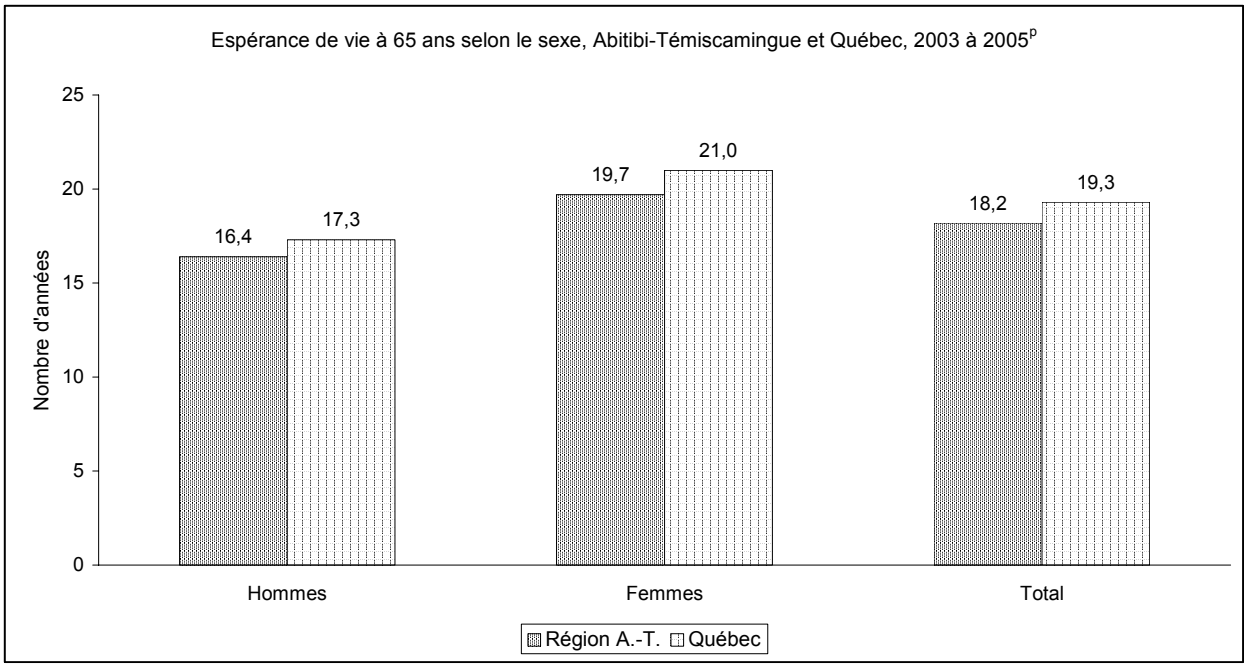
[37] Direction de la santé publique – Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Prévenir, guérir, soigner – les défis d'une société vieillissante – Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise.* 1999, p.17,18.

★ *Espérance de vie à 65 ans*

L'espérance de vie à 65 ans représente le nombre d'années restant à vivre au-delà de 65 ans selon les conditions de mortalité de la période retenue. Comme le mentionne Duchesne, on peut le considérer comme « un indicateur du nombre d'années de vie passées à la retraite »[38] d'où son intérêt dans le présent portrait.

Pour la période 2003 à 2005ᵖ, l'espérance de vie à 65 ans s'établit en Abitibi-Témiscamingue à 18,2 ans pour les deux sexes réunis, ce qui conduit à l'âge de 83,2 ans. L'écart entre les sexes persiste ici aussi et l'espérance de vie à 65 ans s'avère donc plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Chez ceux-ci, elle se situe à 16,4 ans, ce qui mène à l'âge de 81,4 ans tandis que chez les femmes, elle se situe à 19,7 ans, ce qui correspond à 84,7 ans. Comme l'illustre la figure 7, et de même que pour l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie à 65 ans est un peu inférieure dans la région à ce qui prévaut dans l'ensemble du Québec.

Figure 7



2005ᵖ : Pour l'année 2005, le fichier des décès est provisoire car il y manque les données des résidents québécois décédés en Ontario.

Source : Calculés effectués par la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue pour la période 2003 à 2005ᵖ à partir des fichiers décès du MSSS.

[38] Louis DUCHESNE. *La situation démographique au Québec. Bilan 2006*. Institut de la statistique du Québec, 2006, p. 53.

6. Les incapacités

Si l'état de santé général des aînés est meilleur aujourd'hui, en raison de l'amélioration des grands déterminants de la santé, et des progrès de la prévention et des traitements médicaux, l'avancée en âge amène toutefois une hausse des incapacités et des maladies chroniques. Comme aucune donnée récente spécifique à l'Abitibi-Témiscamingue n'est disponible en ce qui concerne les incapacités chez les gens âgés, les informations présentées ici se rapportent à l'ensemble des Québécois de 65 ans et plus.

D'emblée, il importe de souligner que la majorité des aînés vit sans aucune incapacité. En effet, selon une enquête canadienne menée également au Québec en 2001[39], 20 % des personnes de 65 à 74 ans présentent une incapacité, c'est-à-dire rencontrent des difficultés ou des restrictions dans leurs activités quotidiennes[40]. Chez les plus âgés, soit les personnes ayant 75 ans et plus, le taux d'incapacité augmente et atteint 41 %.

Par ailleurs, de façon générale, les incapacités sont plus répandues chez les femmes que chez les hommes ; pour le groupe des 65 à 74 ans, le taux d'incapacité s'établit à 18 % chez les hommes contre 21 % chez les femmes, et pour celui des 75 ans et plus, il est de 36 % chez les hommes contre 43 % chez les femmes.

L'enquête distingue 11 types d'incapacités, à savoir :

Incapacités physiques	Incapacités non physiques
Audition	Apprentissage
Vision	Mémoire
Parole	Déficience intellectuelle
Mobilité	Psychologique
Agilité	Inconnu
Douleur	

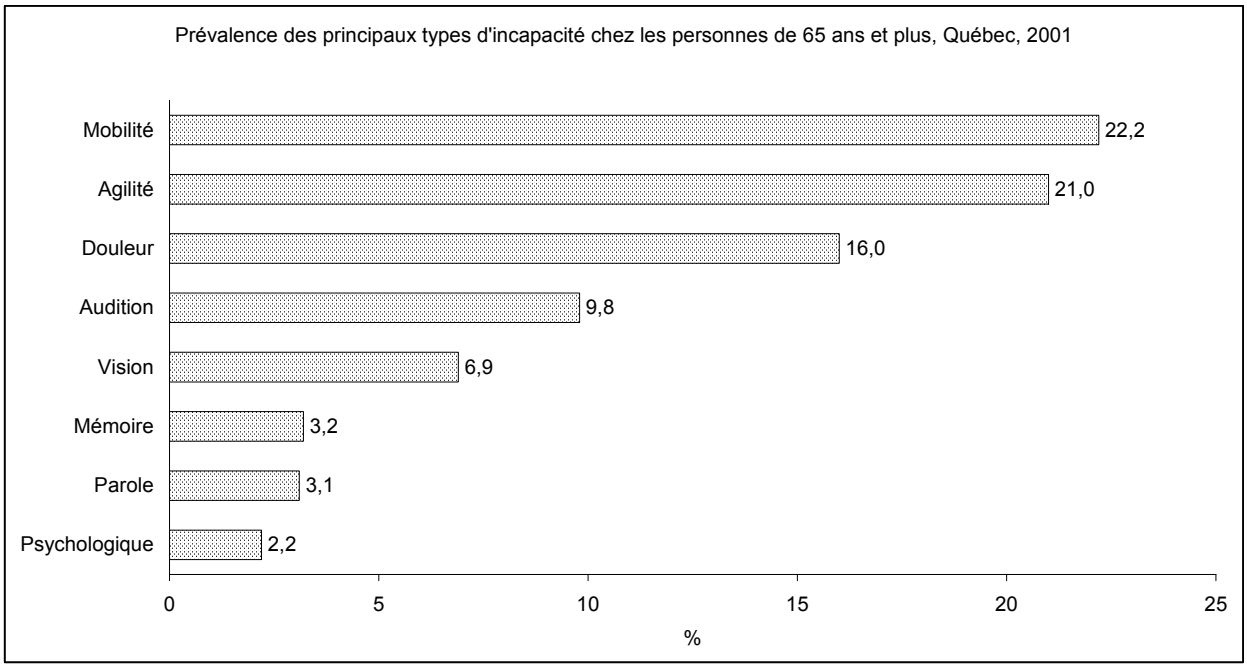
Chez les aînés, ce sont les incapacités d'ordre physique qui prédominent (figure 8). Ainsi, les incapacités liées à la mobilité, à l'agilité et à la douleur sont les plus répandues puisqu'elles touchent respectivement 22 %, 21 % et 16 % des aînés. Les incapacités physiques de type sensoriel touchant l'audition, la vision et la parole sont présentes quant à elles chez respectivement 10 %, 7 % et 3 % des personnes âgées. Enfin, les incapacités non physiques comme celles associées à la mémoire ou de nature psychologique sont plus rares et présentes chez 3 % ou moins des aînés. Il importe tout de même de spécifier qu'une même personne peut avoir plusieurs types d'incapacité, d'ailleurs l'enquête a révélé que la très grande majorité des personnes ayant une incapacité, en présentent plusieurs.

---

[39] Mikaël BERTHELOT, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY. *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec : Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA)*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 156 p.

[40] Il importe de préciser que l'enquête concerne essentiellement les personnes vivant en ménage privé. Celles vivant en milieu institutionnel sont exclues de l'enquête.

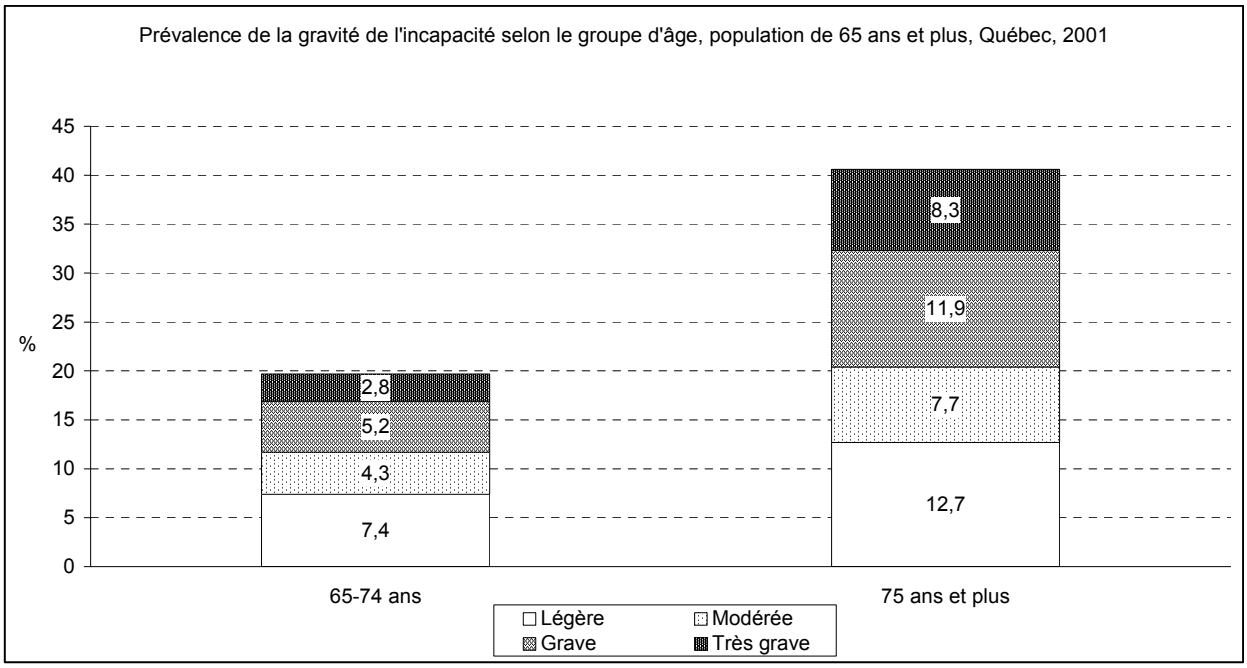
Figure 8



Source : Mikaël BERTHELOT, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY. *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec : Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA)*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, p. 45.

La gravité des incapacités a été évaluée en tenant compte de l'intensité et de la fréquence des limitations d'activités ; de fait, quatre niveaux distincts de gravité ont été identifiés : léger, modéré, grave et très grave. Comme l'illustre la figure 9, la gravité des incapacités s'accroît également à mesure que la population vieillit. Ainsi, quel que soit le niveau de gravité des incapacités, la proportion de gens de 75 ans et plus ayant une incapacité demeure toujours supérieure à celle des 65 à 74 ans.

Figure 9



Source : Mikaël BERTHELOT, Jocelyne CAMIRAND et Rébecca TREMBLAY. *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec : Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA)*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, p. 46.

Finalement, si le vieillissement en soi est identifié comme une cause fréquente d'incapacité, une maladie ou un accident peut également être à l'origine de certaines incapacités dans la population.

7. La santé physique

Compte tenu de la multitude de problèmes de santé physique qui peuvent affecter les personnes âgées, seuls les plus fréquents ou ceux qui touchent de manière particulière les aînés sont abordés dans cette section.

« Les maladies chroniques remplacent maintenant les « vieilles épidémies » et prennent une place majeure et croissante dans les causes de décès »[41] ou d'incapacité. Parmi elles, on retrouve, entre autres, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'arthrite et l'ostéoporose[42], qui seront abordées dans les pages qui suivent. Il sera également question des blessures et des chutes de même que, sommairement, de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

---

41 Marie-Claire LACASSE et autres. *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2005-2015 dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue*. Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, juin 2005, p. 1.

42 À noter qu'en Abitibi-Témiscamingue, les maladies buccodentaires sont également considérées comme des maladies chroniques et font partie intégrante du programme de prévention « 0-5-30 », combinaison prévention des maladies chroniques.

Les maladies cardiovasculaires

La grande catégorie des maladies cardiovasculaires comporte un nombre important de problèmes eux-mêmes regroupés en sous-catégories. Parmi ces dernières, on recense, entre autres, les maladies hypertensives comme l'hypertension artérielle essentielle ou secondaire, les cardiopathies ischémiques telles que l'angine de poitrine et l'infarctus aigu du myocarde, les maladies cérébrovasculaires telles que l'accident vasculaire cérébral et l'infarctus cérébral, et le groupe des autres formes de cardiopathies qui inclut une série de problèmes dont l'insuffisance cardiaque. Plusieurs sources de données confirment l'importance des maladies cardiovasculaires au sein de la population âgée de 65 ans et plus.

Un des problèmes listé précédemment, l'hypertension artérielle, est particulièrement préoccupant car largement répandu dans la population, spécifiquement chez les aînés. Ainsi, une enquête canadienne menée en 2005[43] révèle, qu'en Abitibi-Témiscamingue, près de la moitié des aînés (47 %) souffrent d'hypertension. Or, le problème est d'autant nuisible qu'il peut augmenter le risque d'accident vasculaire cérébral, de troubles rénaux et de maladie du cœur[44]. À cela, s'ajoute le fait que les personnes ayant une tension artérielle élevée peuvent ne présenter aucun symptôme, c'est pourquoi il est difficile de poser un diagnostic précoce et de contrôler l'hypertension à long terme[45].

La même enquête (effectuée en 2005) révèle aussi que, dans la région, un aîné sur cinq est affecté par une maladie cardiaque.

Les maladies cardiovasculaires représentent également la principale cause d'hospitalisation chez les gens âgés de 65 ans et plus avec environ 21 % de l'ensemble des hospitalisations de courte durée[46]. Là aussi, les problèmes les plus fréquents sont, par ordre décroissant d'importance, les cardiopathies ischémiques, les autres formes de cardiopathies et les maladies vasculaires cérébrales.

Les données sur la mortalité permettent, par ailleurs, de constater qu'en Abitibi-Témiscamingue comme au Québec, le tiers des décès survenant chez les personnes de 65 ans et plus sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire, ce qui en fait la première cause de mortalité dans ce groupe d'âge (figure 10). De façon plus précise, un peu plus de la moitié des décès associés aux maladies cardiovasculaires résultent de cardiopathies ischémiques, près d'un sur cinq d'une maladie cérébrovasculaire et environ un sur six d'une autre forme de cardiopathie comme l'insuffisance cardiaque par exemple.

---

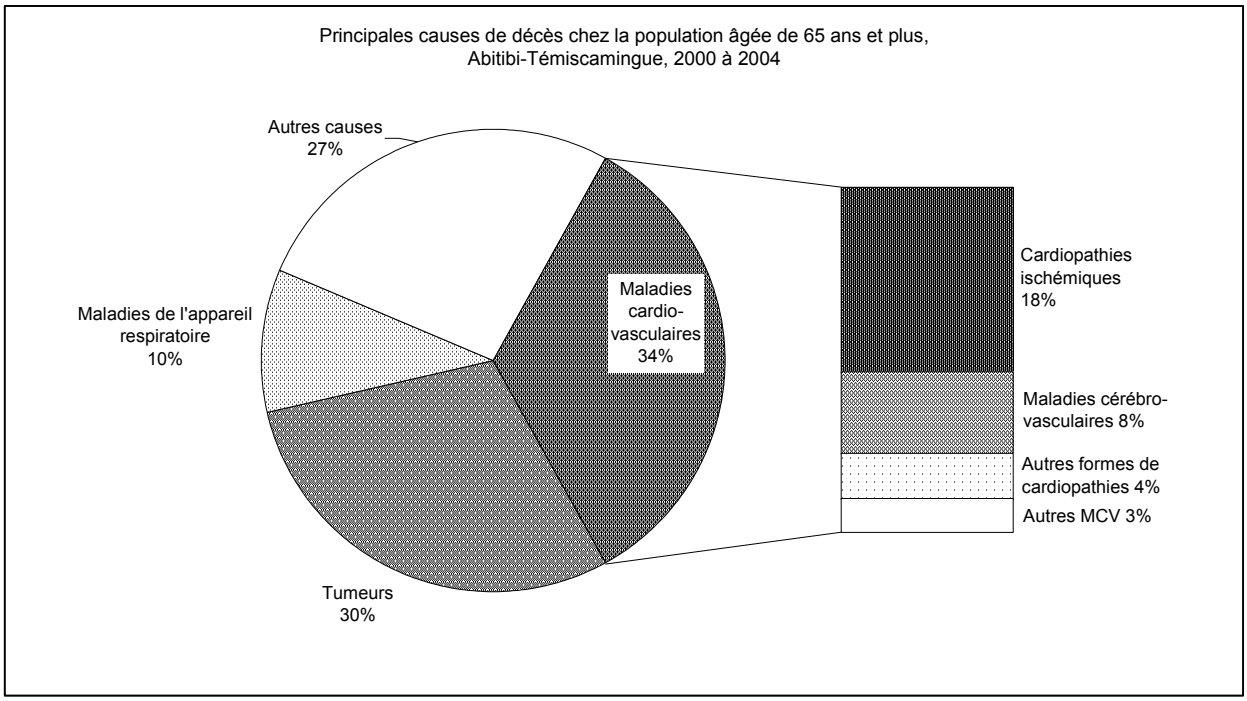
43 Source : Statistique Canada, ESCC 2005.

44 Le Collège des médecins de famille du Canada. *L'hypertension artérielle – Comment réduire la haute pression.* Site Internet (http://www.cfpc.ca/French/cfpc/programs/patient%20education/high%20blood/default.asp) consulté le 15 janvier 2008.

45 Agence de la santé publique du Canada. Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. *Maladies cardiovasculaires.* Site Internet (http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdp-cpmc/cvd-mcv/index_f.html) consulté le 15 janvier 2008.

46 Sources : MSSS, fichier Med-Écho 2004-2005.

Figure 10



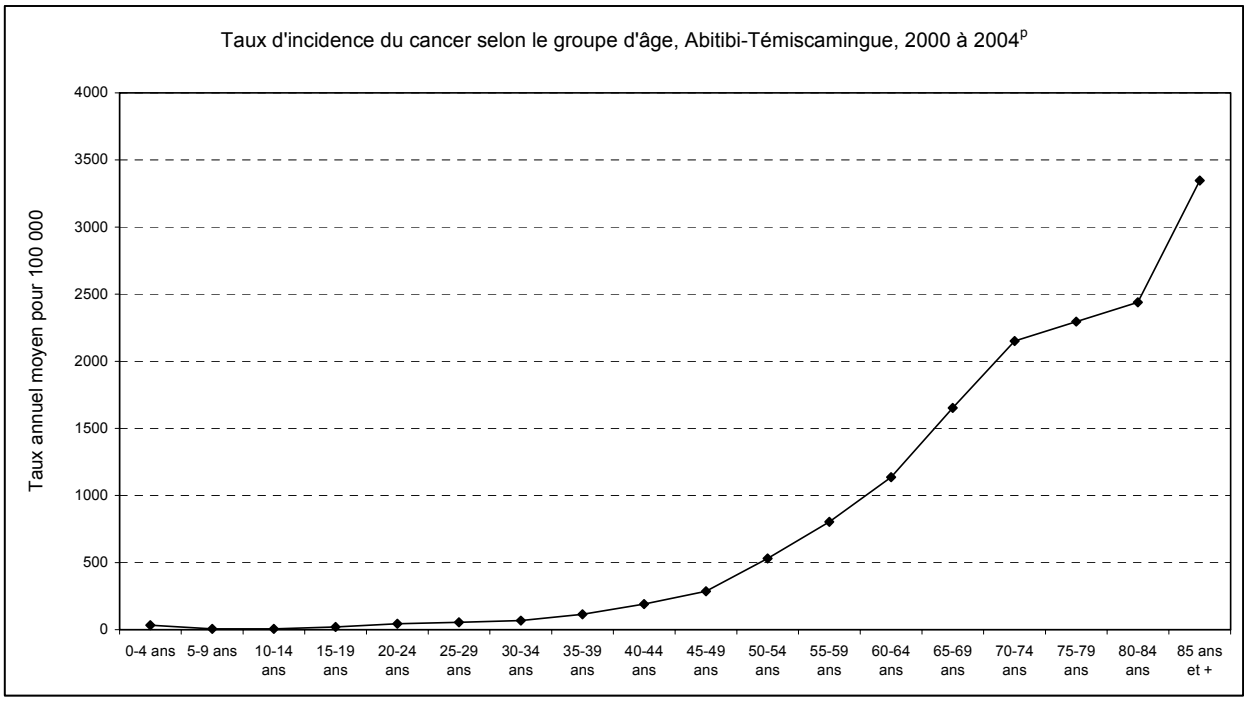
Source : MSSS, fichier des décès, 2000 à 2004.

Le cancer

Bien que le cancer puisse frapper à n'importe quel âge, le nombre de nouveaux cas s'accroît à mesure que la population vieillit, plus particulièrement après 60 ans où les taux d'incidence varient alors entre 1 000 et 3 000 cas pour 100 000 personnes (figure 11) alors que chez les jeunes de moins de 25 ans, les taux varient entre 10 et 20 cas pour 100 000[47]. Ajoutons, que plus de la moitié des nouveaux cas de cancer déclarés en Abitibi-Témiscamingue de 2000 à 2004 ont été recensés chez des personnes de 65 ans ou plus, soit une moyenne annuelle de 369 cas. Les principaux types de cancers qui surviennent chez les aînés sont les mêmes que dans la population en général, le plus fréquent étant celui du poumon, puis le cancer du côlon-rectum, le cancer de la prostate chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes.

[47] Source : MSSS, fichier des tumeurs.

Figure 11



P : Fichier provisoire car il ne comprend pas les données de résidents québécois diagnostiqués pour un nouveau cancer en Ontario.

Sources : MSSS, fichier des tumeurs, 2000 à 2002 et 2003P, 2004P.
Statistique Canada, estimations démographiques pour 2002.

Avec 30 % des décès survenant chez les aînés, le cancer constitue la deuxième cause principale de mortalité chez les gens de ce groupe. Par ailleurs, quatre types de cancer sont à l'origine de plus de la moitié des décès par cancer ; il s'agit, par ordre décroissant d'importance, des cancers du poumon, du côlon-rectum, de la prostate chez les hommes et du sein chez les femmes.

Le diabète

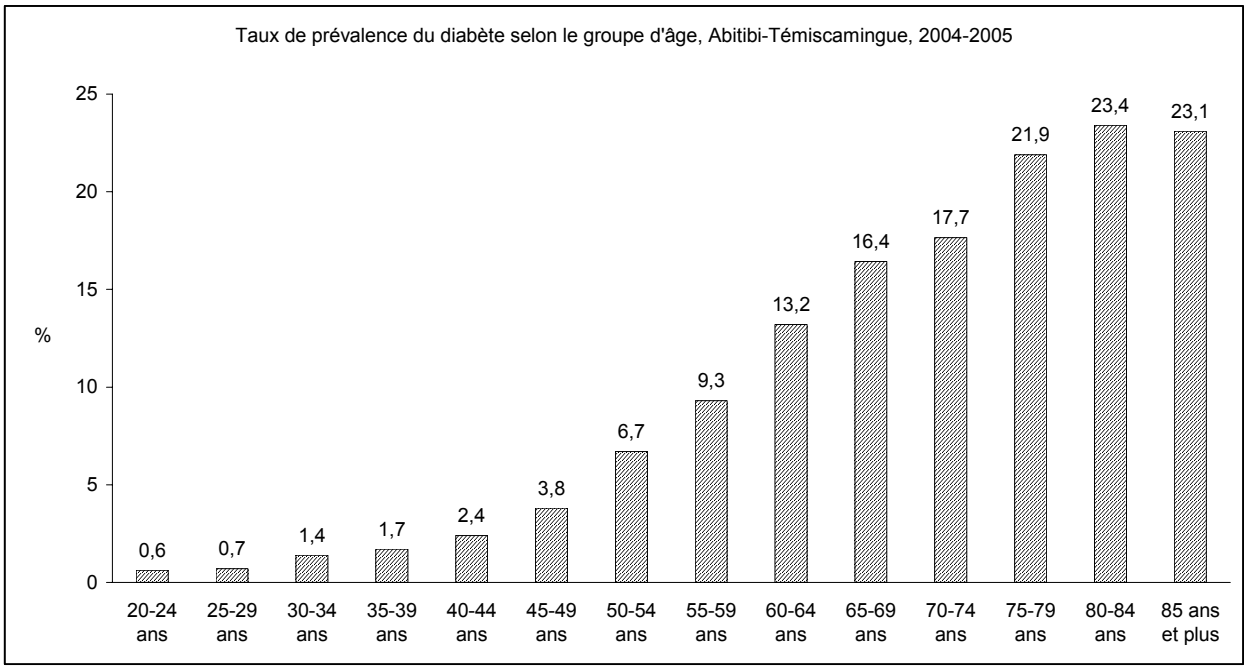
Autre maladie chronique pouvant se révéler particulièrement incapacitante, le diabète. En effet, à long terme, le diabète se caractérise par des complications qui touchent de nombreux organes, réduisent la qualité de vie des personnes diabétiques, augmentent le recours aux services de santé, et peuvent entraîner une mortalité prématurée. Le diabète est une des principales causes de cécité, d'amputations non traumatiques, d'insuffisance rénale, et un facteur de risque important de maladies cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux.

Avec un taux de prévalence du diabète de 19 %, en 2004-2005 chez les 65 ans et plus[48], la région ne se différencie pas de l'ensemble du Québec. On dénombre ainsi 3 430 aînés atteints de diabète, dont une majorité (56 %) de femmes. Par ailleurs, comme l'illustre la figure 12, la proportion de personnes souffrant du diabète augmente de manière significative à mesure que celles-ci atteignent la soixantaine. De 16,4 % chez les 65 à 69 ans, les taux de prévalence

48 Source : Institut national de santé publique, données sur la prévalence du diabète en 2004-2005.

s'accroissent progressivement pour atteindre 23,1 % chez les 85 ans et plus. Compte tenu de ces chiffres et des projections pour 2012, on peut s'attendre à ce que le nombre d'aînés diabétiques en 2012 se situe aux alentours de 4 300, ce qui représente une hausse de 25 % par rapport à la situation de 2004-2005.

Figure 12



Source : Institut national de santé publique, données sur la prévalence du diabète en 2004-2005.

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) telles que la bronchite chronique, l'asthme et l'emphysème sont des maladies irréversibles qui progressent lentement et affectent petit à petit la capacité respiratoire des personnes[49]. Elles touchent principalement les personnes âgées et sont à l'origine de bon nombre d'hospitalisations et de décès.

Selon une enquête menée auprès de la population témiscabitibienne en 2005, environ 7 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffraient de bronchite chronique et un peu plus de 10 % d'asthme[50].

[49] Michel GUÉRIN. *La mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue : un aperçu de la situation en 1999*. Septembre 2003, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, p. 2.

[50] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, cycle 3.1.

En Abitibi-Témiscamingue, les MPOC sont responsables de près de 450 hospitalisations en moyenne par année chez les aînés et de plus d'une soixantaine de décès[51]. Au chapitre de la mortalité, les données régionales révèlent toutefois davantage de décès chez les hommes âgés que chez les femmes. Cet écart important selon le sexe s'expliquerait par le taux élevé de tabagisme qui existait chez les hommes il y a 30 ans et par le fait aussi que bon nombre d'hommes ont travaillé dans des mines ou des fonderies et ont ainsi pu être exposés à divers polluants dans l'air qu'ils ont respiré, qui sont des facteurs à considérer dans l'apparition de problèmes respiratoires.

L'arthrite

Causée par l'usure du cartilage, l'arthrite est une maladie qui touche un grand nombre d'aînés. En fait, il existe de nombreuses formes d'arthrite, certaines affections étant aiguës et d'autres chroniques, mais la plus répandue chez les personnes âgées de 65 ans et plus est l'arthrose[52]. C'est d'ailleurs une des principales causes de douleur, d'incapacité physique et de recours aux soins de santé chez les aînés.

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes confirme l'ampleur du problème puisqu'en 2005, en Abitibi-Témiscamingue, 40 % des personnes de 65 à 74 ans et 55 % de celles ayant 75 ans et plus ont déclaré souffrir d'arthrite ou de rhumatisme (problème qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé et qui perdure depuis au moins 6 mois)[53]. Puisque l'âge constitue un facteur de risque, le vieillissement de la population va faire en sorte que le nombre de personnes touchées devrait augmenter. Cependant, l'adoption d'un mode de vie sain et, plus particulièrement, la perte de poids (pour les personnes obèses ou ayant un surplus de poids important) et la pratique d'activité physique peuvent aider à diminuer les malaises et les symptômes associés à l'arthrite[54].

L'ostéoporose

Cause de fractures douloureuses, d'incapacités et de difformités, l'ostéoporose est une maladie qui est malheureusement souvent détectée lors d'une fracture. Les fractures du poignet, des vertèbres et de la hanche sont les plus fréquemment associées à l'ostéoporose. Dans le cas des fractures de la hanche, cela constitue un problème majeur chez les aînés puisque ces dernières sont mortelles dans plus de 20% des cas et qu'environ 50% des personnes qui y survivent souffrent d'invalidité, nécessitant parfois un placement dans un établissement de soins de longue durée[55].

---

[51] Guillaume BEAULÉ. *Les maladies pulmonaires obstructives chroniques en Abitibi-Témiscamingue : le point sur la morbidité hospitalière en 2004-2005 et la mortalité en 2002*. Avril 2006, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, p. 10.

[52] Agence de santé publique du Canada. *Arthrite – Info-aînés*. 2000, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.

[53] Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, cycle 3.1.

[54] Agence de santé publique du Canada. *Arthrite – Info-aînés*. 2000, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.

[55] Santé Canada. *Ostéoporose – Info-aînés*. Division du vieillissement et des aînés. 4 p.

On ne dispose pas de données régionales sur la prévalence de cette maladie toutefois on sait qu'au Canada, environ une femme sur quatre et un homme sur huit de plus de 50 ans souffrent d'ostéoporose[56]. Dans la région, cela pourrait donc représenter en 2007 un peu plus de 3 700 personnes de 65 ans et plus, soit environ 2 650 femmes et 1 100 hommes. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes souffrant d'ostéoporose devrait également augmenter dans les années à venir. La promotion de saines habitudes de vie s'avère alors d'autant plus importante que celles-ci peuvent prévenir, retarder ou réduire la perte osseuse chez les personnes âgées[57].

Les blessures et les chutes

Les blessures et les chutes survenant chez les personnes âgées « découlent d'une combinaison de facteurs de risque liés à l'état de santé de l'individu (maladies chroniques se manifestant par des incapacités par exemple), à ses comportements (ne pas porter ses lunettes ou descendre un escalier sans tenir la rampe) et à son environnement (éclairage insuffisant, surfaces inégales, etc.) »[58]. Les conséquences de ces chutes accidentelles sont cependant variables. En effet, il en résulte parfois juste des contusions légères ou des coupures et les chutes ne sont pas toujours déclarées à un médecin en raison des pertes de mémoire ou du besoin psychologique de nier la diminution de ses capacités physiques[59]. Elles peuvent néanmoins entraîner une consultation médicale, une hospitalisation, et parfois même le décès. À cet égard, il importe de souligner que les fractures de la hanche sont mortelles dans plus de 20 % des cas et qu'environ la moitié des personnes qui y survivent souffrent d'invalidité[60].

En Abitibi-Témiscamingue, plus de la moitié des hospitalisations pour chute accidentelle surviennent chez des personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représente une moyenne annuelle d'un peu plus de 250 hospitalisations dont la durée moyenne de séjour est de 11 jours. Les hospitalisations s'accroissent à mesure que les personnes vieillissent et les taux d'hospitalisation s'avèrent ainsi très élevés chez les gens de 85 ans et plus. Les femmes sont encore une fois plus touchées que les hommes puisqu'elles sont plus nombreuses que ceux-ci aux âges avancés[61].

Bien que les décès associés aux chutes soient relativement peu nombreux dans la région (moyenne annuelle de 9 décès dans l'ensemble de la population), sept sur dix se produisent chez les aînés et ce, dans la région, comme ailleurs au Québec[62].

---

56 Santé Canada. *Ostéoporose – Info-aînés*. Division du vieillissement et des aînés. 4 p.

57 Santé Canada. *Ostéoporose – Info-aînés*. Division du vieillissement et des aînés. 4 p.

58 Guillaume BEAULÉ. *Les chutes accidentelles en Abitibi-Témiscamingue : aperçu de la morbidité hospitalière en 2004-2005 et de la mortalité en 2003*. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, juin 2007, p. 4.

59 Ginette BEAULNE. *Traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*. Québec, Les Publications du Québec, 1991, pp. 136 et 142.

60 Santé Canada. *Ostéoporose – Info-aînés*. Division du vieillissement et des aînés, p. 1.

61 Guillaume BEAULÉ, op.cit., p. 10.

62 Guillaume BEAULÉ, op.cit., p. 17.

Les problèmes de santé buccodentaire

Chez les personnes âgées, « les principaux problèmes de santé buccodentaire sont l'édentation totale ou partielle, les caries dentaires localisées particulièrement au niveau des racines des dents, les maladies des tissus de support des dents (maladies parodontales) et les prothèses dentaires non fonctionnelles »[63]. Les conséquences de ces problèmes peuvent être multiples : carences alimentaires, troubles de digestion, consommation de médicaments pour soulager des problèmes gastro-intestinaux, problèmes d'élocution et faible estime de soi[64].

Bien qu'on ne dispose pas de données spécifiques sur la santé buccodentaire des aînés de l'Abitibi-Témiscamingue, une enquête menée dans la région en 2003[65] révèle qu'environ une personne sur cinq de 65 ans et plus considère sa santé buccodentaire passable ou mauvaise. Or, il semble que généralement ces personnes rapportent des problèmes liés à leur statut dentaire (mastication, douleur, esthétique, etc.) et considèrent qu'elles nécessitent des traitements dentaires plus importants que celles qui se perçoivent en bonne santé buccodentaire[66].

8. La santé mentale

La perception de la santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui fait en sorte que la personne peut se réaliser, faire face aux tensions de la vie quotidienne, s'engager dans un travail productif et participer activement à la vie de sa communauté ». Ainsi, comme le spécifie le MSSS[67], « pour se maintenir en bonne santé mentale, il faut établir un équilibre entre les divers aspects de sa vie : social, physique, mental, économique et spirituel ».

Au Québec, en 2005, la plupart des personnes âgées de 65 ans et plus avaient une bonne perception de leur santé mentale puisque seulement 3,5 % d'entre elles[68] qualifiaient celle-ci de passable ou mauvaise. Bien que la perception de la santé mentale soit en lien avec la santé physique et le fait d'être limité ou non dans ses activités en raison de son état de santé, l'enquête révèle que la proportion de personnes âgées ne se considérant pas en bonne santé mentale ne diffère pas du reste de la population.

---

63 Sylvie POIRIER et autres. *Pour les aînés de la Montérégie : un art de vivre en santé, une qualité de vie. Cadre de référence en santé publique*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001, p. 32.

64 Jean-Marc BRODEUR et autres. *Problèmes gastro-intestinaux et nutrition inadéquate chez les personnes complètement édentées sans prothèses fonctionnelles*. Rapport de recherche, Ste-Foy, Université Laval, 1990, 55 p.

65 Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, cycle 2.1.

66 Institut national de santé publique en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la populatio*n. Gouvernement du Québec, 2006, p. 220.

67 Site Internet du MSSS consulté le 22 octobre 2007 (http://www.masantementale.gouv.qc.ca/).

68 Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005* (cycle 3.1).

Certains troubles mentaux

Les troubles mentaux et du comportement se caractérisent par une perturbation de la pensée, de l'humeur ou du comportement « entraînant un état de détresse ou de souffrance et un dysfonctionnement importants »[69]. En d'autres termes, les personnes atteintes présentent une « incapacité à utiliser leurs habiletés cognitives, affectives ou relationnelles »[70]. Comme l'écrit Conn[71], « la majorité de troubles mentaux, à l'exception de la démence et du délire, ne sont généralement pas plus présents chez les aînés que chez les autres groupes d'âge ». Disposant de peu de données pour documenter la situation chez les personnes âgées, il sera question ici de quelques problèmes particuliers seulement, à savoir, la dépression, les maladies dégénératives cérébrales dont la maladie d'Alzheimer et le suicide.

★ *La dépression*

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005[72] a permis de recueillir des données sur la proportion de la population de 12 ans et plus ayant vécu un épisode dépressif majeur d'une durée minimale de deux semaines, au cours d'une période de 12 mois. « Un épisode dépressif majeur se caractérise par des symptômes liés à l'humeur déprimée ou au manque d'intérêt pour la plupart des choses. Les autres symptômes incluent les troubles de l'appétit et du sommeil, le manque d'énergie, la difficulté à se concentrer, le sentiment de n'être bon à rien ou les pensées suicidaires éprouvées pendant une période d'au moins deux semaines »[73]

En Abitibi-Témiscamingue et au Québec, le pourcentage d'aînés ayant vécu un épisode dépressif majeur fluctue entre 2 % et 3 %, ce qui représente approximativement 500 personnes dans la région. À titre indicatif, le taux se situe entre 5 % et 6 % dans la population en général (12 ans et plus) toutefois l'écart entre les deux taux ne se révèle pas significatif sur le plan statistique, on ne peut donc affirmer que la prévalence est moins élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

★ *Les maladies dégénératives cérébrales*

Les maladies dégénératives cérébrales se caractérisent par un déclin progressif et irréversible des fonctions cognitives et se traduisent par des troubles de la mémoire, la désorientation, une détérioration des facultés intellectuelles et un comportement social inapproprié. Les plus répandues sont la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire qui affectent particulièrement les personnes âgées[74].

---

69 Site Internet du MSSS consulté le 22 octobre 2007 (http://www.masantementale.gouv.qc.ca/).

70 David K. CONN. *Aperçu des troubles mentaux les plus fréquents chez les aînés*. Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, 11 p. (Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/naca/writings_gerontology/writ18/writ18_2f.htm, consulté le 14 mars 2003).

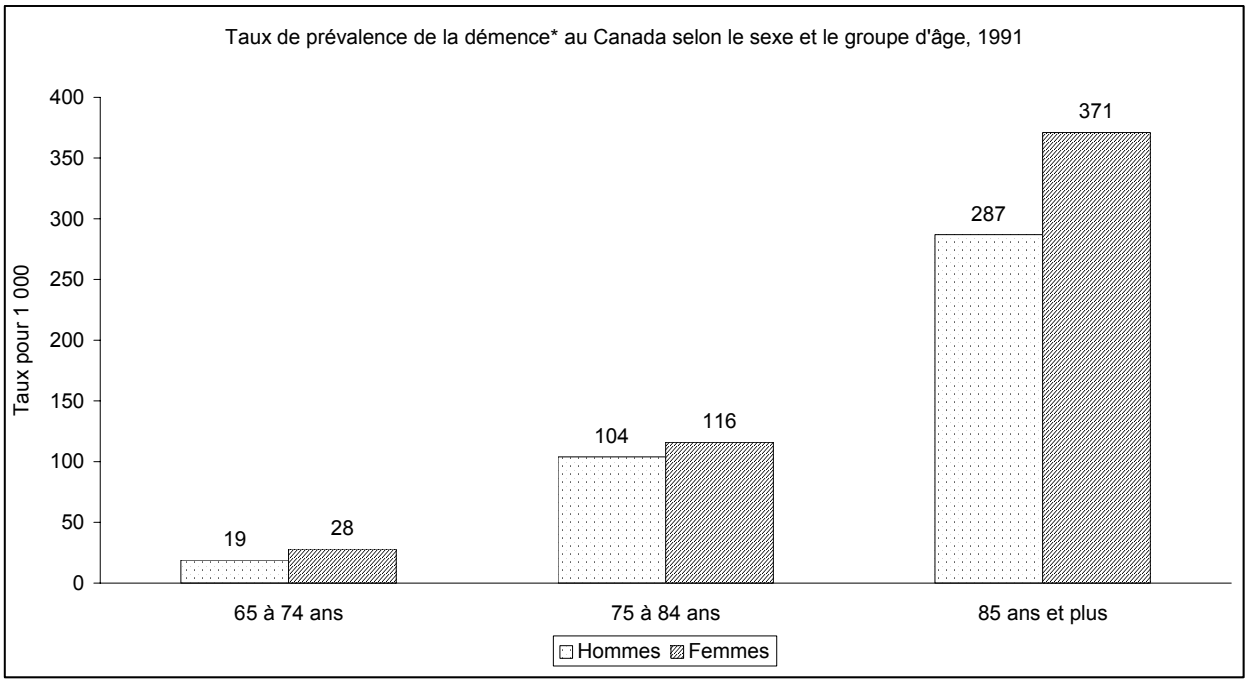
71 David K. CONN, op.cit.

72 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

73 Statistique Canada. *Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Ottawa, 2003, 80 p.

74 Joan LINDSAY, Lori ANDERSON. « *Démence et maladie d'Alzheimer* ». Dans *Rapport de surveillance sur la santé des femmes*. Agence de santé publique du Canada., 15 p. (site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/chap_19_f.html, dernière mise à jour le 9 décembre 2003, consulté le 30 août 2005).

Figure 13



* : le terme démence inclut ici la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire.

Source : Joan LINDSAY, Lori ANDERSON. « *Démence et maladie d'Alzheimer* ». Dans *Rapport de surveillance sur la santé des femmes*. Agence de santé publique du Canada, 15 p. (site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/chap_19_f.html , dernière mise à jour le 9 décembre 2003, consulté le 30 août 2005).

Comme l'illustre la figure 13, les taux de prévalence de la démence (ce qui inclut ici la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire) augmentent à mesure que les personnes vieillissent, c'est pourquoi beaucoup de femmes en souffrent puisque celles-ci sont nettement plus nombreuses aux âges les plus avancés. On estime ainsi que sur 1 000 personnes de 65 à 74 ans, 24 seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence vasculaire. Chez les 75 à 84 ans, le taux grimpe à 111 cas pour 1 000 et, finalement, chez les personnes de 85 ans ou plus, le taux de prévalence se situe à 345 cas pour 1 000. On peut donc estimer qu'actuellement (pour 2007), environ 1 700 aînés sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démence vasculaire en Abitibi-Témiscamingue. Selon les projections de population, ce nombre pourrait se situer aux alentours de 1 900 personnes en 2012.

★ *Le suicide*

Bien que le suicide ne constitue pas une maladie mentale en soi, il est abordé ici en raison du fait que plusieurs études ont démontré un lien entre la dépression et celui-ci, les personnes dépressives étant plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires et de passer à l'acte[75].

[75] Santé Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada, 2002.

Malgré une légère baisse enregistrée depuis le début des années 2000, la mortalité par suicide demeure plus répandue en Abitibi-Témiscamingue que dans l'ensemble du Québec et le problème touche également les personnes âgées de 65 ans et plus. Ainsi, de 2001 à 2005, 12 % des suicides survenus en région concernaient des aînés, majoritairement des hommes. En termes de nombre, cela représente une moyenne d'environ 4 décès par année en Abitibi-Témiscamingue[76]. Bien que ces chiffres soient modestes, il importe de garder à l'esprit que le suicide demeure un problème sous-déclaré ; de ce fait, le nombre réel de décès par suicide est probablement plus élevé que celui connu actuellement, autant pour les personnes âgées que le reste de la population.

EN RÉSUMÉ…

La population témiscabitibienne des personnes âgées de 65 ans et plus augmente progressivement depuis quelques décennies et cette tendance va persister pour bon nombre d'années à venir. Cela signifie que le nombre et le pourcentage de ces personnes dans l'ensemble de la population continueront de s'accroître. Les femmes qui sont actuellement majoritaires dans le groupe des aînés le demeureront, d'autant plus que leur espérance de vie s'avère toujours supérieure à celle des hommes.

Globalement, la situation socioéconomique des aînés en Abitibi-Témiscamingue est un peu moins bonne que celle de leurs homologues québécois (revenu moyen moins élevé et proportion supérieure de personnes recevant le Supplément de revenu garanti en plus de leur pension de vieillesse). Par ailleurs, parmi la minorité d'aînés vivant sous le seuil de faible revenu, on retrouve essentiellement des femmes et des personnes seules.

Dans la région, la très large majorité des personnes âgées résident en logement privé et la plupart habitent en milieu urbain, dans des municipalités de petite taille. Environ une personne sur trois demeure seule ; c'est une situation plus répandue chez les femmes et qui s'accroît à mesure que les personnes vieillissent. Bien que la grande majorité des aînés bénéficient d'un certain soutien social, une minorité se révèle isolée sur le plan social. Comparée au Québec, la région compte une proportion d'aidants naturels pour les aînés légèrement plus élevée. Enfin, même si on ne dispose pas de données régionales sur les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées, il y a tout lieu de croire que la situation n'est pas différente d'ailleurs et que ces problèmes existent également dans la région, tant chez les personnes vivant en logement privé que chez celles demeurant dans des logements collectifs.

Au chapitre des habitudes de vie ayant une incidence sur l'état de santé, le groupe des aînés présente à la fois des résultats positifs et d'autres moins reluisants. De fait, on compte très peu de fumeurs ou de personnes se caractérisant par une consommation élevée d'alcool parmi les gens âgés de 65 ans ou plus. Pour ce qui est de la proportion de personnes obèses ou de personnes ayant une saine alimentation, les taux se comparent au reste de la population. Par contre, la proportion d'aînés faisant régulièrement de l'activité physique demeure faible et la consommation élevée de médicaments s'avère un problème pour bon nombre d'entre eux.

[76] Source : MSSS, fichier des décès.

La majorité des personnes âgées a une perception globale positive de son état de santé. Si la proportion d'aînés ayant une vision négative de leur état de santé est plus élevée que dans les autres groupes d'âge, cela s'explique par le fait que les problèmes de santé physique s'avèrent effectivement plus nombreux lorsqu'on vieillit et ont généralement une incidence sur la capacité fonctionnelle des personnes. Dans la région, comme au Québec, le nombre d'années d'espérance de vie continue sans cesse de s'accroître ce qui amène à dire que l'état de santé général des personnes s'améliore ; un léger écart est toutefois observé en Abitibi-Témiscamingue par rapport à l'ensemble du Québec. Les femmes ont une espérance de vie totale plus longue que celle des hommes mais, comme le montre l'espérance de vie en bonne santé, elles vivent aussi sur une plus longue période que les hommes avec des incapacités.

Bien que la majorité des personnes âgées n'ait aucune incapacité, environ une personne sur cinq âgée de 65 à 74 ans présente au moins une incapacité et chez les 75 ans et plus cela touche près de la moitié de la population. Ce sont les incapacités d'ordre physique qui prédominent, à savoir celles associées à la mobilité, à l'agilité et à la douleur. Enfin, la gravité des incapacités augmente à mesure que les personnes vieillissent.

Concernant la santé physique, compte tenu des données présentées, on peut classer sommairement, par ordre décroissant de fréquence, les principaux problèmes chroniques affectant la population des aînés : soit, en premier l'hypertension, puis l'arthrite, les maladies cardiaques, le diabète, l'ostéoporose et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Par ailleurs, une des difficultés associées au vieillissement réside dans le fait que la probabilité de souffrir d'un ou de plusieurs de ces problèmes simultanément augmente avec l'avancée en âge, rendant alors les traitements et les soins médicaux plus complexes. Le cancer constitue un autre problème de santé important parmi la population âgée puisque son apparition est fortement en lien avec le vieillissement. Les types de cancer les plus répandus chez les aînés sont néanmoins les mêmes que ceux observés dans le reste de la population, les principaux étant le cancer du poumon, celui du côlon-rectum, le cancer du sein chez les femmes et le cancer de la prostate chez les hommes. Les blessures et les chutes constituent une autre catégorie de problème qui peut avoir des conséquences variables et parfois dramatiques chez les personnes âgées puisque, par exemple, les fractures de la hanche peuvent se solder par le décès de la personne ou une invalidité pour le restant de ses jours. Enfin, les problèmes de santé buccodentaire doivent aussi être considérés car ils peuvent avoir diverses conséquences comme les carences alimentaires, les troubles de la digestion, la consommation de médicaments pour soulager les problèmes gastro-intestinaux, etc.

Pour ce qui est des problèmes de santé mentale, il semble qu'il n'y ait pas vraiment de particularités chez les aînés, à l'exception de la démence et de la maladie d'Alzheimer qui sont plus fréquentes à mesure que les personnes vieillissent.

Bien que ce portrait ne soit pas exhaustif, principalement en raison de la nature des données disponibles, il donne un aperçu des principaux problèmes de santé qui peuvent toucher les personnes âgées en Abitibi-Témiscamingue. En ce sens, nous espérons qu'il sera utile aux décideurs et aux planificateurs qui sont en charge plus particulièrement des services sociaux et de santé destinés aux aînés.

Pour terminer, rappelons que bon nombre de ces problèmes pourraient être réduits par des interventions de nature préventive. A titre d'exemple, le 1er volet du programme PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique) qui vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés, vivant encore à domicile, a été implanté partout en Abitibi-Témiscamingue et consiste en une série d'ateliers informant les personnes âgées sur les facteurs de risque associés aux chutes, ainsi que sur divers exercices musculaires permettant entre autres d'améliorer l'équilibre. D'autres volets de ce programme demeurent néanmoins à être implantés. De plus, en matière de prévention de la violence auprès des aînés, plusieurs campagnes de sensibilisation ont été menées ces dernières années dans la région et d'autres activités sont prévues afin de poursuivre les efforts. Également, l'implantation de projets novateurs intergénérationnels dans les communautés peut avoir des effets positifs sur la santé mentale des personnes et peut contribuer à briser l'isolement social dans lequel plusieurs personnes âgées se trouvent. Enfin, la mise en place d'environnements favorables à la saine alimentation et à un mode de vie physiquement actif peut modifier le portrait de l'état de santé des aînés de demain. Plus globalement, les énergies consacrées à des projets ou des initiatives visant l'amélioration des conditions de vie dans les collectivités contribueront, certes, à l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées de notre région.

ANNEXE A
Population estimée en 2007 dans chacun des territoires de CSSS de la région de l'Abitibi-Témiscamingue

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services de Témiscaming, 2007

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	116	58,0	126	51,2	242	54,3
75 à 84 ans	71	35,5	87	35,4	158	35,4
85 ans ou plus	13	6,5	33	13,4	46	10,3
Total 65 ans ou plus						
N	200	100,0	246	100,0	446	100,0
%	44,8		55,2		100,0	

Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007 produites en février 2008.
Note : Les données étant disponibles uniquement pour la MRC Témiscamingue, une estimation a été faite pour ce territoire en se basant sur les prorata des projections de population de 2007 par l'ISQ pour le compte du MSSS en février 2005.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services de Ville-Marie, 2007

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	553	59,3	534	49,2	1 087	53,9
75 à 84 ans	278	29,8	401	36,9	679	33,6
85 ans ou plus	101	10,8	151	13,9	252	12,5
Total 65 ans ou plus						
	932	100,0	1 086	100,0	2 018	100,0
	46,2		53,8		100,0	

Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007 produites en février 2008.
Note : Les données étant disponibles uniquement pour la MRC Témiscamingue, une estimation a été faite pour ce territoire en se basant sur les prorata des projections de population de 2007 faites par l'ISQ pour le compte du MSSS en février 2005.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services de Rouyn-Noranda, 2007

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	1 345	58,7	1 560	52,7	2 905	55,3
75 à 84 ans	792	34,5	1 064	36,0	1 856	35,3
85 ans ou plus	156	6,8	334	11,3	490	9,3
Total 65 ans ou plus						
N	2 293	100,0	2 958	100,0	5 251	100,0
%	43,7		56,3		100,0	

Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007 produites en février 2008.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services d'Abitibi-Ouest, 2007

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	863	57,3	861	48,5	1 724	52,5
75 à 84 ans	511	33,9	694	39,1	1 205	36,7
85 ans ou plus	133	8,8	219	12,3	352	10,7
Total 65 ans ou plus						
N	1 507	100,0	1 774	100,0	3 281	100,0
%	45,9		54,1		100,0	

Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007 produites en février 2008.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services d'Abitibi, 2007

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	835	62,7	812	49,4	1 647	55,3
75 à 84 ans	403	30,3	637	38,7	1 040	34,9
85 ans ou plus	94	7,1	196	11,9	290	9,7
Total 65 ans ou plus						
N	1 332	100,0	1 645	100,0	2 977	100,0
%	44,7		55,3		100,0	

Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007 produites en février 2008.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services de la Vallée-de-l'Or, 2007

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	1 422	61,0	1 490	51,8	2 912	55,9
75 à 84 ans	762	32,7	1 049	36,4	1 811	34,8
85 ans ou plus	146	6,3	339	11,8	485	9,3
Total 65 ans ou plus						
N	2 330	100,0	2 878	100,0	5 208	100,0
%	44,7		55,3		100,0	

Source : Statistique Canada, estimations démographiques pour 2007 produites en février 2008.

ANNEXE B
Population projetée en 2012 dans chacun des territoires de CSSS de la région de l'Abitibi-Témiscamingue

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services de Témiscaming, 2012

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	132	62,3	135	50,9	267	56,0
75 à 84 ans	61	28,8	97	36,6	158	33,1
85 ans ou plus	19	9,0	33	12,5	52	10,9
Total 65 ans ou plus						
N	212	100,0	265	100,0	477	100,0
%	44,4		55,6		100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, projections effectuées pour le compte du MSSS en janvier 2005.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services de Ville-Marie, 2012

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	603	61,3	632	53,4	1 235	57,0
75 à 84 ans	299	30,4	397	33,5	696	32,1
85 ans ou plus	82	8,3	155	13,1	237	10,9
Total 65 ans ou plus						
N	984	100,0	1 184	100,0	2 168	100,0
%	45,4		54,6		100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, projections effectuées pour le compte du MSSS en janvier 2005.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services de Rouyn-Noranda, 2012

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	1 669	62,5	1 819	53,5	3 488	57,5
75 à 84 ans	764	28,6	1 123	33,0	1 887	31,1
85 ans ou plus	237	8,9	456	13,4	693	11,4
Total 65 ans ou plus						
N	2 670	100,0	3 398	100,0	6 068	100,0
%	44,0		56,0		100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, projections effectuées pour le compte du MSSS en janvier 2005.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services d'Abitibi-Ouest, 2012

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	1 047	60,5	1 054	52,8	2 101	56,4
75 à 84 ans	521	30,1	676	33,9	1 197	32,1
85 ans ou plus	162	9,4	267	13,4	429	11,5
Total 65 ans ou plus						
N	1 730	100,0	1 997	100,0	3 727	100,0
%	46,4		53,6		100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, projections effectuées pour le compte du MSSS en janvier 2005.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services d'Abitibi, 2012

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	1 052	64,7	1 067	57,2	2 119	60,7
75 à 84 ans	452	27,8	567	30,4	1 019	29,2
85 ans ou plus	122	7,5	233	12,5	355	10,2
Total 65 ans ou plus						
N	1 626	100,0	1 867	100,0	3 493	100,0
%	46,6		53,4		100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, projections effectuées pour le compte du MSSS en janvier 2005.

Estimation de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe et certains groupes d'âge, territoire de réseau local de services de la Vallée-de-l'Or, 2012

Groupes d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
65 à 74 ans	1 793	64,6	1 862	55,9	3 655	59,8
75 à 84 ans	777	28,0	1 065	32,0	1 842	30,2
85 ans ou plus	205	7,4	405	12,2	610	10,0
Total 65 ans ou plus						
N	2 775	100,0	3 332	100,0	6 107	100,0
%	45,4		54,6		100,0	

Source : Institut de la statistique du Québec, projections effectuées pour le compte du MSSS en janvier 2005.

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947

www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Analyse et rédaction
Sylvie Bellot, agente de recherche
Direction de santé publique
sylvie_bellot@ssss.gouv.qc.ca

Collaboration à la révision
Marie-Claire Lacasse, médecin-conseil
Guillaume Beaulé, agent de recherche
Chantal Pioch-Brégand, agente de recherche
Direction de santé publique

Mise en page
Annette Picard, agente administrative

ISBN : 978-2-89391-338-4 (Version imprimée)
978-2-89391-339-1 (PDF)

DÉPÔT LÉGAL
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

Prix : 8 $ plus frais de manutention

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec