INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Déterminants de la santé cognitive chez les personnes aînées

DOCUMENT SYNTHÈSE

TRANSFERT DE CONNAISSANCES

MAI 2026

SOMMAIRE

Faits saillants	2
Glossaire	3
Introduction	4
Tableau synthétique	5
Résumé du document de l'INSPQ	9
Résumé du document de la Commission du *Lancet*	10
Conclusion	12
Références	13

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Transfert de connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques dont le format a été adapté pour une adéquation plus fine aux besoins de la clientèle cible.

Ce document résume les connaissances scientifiques sur les déterminants de la santé cognitive chez les personnes aînées à partir des travaux de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Aubé, 2017) et de la Commission du *Lancet* (Livingston *et al.*, 2024). Il offre une vue d'ensemble des informations clés sur le sujet au personnel du Sous-ministériat à la prévention et santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il vise à améliorer la compréhension des facteurs de risque et de protection qui influencent les trajectoires cognitives au fil du parcours de vie.

Québec

MESSAGES CLÉS

Le déclin cognitif constitue un enjeu croissant de santé publique

Le Québec connaît un vieillissement rapide de sa population. Avec l'âge, les atteintes cognitives sont plus fréquentes. Elles se traduisent par une diminution des capacités mentales susceptible de rendre le quotidien plus difficile et entraîner divers degrés d'incapacité. Cette situation amène des répercussions importantes sur les personnes touchées, leurs proches et les services de santé et sociaux. Dans ce contexte, la santé cognitive ne peut plus être envisagée uniquement sous l'angle clinique. Elle doit également être abordée comme un enjeu de santé publique, nécessitant des actions structurées de promotion et de prévention.

Le déclin cognitif est largement influencé par des facteurs modifiables tout au long de la vie

Plusieurs des facteurs qui influencent la santé cognitive peuvent être modifiés au cours de la vie. Ces facteurs augmentent ou réduisent le risque de développer une ou des formes de démences. Les actions de prévention associées à ces facteurs peuvent être mises en œuvre à différents moments du parcours de vie (début de vie, milieu de vie et fin de vie), certaines périodes étant particulièrement propices pour en tirer des bénéfices importants.

Le renforcement de la réserve cognitive représente un levier important pour la prévention

Plusieurs éléments contribuent à développer la réserve cognitive, c'est-à-dire la capacité du cerveau à mieux résister aux effets du vieillissement ou à certaines lésions. Le niveau d'éducation, la stimulation intellectuelle, l'activité physique et les interactions sociales jouent un rôle important à cet égard, et peuvent contribuer à retarder l'apparition d'une ou de plusieurs formes de démences. À l'inverse, certains facteurs, comme les maladies vasculaires ou certaines expositions nocives – par exemple la pollution atmosphérique, le plomb ou l'amiante – peuvent fragiliser cette réserve et favoriser l'apparition précoce d'une ou de plusieurs formes de démence.

GLOSSAIRE

Atteintes cognitives : correspondent à une diminution des capacités mentales, telles que la mémoire, l'attention, le jugement ou la capacité de résoudre des problèmes, pouvant affecter à divers degrés le fonctionnement et l'autonomie dans la vie quotidienne (Richey et Peters, 2025).

Déclin cognitif : réfère à « la détérioration de la performance cognitive considérée comme faisant partie d'un vieillissement normal. » (Maheu, 2021).

Fonctions cognitives : réfèrent à l'ensemble des processus mentaux impliqués dans la réception, le traitement, l'intégration et l'utilisation de l'information (Miller et Cohen, 2001).

Réserve cognitive : renvoie à la capacité du cerveau à s'adapter aux atteintes cognitives, ce qui permet de retarder l'apparition de symptômes malgré l'accumulation de dommages parfois déjà avancés (Aubé, 2017).

Santé cognitive : réfère à la préservation des fonctions cognitives « (…) requises pour le maintien des liens sociaux, le sentiment d'être utile et la mobilisation des aptitudes permettant de fonctionner de manière autonome. » (Maheu, 2021).

Trouble neurocognitif mineur ou léger : réfère à des troubles « (…) légers de mémoire plus marqués que dans le vieillissement normal. Ces atteintes cognitives ne se répercutent pas sur le fonctionnement de la personne. Cette dernière réussit à vivre au quotidien et être autonome. » (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2026).

Trouble neurocognitif majeur : réfère au fait qu'une « (…) personne perd progressivement ses fonctions cognitives que ce soit la mémoire, le langage, les capacités d'organisation, de planification, de jugement, etc. Ces atteintes sont suffisamment importantes pour avoir un impact sur les capacités de la personne à faire ses tâches au quotidien. » (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2026).

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique constitue l'un des défis majeurs au Québec. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus augmente rapidement. Avec l'avancée en âge, les atteintes cognitives deviennent plus fréquentes. Elles vont du déclin normal lié à l'âge jusqu'aux troubles neurocognitifs majeurs. Ces atteintes peuvent entraîner des incapacités, une perte d'autonomie et une utilisation accrue des services de santé et de services sociaux (Aubé, 2017). En 2023-2024, près de 7 % des Québécois et Québécoises de 65 ans et plus vivaient avec un trouble neurocognitif majeur, soit environ 128 770 personnes (Institut national de santé publique du Québec, 2025).

Dans ce contexte, la santé cognitive des personnes aînées s'impose comme un enjeu de santé publique nécessitant une compréhension plus fine de ses déterminants et des leviers sur lesquels il est possible d'agir. La littérature récente, tant québécoise qu'internationale, converge d'ailleurs vers un même constat : la santé cognitive résulte de multiples facteurs qui s'accumulent tout au long de la vie et plusieurs de ces facteurs sont modifiables.

Le présent document synthèse propose une vue d'ensemble des connaissances scientifiques sur les déterminants (facteurs de risque ou de protection) et la prévention de diverses formes d'atteintes cognitives à la lumière de deux documents clés émanant d'organisations reconnues. L'un de ces documents est *La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé* de l'INSPQ (Aubé, 2017). Cette publication a pour référence principale le rapport d'une Commission du *Lancet* du Royaume-Uni datant de 2017. Or, ce rapport a été mis à jour en 2024. Il s'intitule *Dementia Prevention, Intervention and Care : 2024 Report of the Lancet Commission* (Livingston *et al.*, 2024). Pour cette raison, il s'avère pertinent d'en extraire également les principaux constats.

La suite de ce document est structurée en trois sections : la première présente un tableau synthèse des contenus issus des publications de l'INSPQ et de la Commission du *Lancet*, tandis que les deux suivantes reprennent les grandes lignes du contenu de chacune de ces publications.

Principaux déterminants de la santé cognitive chez les personnes aînées : tableau synthèse

Le tableau présenté dans cette section classe les facteurs de risque évitables selon les sept catégories qui ont servi à résumer le rapport de la Commission du *Lancet*. L'absence de contenu dans la colonne des interventions potentielles indique que des résultats significatifs n'ont pas été rapportés ou qu'il n'existe pas de consensus clair sur les interventions à privilégier.

Tableau 1 Facteurs influençant la santé cognitive chez les personnes aînées d'après deux sources clés

Facteurs	Sources	Commentaires généraux	Commentaires sur des interventions potentielles
Facteurs liés à la stimulation mentale			
Éducation (notamment le niveau d'éducation); Stimulation intellectuelle et entraînement cognitif	*Lancet* et INSPQ	Un niveau d'éducation plus faible est associé à une réserve cognitive moins développée et à une vulnérabilité accrue au déclin cognitif. Cette association semble être plus importante dans les pays en voie de développement.	Offrir des activités permettant de faire de nouveaux apprentissages. Cela renforce la réserve cognitive et peut retarder le déclin cognitif.
Facteurs sensoriels			
Déficits auditifs	*Lancet* et INSPQ	Tendent à diminuer la stimulation cognitive et à interférer avec la participation sociale.	La détection précoce et l'accès aux prothèses auditives demeurent essentiels dans une optique de prévention et de soins.
Déficits visuels	*Lancet* et INSPQ	Tendent à diminuer la stimulation cognitive et à interférer avec la participation sociale.	La détection précoce et l'apport de corrections appropriées en temps opportun demeurent essentiels dans une optique de prévention et de soins.
Facteurs psychosociaux			
Dépression	*Lancet* et INSPQ	Associée à un risque accru de déclin cognitif. À considérer particulièrement chez les adultes d'âge moyen.	La détection précoce et le traitement, par la médication, la thérapie ou les deux, demeurent fondamentaux dans une optique de prévention et de soins.
Stress	INSPQ	La présence d'évènements majeurs de stress (par exemple la perte d'un enfant) est associée à un déclin cognitif plus rapide ultérieurement dans la vie.	La méditation et la pleine conscience sont des interventions présentant, dans certaines circonstances, des résultats encourageants.
Isolement social (contacts sociaux non fréquents)	*Lancet* et INSPQ	Tous les types de contacts sociaux contribuent à la stimulation de la réserve cognitive. Cette stimulation diminue les risques de développer une ou des formes de démence ou d'autres formes d'atteintes cognitives.	Les interventions utilisant les activités de groupe encadrées par un animateur, ne semblent pas mener à des améliorations des fonctions cognitives.

Tableau 1 Facteurs influençant la santé cognitive chez les personnes aînées d'après deux sources clés (suite)

Facteurs	Sources	Commentaires généraux	Commentaires sur des interventions potentielles
Facteurs comportementaux liés aux habitudes de vie			
Tabagisme	*Lancet* et INSPQ	Fumer à un âge avancé est associé à un risque accru de développer une ou des formes de démence.	Le renoncement au tabac, même lorsqu'il survient au milieu de la vie, est associé à une réduction du risque de développer une ou des formes de démence comparativement au fait de continuer à fumer.
Usage abusif d'alcool	*Lancet* et INSPQ	La consommation excessive d'alcool (12 consommations de 168 g ou plus par semaine) augmente les risques de développer diverses formes d'atteintes cognitives.	
Activité physique	*Lancet* et INSPQ	Pratiquer régulièrement de l'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse est associé à une diminution du risque de développer des maladies chroniques (ex. : dépression, hypertension, diabète). En retour, cela diminue les chances de développer une ou des formes de démence.	
Gestion optimale des médicaments	INSPQ	Certains médicaments peuvent créer des effets cognitifs délétères en fonction de leur nature, de la dose, de la fréquence, de la durée d'utilisation et de la prise concomitante de plusieurs classes pharmacologiques[a].	Quelques interventions potentielles sont suggérées : le recours à des outils informatiques d'aide à la décision, incluant leur intégration au dossier électronique du patient, lorsque pertinent, la mobilisation des pharmaciens ainsi que la mise en œuvre d'approches éducatives auprès des utilisateurs de médicaments.
Alimentation[b]	INSPQ	Certaines diètes, dont celles privilégiant de manger moins de viande, plus de noix, de légumes et de grains entiers (de même que l'utilisation de graisses monosaturées comme l'huile d'olive) pourraient, dans certains cas, être associées à la prévention d'une ou de plusieurs formes de démence[c].	

Tableau 1 Facteurs influençant la santé cognitive chez les personnes aînées d'après deux sources clés (suite)

Facteurs	Sources	Commentaires généraux	Commentaires sur des interventions potentielles
Facteurs comportementaux liés aux habitudes de vie (suite)			
Qualité du sommeil[d]	INSPQ	Un sommeil de mauvaise qualité est associé avec une consolidation moindre de la mémoire et pourrait augmenter les risques de déclin cognitif.	
Facteurs cardiométaboliques et vasculaires			
Hypertension	*Lancet* et INSPQ	Lié à la présence, en âge avancé, d'une ou de plusieurs formes de démence. Importance d'intervenir chez les adultes d'âge moyen; prévention et suivi essentiels.	Facteur modifiable par la prise de médication appropriée.
Diabète de type 2	*Lancet* et INSPQ	Lié, à long terme, à des risques accrus de troubles cognitifs légers et de troubles neurocognitifs majeurs.	L'accès aux soins et les habitudes de vie peuvent influencer la prévention et la gestion du diabète type 2.
Hypercholestérolémie	*Lancet*	La présence d'hypercholestérolémie en âge moyen constitue un facteur de risque pour la survenue d'une ou de plusieurs formes de démence.	Facteur modifiable par la prise de médication appropriée, l'alimentation et l'activité physique.
Obésité	*Lancet* et INSPQ	L'obésité chez l'adulte d'âge moyen constitue un facteur de risque pour développer une ou plusieurs formes de démence. Difficulté d'isoler son effet étant donné que l'obésité regroupe d'autres facteurs de risque cardiométaboliques et vasculaires.	
Facteurs liés aux expositions et aux traumatismes			
Traumatismes cérébraux	*Lancet* et INSPQ	Avoir subi un ou des traumatismes cérébraux sévères constitue un facteur de risque pour la survenue d'atteintes cognitives et d'une ou de plusieurs formes de démence.	La prévention des traumatismes cérébraux, notamment par les interventions potentielles suivantes : l'adaptation des règles pour réduire les risques de blessures, la limitation des coups de tête et des collisions à fort impact, l'utilisation d'équipements de protection appropriés et l'interdiction de reprendre le jeu immédiatement après un traumatisme cérébral.

Tableau 1 Facteurs influençant la santé cognitive chez les personnes aînées d'après deux sources clés (suite)

Facteurs	Sources	Commentaires généraux	Commentaires sur des interventions potentielles
Facteurs liés aux expositions et aux traumatismes (suite)			
Pollution atmosphérique	*Lancet* et INSPQ	Associé à une diminution de la performance cognitive chez les personnes aînées (et les adultes d'âge moyen) et à des risques accrus de développer une ou plusieurs formes de démence.	Les interventions visant la réduction de l'exposition aux polluants atmosphériques, notamment par l'adoption des normes de qualité de l'air édictées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pourraient en réduire les impacts délétères.
Expositions en milieu de travail	INSPQ	Des expositions à moyen long terme (au plomb en particulier) pourraient entraîner une diminution de la performance cognitive. Une exposition prolongée au bruit excessif peut entraîner des déficits auditifs. En retour, ceux-ci tendent à diminuer la stimulation cognitive et à interférer avec la participation sociale.	

[a] Selon le rapport d'Aubé (2017, p. 28), les classes médicamenteuses détenant un risque élevé de troubles cognitifs sont les suivants : les anticholinergiques, les benzodiazépines, les antagonistes des récepteurs H2, les antidépresseurs tricycliques, les hypnotiques sédatifs et les corticostéroïdes.

[b] À noter que l'alimentation, la qualité du sommeil et l'hypercholestérolémie étaient considérés comme des facteurs prometteurs (sous réserve d'études additionnelles) par le rapport d'Aubé (2017). Une revue de littérature sur ces facteurs effectuée aujourd'hui démontrerait peut-être un changement par rapport à leur caractère prometteur.

[c] À noter que d'autres nutriments, notamment le sodium ou le sucre, sont associés à des facteurs de risque cardiométaboliques et vasculaires tels que l'hypertension artérielle, le diabète ou l'obésité, lesquels sont eux-mêmes reconnus pour leur influence sur la santé cognitive (Faraco, 2024).

[d] Voir la note b.

RÉSUMÉ DE LA SANTÉ COGNITIVE, *UNE NOUVELLE CIBLE POUR VIEILLIR* (AUBÉ, 2017)

Fonctions cognitives

La santé cognitive englobe l'ensemble des fonctions cognitives requises pour mener une vie autonome et indépendante : mémoire, attention, jugement, langage, fonctions exécutives[1], capacité d'apprentissage et résolution de problèmes. Cette conception met en évidence le lien entre la santé cognitive et la capacité des personnes aînées à accomplir les activités de la vie quotidienne et à maintenir leur autonomie fonctionnelle. À ce propos, la détérioration cognitive n'est pas un phénomène uniforme ni inévitable : elle peut être influencée par des facteurs individuels, sociaux, environnementaux, qui interagissent tout au long de la vie.

Trois catégories d'atteintes cognitives

- Le **déclin cognitif** relié à l'âge, qui réfère aux changements graduels attendus avec l'âge sans atteintes majeur sur le fonctionnement quotidien;
- Les **troubles cognitifs légers**, touchant environ 20 à 40 % des personnes aînées, caractérisés par une détérioration perceptible, mais non invalidante de certaines capacités;
- Les **maladies de type Alzheimer**, qui se traduisent par des pertes progressives et irréversibles touchant les activités de la vie quotidienne. Le rapport souligne à plusieurs reprises qu'il n'existe toujours pas de traitement curatif pour ces dernières, ce qui rend d'autant plus essentielle la compréhension des mécanismes de protection et des facteurs de risque.

Rôles des réserves cognitive et cérébrale

Le rapport met en évidence deux concepts reliés au déclin cognitif : la réserve cognitive et la réserve cérébrale.

- La **réserve cognitive :** capacité du cerveau à s'adapter aux atteintes cognitives, ce qui permet de retarder l'apparition de symptômes malgré l'accumulation de dommages parfois déjà avancés. Cette réserve se développe principalement via le processus de scolarisation, de même qu'avec de nouvelles stimulations cognitives, tout au long de la vie. Ces formes de stimulation participent à l'enrichissement des liens synaptiques et donc à une meilleure efficacité du cerveau, tout en permettant de s'adapter aux zones rendues dysfonctionnelles par la maladie.
- La **réserve cérébrale** : caractéristiques structurelles du cerveau, dont son volume, le nombre de neurones et la densité des connexions. Elle se constitue dès la vie prénatale et la petite enfance, mais peut également être stimulée par l'activité physique – qui a pour effet d'augmenter la vascularisation cérébrale et de favoriser, du même coup, la réserve cérébrale.

[1] Les fonctions exécutives comprennent la capacité à contrôler, inhiber et orienter le comportement, à formuler des inférences pertinentes et des jugements appropriés, à planifier et exécuter des tâches, à manipuler simultanément de multiples informations (mémoire de travail), à réaliser des séquences motrices complexes et à résoudre des problèmes abstraits et complexes (Sachs *et al.*, 2022).

Déterminants de la santé cognitive

L'un des apports principaux de ce rapport est la présentation des facteurs pouvant influencer positivement ou négativement la santé cognitive tout au long du parcours de vie.

Trois facteurs sont jugés favorables :

- l'**éducation**, en particulier la scolarisation en bas âge (donc le fait d'avoir au moins une scolarité de niveau primaire), et la stimulation intellectuelle. Celles-ci constituent le socle de la réserve cognitive et corroborent le fait que les premières années d'éducation ont un impact durable sur la résilience aux atteintes cognitives ultérieures;
- l'**entraînement cognitif**, qui se traduit par le fait de réaliser des activités cognitives stimulantes tout au long de la vie;
- l'**activité physique régulière**, qui apporte une meilleure santé vasculaire et le développement de processus neurobiologiques protecteurs.

Concernant les facteurs de risque, une attention particulière est consacrée aux maladies cardiovasculaires et cérébrales. Trois facteurs, appuyés par des données probantes robustes, sont identifiés comme devant faire l'objet d'actions prioritaires :

- l'hypertension artérielle;
- le diabète; et
- le tabagisme.

Ces facteurs sont associés à des dommages vasculaires pouvant réduire l'apport sanguin au cerveau, accélérer le déclin cognitif et favoriser l'apparition de troubles neurocognitifs.

D'autres facteurs de risque, individuels et environnementaux, sont également identifiés mais s'appuient sur des données probantes moins robustes : la dépression, les déficits sensoriels (notamment visuels et auditifs), la pollution atmosphérique, les expositions neurotoxiques, les traumatismes crâniens et une gestion inadéquate des médicaments.

RÉSUMÉ DE *DEMENTIA PREVENTION, INTERVENTION AND CARE* (LIVINGSTON *ET AL.*, 2024)

Rédigé par un groupe d'experts multidisciplinaires international, ce rapport de la Commission du *Lancet* est une mise à jour des éditions précédentes (2017 et 2020) et constitue un document de référence international en matière de prévention de la démence.

Facteurs de risque modifiables

Le rapport présente 14 facteurs de risque modifiables pouvant avoir une incidence sur la survenue d'une ou de plusieurs formes de démence. Ils peuvent être regroupés en sept catégories[2], soit les facteurs :

- liés à la stimulation cognitive, où (1) l'éducation apparaît comme un facteur déterminant de la réserve cognitive. Globalement, les données indiquent que le niveau d'éducation atteint constitue le principal déterminant de l'effet protecteur observé sur la survenue d'une ou de plusieurs formes de démence.
- liés aux déficits sensoriels, incluant les (2) déficits auditifs et (3) visuels. Ces déficits, lorsque non corrigés, sont associés à une surcharge cognitive accrue, à une diminution de la participation sociale et à des modifications neurobiologiques pouvant être défavorables. L'accès équitable aux prothèses auditives et aux soins de la vue constituerait, à cet égard, un levier d'intervention à fort potentiel au niveau populationnel.
- psychologiques et psychosociaux, comprenant la (4) dépression et (5) l'isolement social. Ces facteurs exercent une influence délétère sur la santé cognitive par l'intermédiaire de multiples mécanismes, notamment les altérations de la neuroplasticité et la réduction de la stimulation cognitive. La promotion des interactions sociales, de même que l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale, apparaissent comme des axes prioritaires pour l'action.
- liés aux habitudes de vie que sont (6) la consommation excessive d'alcool et (7) l'inactivité physique et (8) le tabagisme. Ceux-ci demeurent associés au déclin cognitif et à la survenue d'une ou de plusieurs formes de démence, notamment par leurs effets cumulatifs sur la santé cardiovasculaire. La mise en place de stratégies préventives favorisant l'adoption de saines habitudes de vie pourrait réduire le fardeau sanitaire associé à ces facteurs.
- cardiométaboliques et vasculaires, incluant (9) l'hypertension artérielle, (10) le diabète, (11) l'hypercholestérolémie et (12) l'obésité. Ces facteurs contribuent à la dégradation de l'intégrité cérébrovasculaire en plus d'accélérer les processus neurodégénératifs. Leur détection précoce et leur traitement représentent des leviers pour la prévention, particulièrement au milieu du parcours de vie[3].
- liés à la (13) pollution atmosphérique. Ceux-ci sont associés avec un risque accru de développer une ou plusieurs formes de démence. Les stratégies préventives visant la réduction de l'exposition aux polluants atmosphériques, notamment par l'adoption des normes de qualité de l'air édictées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pourraient en réduire les impacts délétères.

---

2 Ces catégories ont été élaborées par l'auteur de ce document. Elles ne sont pas présentes telles quelles dans le rapport de la Commission du *Lancet*.

3 Le milieu du parcours de la vie fait référence, dans le document de la Commission du *Lancet*, à l'âge adulte (entre 18 et 65 ans). Il est mis en contraste avec le début de la vie (enfance et adolescence, 18 ans et moins) et la période de fin de vie (âge avancé, 65 ans et plus).

- liés aux (14) traumatismes crâniens. Ces facteurs contribuent à des risques accrus de développer une ou plusieurs formes de démence. La prévention des traumatismes, notamment par le port du casque et l'arrêt temporaire de la pratique sportive immédiatement après une commotion cérébrale, pourrait concourir à une réduction des impacts délétères liés à ces facteurs.

Ces 14 facteurs de risque n'agissent pas de manière uniforme dans le temps. Certains d'entre eux sont particulièrement importants en début de vie (l'éducation), d'autres au milieu du parcours de vie (déficits auditifs, hypercholestérolémie, dépression, traumatismes crâniens, inactivité physique, diabète, tabagisme, hypertension, obésité et consommation excessive d'alcool), et d'autres encore en fin de vie (isolement social, pollution atmosphérique, déficits visuels). Le fait d'éliminer l'ensemble de ces facteurs de risque conduirait à une réduction d'environ 45 % des cas de démence (Livingston *et al.*, 2024)[4].

CONCLUSION

En somme, les travaux de l'INSPQ et de la Commission du *Lancet* semblent converger vers une même conclusion : la santé cognitive des personnes aînées est façonnée par une pluralité de facteurs qui s'accumulent tout au long du parcours de vie. Les données probantes semblent montrer qu'une proportion substantielle des atteintes cognitives est attribuable à des facteurs modifiables, notamment ceux liés à la stimulation cognitive, aux habitudes de vie, aux conditions cardiométaboliques, aux facteurs psychosociaux ainsi qu'aux expositions environnementales et aux traumatismes. Le renforcement de la réserve cognitive, de même que la prévention et la prise en charge précoce des facteurs de risque apparaissent comme des leviers centraux pour retarder l'expression clinique des troubles neurocognitifs.

[4] Plus d'information à propos de cette donnée, notamment la méthode de calcul et le schéma récapitulatif, sont disponibles aux pages 22 et 23 du rapport de la Commission du *Lancet*.

RÉFÉRENCES

Alzheimer's Disease International. (2014). World Alzheimer report 2014 dementia and risk reduction : an analysis of protective and modifiable factors. Executive Summary. Alzheimer's Disease International.

Aubé, D. (2017). La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323_sante_cognitive_vieillir_sante.pdf

Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2026). Troubles de la mémoire. Centre hospitalier de l'Université de Montréal. https://www.chumontreal.qc.ca/repertoire/geriatrie-unite-soins/troubles-memoire

Faraco, G. (2024). Dietary salt, vascular dysfunction, and cognitive impairment. Cardiovascular Research, 120(18), 2349–2359. https://doi.org/10.1093/cvr/cvae229

Institut national de santé publique du Québec. (2025). L'Indicateur de santé publique : Prévalence de l'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/indicateur/maladies-chroniques/prevalence-alzheimer#:~:text=ans%20et%20plus-,La%20prévalence%20de%20la%20maladie%20d'Alzheimer%20et%20autres%20troubles,population%20qui%20en%20est%20affectée.

Institute of Medicine of the National Academies. (2015). Cognitive aging : progress in understanding and opportunities for action. The National Academies.

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., … Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care : 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet, 404(10452), 572–628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., … Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet, 390(10113), 2673–2734. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6

Maheu, C. (2021). La santé cognitive des personnes aînées : pourquoi et comment la préserver ? Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2786-sante-cognitive-personnes-ainees.pdf

Miller, E. K. et Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. Annual Review of Neuroscience, 24(Volume 24, 2001), 167–202. https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.167

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2017). Preventing cognitive decline and dementia : a way forward. The National Academies.

Richey, L. N. et Peters, M. E. (2025). Cognitive Impairment. Johns Hopkins University. https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787027/all/Cognitive_Impairment?refer=tr ue

Sachs, B. C., Cholerton, B. et Craft, S. (2022). Cognitive changes in normal and pathologic aging. In J. B. Halter, J. G. Ouslander, S. Studenski, K. P. High, S. Asthana, C. S. Ritchie, K. Schmader et M. A. Supiano (Eds.), Hazzard's geriatric medicine and gerontology, 8e. McGraw-Hill Education. https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3201&sectionid=266876493

Déterminants de la santé cognitive chez les personnes aînées : document synthèse

AUTEUR

Sébastien O'Neill, M.A., conseiller scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Maryse Caron, Ph. D., cheffe d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATION

Élise Jalbert-Arsenault, Dt. P., M. Sc., conseillère scientifique
Annie Gauthier, Ph. D., conseillère scientifique spécialisée
Aurélie Maurice, M.D., M. Sc., FRCPC, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction du développement des individus et des communautés

Caroline Tessier, conseillère scientifique
Secrétariat général

L'auteur et les personnes ayant collaboré à la production du document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts. Aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-04532-3 (PDF)
DOI : https://doi.org/10.64490/QOZZ8227

© Gouvernement du Québec (2026)

N° de publication : 3863

Institut national de santé publique Québec