



L'ÉTAT
DE SANTÉ
ET DE BIEN-ÊTRE
DE LA
POPULATION

d e R o c h e r - P e r c é



Agence de la santé et
des services sociaux
de la Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine

Québec



Direction de santé publique



L'ÉTAT
DE SANTÉ
ET DE BIEN-ÊTRE
DE LA
POPULATION

de Rocher-Percé

Analyse des données et rédaction :

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire

Traitement et analyse des données :

Claude Parent, agent de recherche sociosanitaire

Révision du contenu :

Christian Bernier, directeur de santé publique
Christiane Paquet, coordonnatrice en santé communautaire

Révision linguistique et orthographique :

Marie-Pier Denis, agente administrative

Conception graphique :

Ghislaine Roy, Azentic

Impression :

Imprimerie du Havre

Photographie de la page couverture :

Claude Parent

Référence suggérée :

DUBÉ, Nathalie, et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de Rocher-Percé*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 210 pages. (2011)

Production et diffusion :

Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
205-1, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W5
Tél. : 418 368-2443

Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (www.agencesssgim.ca).

Notes au lecteur :

1. La forme masculine utilisée dans le texte désigne, lorsqu'il y a lieu, autant les hommes que les femmes et n'est utilisée qu'à seule fin d'alléger le texte. Toutefois, dans le cas des indicateurs concernant les travailleurs, les deux formes sont utilisées afin de situer le lecteur.
2. Afin d'alléger les tableaux et figures, les termes Gaspésie-Îles et GÎM sont utilisés pour désigner la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
ISBN : 978-2-923874-29-6 (version imprimée)
978-2-923874-30-2 (version électronique)

Mot du directeur régional de santé publique

L'état de santé et de bien-être des populations évolue sans cesse, parfois de manière positive, parfois de manière plus préoccupante. Dans Rocher-Percé, par exemple, la mortalité par maladies cardiovasculaires (MCV) a constamment diminué dans les dernières décennies, tandis que la prévalence du diabète s'est accrue et que la prématurité demeure à un niveau élevé de même que le taux de maternité chez les jeunes filles. Cette connaissance de l'évolution des problèmes de santé et de leurs déterminants, mais aussi de leur ampleur et des groupes les plus touchés, est importante. C'est là un des outils précieux pour la détermination et l'orientation de nos actions et interventions en vue d'améliorer la santé et le bien-être des populations.

C'est pourquoi, et appuyé en cela par la Loi sur la santé publique, la Direction de santé publique (DSP) assure une surveillance de l'état de santé de sa population notamment en publiant à intervalle régulier un portrait de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de ses territoires locaux, dont celui de Rocher-Percé.

C'est donc avec plaisir que je vous introduis à ce rapport qui constitue une mine extraordinaire d'informations pour quiconque s'intéresse à la santé et au bien-être des personnes qui peuplent la péninsule et l'Archipel. C'est d'ailleurs la première fois qu'autant d'informations sont traitées et analysées en un seul document offrant ainsi une lecture plus complète et éclairée sur la santé et le bien-être de la population de Rocher-Percé.

À travers une série de 54 fiches, ce rapport met en évidence les gains qu'a faits le territoire de Rocher-Percé en matière de santé et de bien-être au cours des dernières décennies, mais aussi les problèmes persistants dont il faut continuer à se préoccuper ainsi que ceux en émergence ou en recrudescence. De même, ce portrait de santé permet de voir clairement, pour l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les écarts qui séparent encore aujourd'hui certains groupes de la population, dont les mieux nantis et les moins nantis.

Ainsi, si on doit se réjouir de plusieurs constats positifs qui émanent de ce rapport, on doit aussi se questionner individuellement et collectivement sur certaines situations et certains problèmes qui entravent le développement et l'épanouissement d'encore bon nombre de personnes de notre population. Loin de nous démobiliser, le contenu de ce rapport doit au contraire servir de base et de levier à nos actions, enrichir et alimenter nos réflexions pour que tous ensemble, dans nos domaines respectifs d'expertise, nous contribuions à faire du territoire de Rocher-Percé et plus largement de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine un endroit animé et habité par des populations toujours plus en santé. Il s'agit là d'un défi de taille, j'en conviens, mais un défi réalisable si on s'y met tous ensemble.

Christian Bernier, M.D.
Directeur régional de santé publique

Table de matières

- 8 LISTE DES ACRONYMES
- 9 INTRODUCTION
- 10 COUP D'ŒIL RAPIDE

13 LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

- 14 Le contexte démographique
- 14 1. La démographie
- 17 Les conditions de vie et les milieux de vie
- 17 2. Les conditions sociales
- 19 3. Les conditions économiques
- 24 4. Le milieu social
- 28 5. Le milieu familial
- 34 6. Le milieu de travail
- 39 L'environnement physique
- 39 7. L'environnement dans lequel nous vivons
- 43 Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé
- 43 8. L'allaitement maternel
- 45 9. L'hygiène dentaire
- 48 10. L'usage de la cigarette
- 52 11. La consommation de fruits et de légumes
- 53 12. La pratique d'activités physiques
- 57 13. Les activités sédentaires
- 60 14. L'excès de poids, l'image corporelle et les actions entreprises à l'égard du poids
- 68 15. La consommation d'alcool
- 71 16. La consommation de drogues
- 74 17. La participation aux jeux de hasard et d'argent
- 78 18. La sexualité, la contraception et l'usage du condom
- 83 L'organisation des services sociaux et de santé
- 83 19. Le recours aux services préventifs

87 LES PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

- 88 L'état de santé globale
- 88 20. L'état de santé globale
- 92 La santé maternelle et infantile
- 92 21. La mortalité infantile
- 93 22. La prématurité et l'insuffisance de poids
- 97 Les problèmes de développement et d'adaptation sociale
- 97 23. Les problèmes socioémotionnels chez les enfants
- 101 24. Le décrochage scolaire
- 102 25. Les grossesses précoces
- 104 26. La maltraitance à l'endroit des enfants
- 106 27. Les troubles de comportement et la délinquance juvénile
- 109 28. Les agressions sexuelles
- 111 29. La violence conjugale
- 114 Les problèmes de santé mentale
- 114 30. Les problèmes de santé mentale
- 118 31. Le suicide
- 126 Les maladies chroniques
- 126 32. Le portrait global des maladies chroniques
- 128 33. Les cancers
- 133 34. Le cancer du poumon
- 136 35. Le cancer du sein chez les femmes
- 139 36. Le cancer colorectal
- 142 37. Le cancer de la prostate
- 145 38. Les maladies cardiovasculaires
- 148 39. Les maladies respiratoires
- 150 40. Le diabète
- 152 41. Les maladies dentaires

156	Les blessures accidentelles
156	42. Les blessures dues aux mouvements répétitifs et autres blessures
161	43. Les troubles musculosquelettiques
163	44. Les accidents de véhicules moteurs
166	45. Les accidents de véhicules hors route
168	Les maladies infectieuses
168	46. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

173 LES CONSÉQUENCES DES PROBLÈMES DE SANTÉ

174	47. Les limitations d'activités
178	48. Les hospitalisations
180	49. Les consultations auprès d'un professionnel de la santé

185 LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE CERTAINS GROUPES DE LA POPULATION DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

186	50. La situation des femmes
189	51. La situation des jeunes
192	52. La situation des aînés
196	53. La situation des anglophones
201	54. La situation des moins nantis
203	CONCLUSION
205	INFORMATIONS D'ORDRE MÉTHODOLOGIQUE
208	RÉFÉRENCES

Liste des acronymes

AVC	Accident vasculaire cérébral	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
CS	Commission scolaire	RLS	Réseau local de services
CV	Coefficient de variation	SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
DES	Diplôme d'études secondaires	TDA	Trouble déficitaire de l'attention
DSP	Direction de santé publique	TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population	TMS	Trouble musculosquelettique
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
HTA	Hypertension artérielle	VTT	Véhicule tout-terrain
IMC	Indice de masse corporelle		
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec		
ISQ	Institut de la statistique du Québec		
ITS	Infection transmissible sexuellement		
ITSS	Infection transmissible sexuellement ou par le sang		
IVG	Interruption volontaire de grossesse		
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents		
MADO	Maladie à déclaration obligatoire		
MCV	Maladie cardiovasculaire		
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport		
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique		
MRC	Municipalité régionale de comté		
MSP	Ministère de la Sécurité publique		
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux		
OMS	Organisation mondiale de la Santé		
Pap	Papanicolaou (Test de)		
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein		

Introduction

La dernière mise à jour du portrait de santé et de bien-être de la population de Rocher-Percé, réalisée par la DSP, remonte à 2007 (Dubé et Parent, 2007). Il semblait donc pertinent et utile de refaire cet exercice à la lumière des dernières données disponibles. Tel est l'objet du présent document. Plus précisément, celui-ci est constitué de 54 fiches portant sur autant de thèmes en lien avec la santé et le bien-être. À travers chacune des fiches, nous présentons, pour le territoire de Rocher-Percé, les données les plus récentes sur divers indicateurs en lien avec la santé, comparons la situation locale avec celle du Québec et examinons l'évolution des indicateurs au cours des dernières années, voire des dernières décennies. De plus, lorsque possible, nous portons une attention particulière aux écarts de santé et de bien-être entre les **hommes et les femmes** ainsi qu'entre les différents **groupes d'âge**. Nous présentons aussi à titre indicatif les écarts entre les **francophones et les anglophones**, et les **moins nantis et les mieux nantis**¹ pour l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec.

Cela dit, le document se divise en quatre parties. Dans la **première**, nous faisons état de la situation eu égard aux déterminants qui influencent la santé. Dans la **seconde partie**, nous abordons les principaux problèmes de santé et de bien-être qui affectent la population de Rocher-Percé sur lesquels il est possible d'agir en prévention. Quant à la **troisième partie**, elle aborde quelques-unes des conséquences possibles des problèmes de santé. Finalement, la **quatrième** et dernière partie du document met en relief l'essentiel des résultats propres à divers groupes de la population **gaspésienne et madelinienne**, à savoir les femmes, les jeunes, les aînés, les anglophones et les moins nantis. Nous terminons le document par une courte conclusion à l'intérieur de laquelle nous résumons les principaux constats qui se dégagent de ce portrait de santé à l'échelle locale.

1 Mise en garde : Dans les tableaux, on ne pourra comparer les proportions obtenues pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine avec celles du Québec selon les diverses catégories de revenu, car les critères de classification pour le revenu ne sont pas les mêmes pour la région et le Québec.

Coup d'œil rapide

Le territoire du réseau local de services (RLS) de Rocher-Percé s'étend de Cannes-de-Roches (Percé) à Port-Daniel-Gascons et correspond au territoire du CSSS du Rocher-Percé.

Indicateurs	Rocher-Percé	Québec
Démographie		
Population totale (2011) ¹	16 879	7 946 832
0-24 ans	3 634	2 230 100
25-64 ans	9 608	4 462 913
65 ans et plus	3 637	1 253 819
Perspectives démographiques (variation 2031/2006) ¹	↓ 7,8 %	↑ 15,8 %
Pourcentage des 65 ans et plus (2011) ¹	21,5	15,8
Pourcentage des 65 ans et plus (2031) ¹	39,9	25,6
Indice synthétique de fécondité (2006-2008) ²	1,76 enfant	1,69 enfant
Socioéconomie		
Pourcentage sans DES (25 ans et +) (2006) ³	44,1	22,9
Taux d'emploi (en %) (2005) ³	40,3	60,4
Revenu personnel annuel moyen par habitant (2008) ⁴	24 388 \$	33 333 \$
Milieu social		
Pourcentage vivant seuls (2006) ³	13,8	16,0
Pourcentage très satisfaits de leur vie sociale (2008) ⁵	54,8+	47,3
Milieu familial		
Pourcentage de familles monoparentales (2006) ³	32,9	23,7
Milieu de travail		
Pourcentage des travailleurs-ses vivant des tensions au travail (2008) ⁵	16,5*	14,2
Pourcentage des travailleurs-ses exposé-e-s à un niveau élevé de contraintes physiques au travail (2008) ⁵	32,3+	22,7
Environnement physique		
Pourcentage de logements privés nécessitant des réparations majeures (2006) ³	13,4	7,7

Indicateurs	Rocher-Percé	Québec
Habitudes de vie et comportements liés à la santé		
Pourcentage se brossant les dents au moins deux fois par jour (2008) ⁵	86,4+	78,8
Pourcentage de fumeurs (réguliers et occasionnels) (2008) ⁵	33,2+	23,6
Pourcentage des personnes occupant un emploi se déplaçant habituellement à pied ou à vélo pour se rendre au travail (2006) ³	6,6	8,0
Pourcentage souffrant d'excès de poids (2008) ⁵	62,4+	50,5
Embonpoint	40,3+	34,9
Obésité	22,1+	15,6
Pourcentage de consommateurs actuels de drogues (2008) ⁵	11,1*	13,1
Pourcentage des 15-24 ans actifs sexuellement (2008) ⁵	57,4*	67,1
Pourcentage des actifs sexuellement ayant eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois et ayant toujours utilisé le condom (2008) ⁵	21,9**	41,1
Recours aux services préventifs		
Taux de participation (en %) des femmes de 50-69 ans au PQDCS (2008 et 2009) ⁶	60,2+	56,4
Pourcentage des femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap depuis moins de trois ans (2008) ⁵	78,6	73,3
État de santé globale		
Espérance de vie à la naissance (2005-2007) ²		
Femmes	82,3 ans	83,0 ans
Hommes	75,9 ans-	78,1 ans
Pourcentage percevant leur santé passable ou mauvaise (2008) ⁵	19,4+	10,8
Santé maternelle et infantile		
Pourcentage de naissances prématurées (2006-2008) ²	10,1	7,5
Problèmes de développement et d'adaptation sociale		
Taux (en %) de sorties du secondaire sans diplôme ni qualification élèves de la CS René-Lévesque (2008-2009) ¹³	12,3	18,4
Taux (pour 1 000) de maternité chez les jeunes filles de 15 à 19 ans (2004-2008) ²	20,6+	10,0
Taux (pour 1 000) d'enfants de 17 ans et moins pris en charge pour maltraitance ou troubles de comportement (2009-2010) ⁸	43,3+	19,7
Problèmes de santé mentale		
Pourcentage ayant un niveau élevé de détresse psychologique (2008) ⁵	27,4+	22,2
Taux (pour 100 000) de décès par suicide (2004-2008) ⁹	28,8+	15,2
Pourcentage ayant sérieusement pensé à se suicider sur une période de 12 mois (2008) ⁵	4,8**+	2,3

Indicateurs	Rocher-Percé	Québec
Maladies chroniques		
Taux (pour 100 000) ajusté d'incidence du cancer (2004-2006) ¹⁰	638,8+	513,4
Taux (pour 100 000) ajusté de décès par cancers (2006-2008) ⁹	317,5+	236,3
Taux (pour 100 000) ajusté de décès par MCV (2006-2008) ⁹	228,6+	186,9
Taux (pour 100 000) ajusté de décès par maladies respiratoires (2006-2008) ⁹	51,9	61,4
Prévalence (en %) ajustée du diabète (2008-2009) ¹¹	11,0+	7,6
Pourcentage n'ayant plus de dents naturelles (2008) ⁵	18,3+	11,0
Blessures accidentelles		
Pourcentage ayant subi une blessure due aux mouvements répétitifs sur une période de 12 mois (2008) ⁵	9,0*	11,8
Pourcentage ayant subi une blessure non intentionnelle sur une période de 12 mois (2008) ⁵	6,7*-	11,0
Pourcentage souffrant d'un TMS sur une période de 12 mois (2008) ⁵	31,7	30,3
Taux (pour 100 000) ajusté de décès par accident de véhicules moteurs (2000-2008) ⁹	15,8+	8,6
Taux (pour 100 000) ajusté de décès par accident de véhicules hors route (2000-2008) ⁹	3,3+	0,7
Maladies infectieuses		
Pourcentage ayant déjà reçu un diagnostic d'ITS au cours de leur vie (2008) ⁵	6,2*	8,2
Taux (pour 100 000) de déclarations d'infections à chlamydia (2007-2009) ¹²	76,1-	180,5 (2008)

Sources :

1. MSSS, janvier 2010, Projections de population 2006 à 2031.
2. INSPQ, Infocentre de santé publique.
3. Statistique Canada, Recensement 2006.
4. ISQ, Services des statistiques sectorielles et du développement durable, 12 mars 2010.
5. ISQ, EQSP 2008.
6. Deck, 2011.
7. MSSS, Fichier des naissances.
8. Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles; Association des centres jeunesse du Québec, *Bilan des directeurs de protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2010*.

9. MSSS, Fichier des décès.
10. MSSS, Fichier des tumeurs.
11. INSPQ, mai 2011.
12. Jalbert et Parent, Rapports annuels des MADO Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2007, 2008 et 2009.
13. MELS, 2010.

Note : Dans ce tableau, des tests statistiques ont été faits pour comparer le Rocher-Percé et le Québec pour tous les indicateurs, sauf ceux provenant des sources 1, 3, 4 et 13.

- Pourcentage ou taux de Rocher-Percé significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.
- + Pourcentage ou taux de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05. CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.
- * CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.
- ** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'état de santé et de bien-être de la population est déterminé ou influencé par de très nombreux facteurs. Certains sont davantage associés aux individus, d'autres aux milieux de vie ou aux sociétés dans lesquels les individus évoluent. Dans cette partie, nous regroupons les facteurs d'influence de la santé pour lesquels nous avons de l'information selon les cinq grands déterminants suivants :

- Le contexte démographique
- Les conditions de vie et les milieux de vie
- L'environnement physique
- Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé
- L'organisation des services sociaux et de santé

Précisons cependant que cette première partie et les deux suivantes ne sont pas hermétiques les unes par rapport aux autres. En effet, des conditions de vie difficiles, traitées ici comme un déterminant de la santé, peuvent aussi être des conséquences d'un problème de santé. De même, si les limitations d'activités sont considérées dans ce portrait de santé comme une conséquence possible des problèmes de santé, elles sont parfois un obstacle, notamment au marché de l'emploi.

Le contexte démographique

La démographie

1.

Nous présentons à l'intérieur de cette première fiche les projections démographiques établies en 2009 par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Le vieillissement de la population est aussi abordé ainsi que les données relatives à la migration et à la fécondité des dernières années, ces deux derniers facteurs ayant eu, et ayant encore, un impact majeur sur les données démographiques.

Les projections démographiques

Une baisse de la population à l'horizon, mais moindre que celle des dernières décennies

De 1981 à 2006, le territoire de Rocher-Percé a perdu près de 5 400 habitants, soit 24 % de sa population. Or, les plus récentes projections prévoient encore une baisse, mais de l'ordre de 8 % d'ici 2031 (ISQ, 2009) (figure 1).

Le vieillissement de la population se poursuit

En 2006, 18 % de la population de Rocher-Percé est âgée de 65 ans et plus, une proportion qui devrait, selon les projections démographiques, plus que doubler dans les 25 prochaines années pour atteindre 40 % en 2031 (figure 1). À l'opposé, la décroissance du nombre de jeunes de moins de 25 ans devrait se poursuivre. De son côté, la population du Québec vieillit aussi, mais à un rythme moins rapide. De 9 % en 1981, la proportion d'âinés au Québec se situe à 14 % en 2006 et devrait passer à 26 % en 2031. L'âge médian, qui sépare la population en deux portions égales, témoigne aussi du vieillissement de la population : de 27,0 ans en 1981, l'âge médian est de 46,5 ans en 2006 à Rocher-Percé et devrait s'élever à 57,7 ans en 2031 (45,2 ans au Québec en 2031).

Le bilan des dernières années

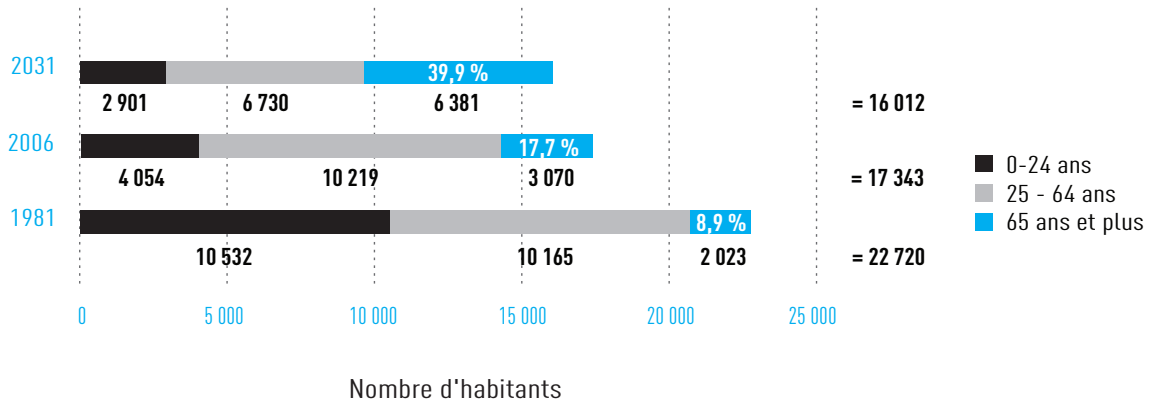
Dans le territoire de Rocher-Percé, comme partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les changements démographiques des dernières années sont grandement attribuables aux migrations et à la fécondité. C'est pourquoi nous faisons, dans ce qui suit, un bref retour sur ces deux facteurs.

Un solde migratoire négatif entre 1996 et 2006, particulièrement important chez les jeunes

Comme l'indique la figure 2, le Rocher-Percé a enregistré un solde migratoire négatif dans tous les groupes d'âge entre 1996 et 2006, à l'exception du groupe des 50-59 ans qui obtient un solde légèrement positif et celui des 60-69 ans dont le bilan est nul. Outre la situation dans ces derniers groupes, cela signifie qu'il y a eu plus de départs que d'entrées, le déficit étant particulièrement grand chez les jeunes de 10 à 19 ans. En effet, en 1996, 2 590 jeunes de 10 à 19 ans habitaient le territoire de Rocher-Percé. Dix ans plus tard, ces jeunes qui ont alors de 20 à 29 ans sont au nombre de 1 510, une perte nette de 1 063 (en excluant les décès de 17 jeunes) pour un solde migratoire négatif de 41 %.

Figure 1

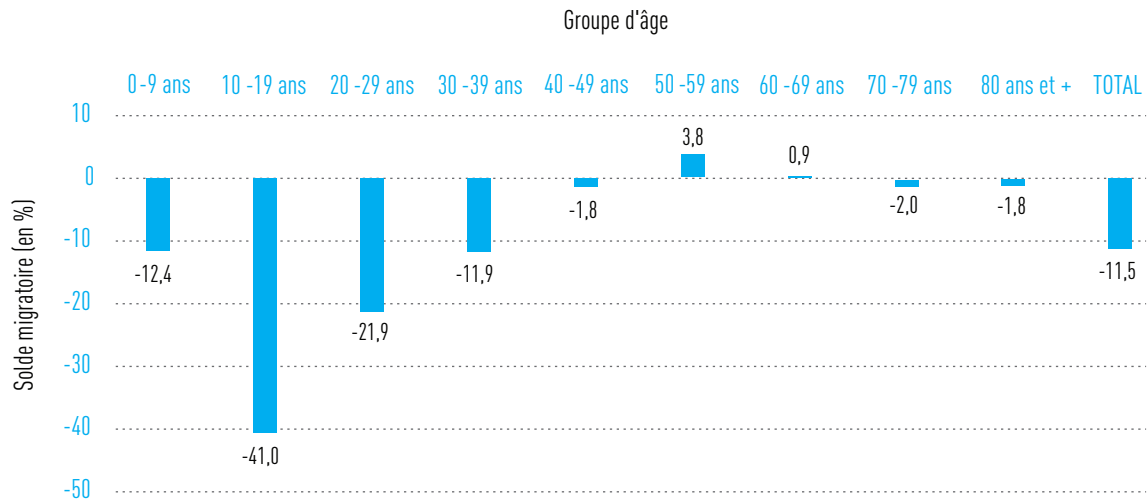
Nombre d'habitants selon les groupes d'âge et pourcentage de personnes de 65 ans et plus, Rocher-Percé, 1981, 2006 et 2031



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2010, Projections de population 2006 à 2031.

Figure 2

Solde migratoire (en %) entre 1996 et 2006 selon le groupe d'âge, Rocher-Percé



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2010, Projections de population 2006 à 2031; Fichier des décès.

Baisse des naissances jusqu'en 2005, puis rehaussement ces dernières années

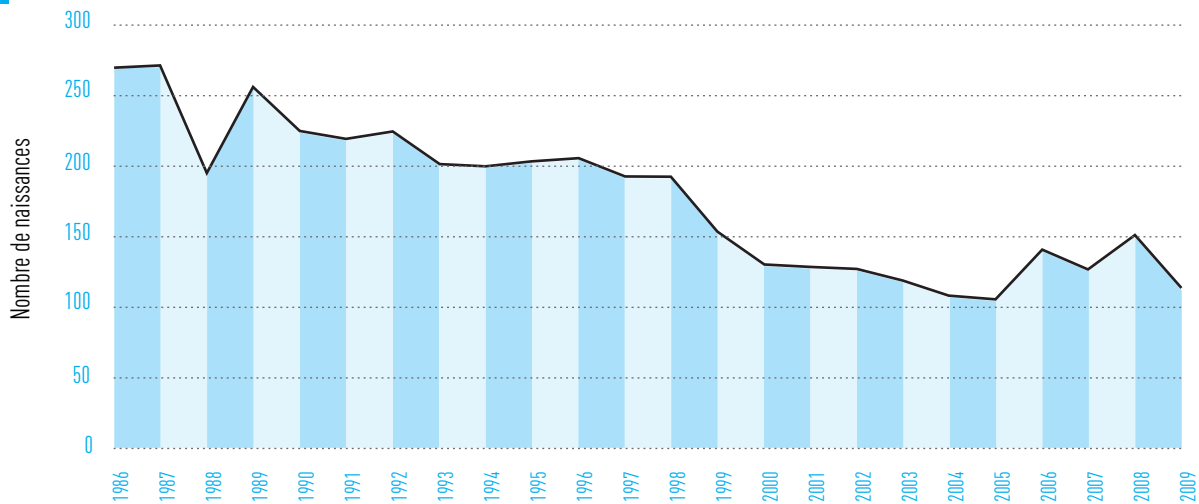
En 1986, le Rocher-Percé enregistrait 268 naissances. On assistait par la suite à une baisse quasi constante des naissances jusqu'en 2005, année durant laquelle seulement 105 enfants de mères de ce territoire local venaient au monde. À compter de 2006, la situation s'inversait et outre l'année 2009 où 113 naissances ont été enregistrées, les années 2006 à 2008 ont été des plus encourageantes avec une moyenne annuelle de 138 naissances (figure 3).

Le nombre de naissances ne permet pas le renouvellement naturel de la population

Depuis le début des années 80, le nombre de naissances dans le territoire de Rocher-Percé a été bien en deçà du seuil nécessaire afin de permettre le renouvellement de la population, lequel est de 2,1 enfants par femme en âge de procréer. Plus précisément, jusqu'au milieu des années 2000, l'indice synthétique de fécondité s'est maintenu entre 1,14 à 1,42 enfant par femme en âge de procréer dans ce territoire local. Fait encourageant cependant, cet indice se situe à 1,76 en 2006-2008 (1,69 au Québec) (figure 4).

Figure
3

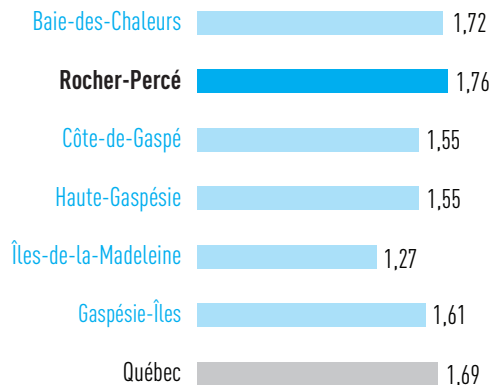
Nombre annuel de naissances, Rocher-Percé, 1986 à 2009



Sources : ISQ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances.
Note : Les données 2009 sont provisoires.

Figure
4

Indice synthétique de fécondité, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006-2008



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances.

Les conditions de vie et les milieux de vie

2.

Les conditions sociales

La langue le plus souvent parlée à la maison, l'état matrimonial et le plus haut niveau de scolarité atteint sont les trois indicateurs présentés sous cette rubrique.

La langue parlée à la maison

Le français : de loin la langue le plus souvent parlée à la maison

En 2006, 95 % de la population de Rocher-Percé parle le plus souvent le français à la maison, les autres parlant surtout l'anglais (3,8 %) et dans une moindre proportion, une autre langue ou plusieurs langues (1,3 %).

L'état matrimonial de fait

Presque six personnes sur dix en couple

Dans le Rocher-Percé, 58 % des personnes de 20 ans et plus vivent en couple en 2006 : 36 % sont légalement mariées, une proportion inférieure à celle du Québec, et 22 % en union libre (tableau 1). Mais, si une part relativement importante de gens de Rocher-Percé sont légalement mariés, ceci ne reflète pas la réalité des jeunes de 20 à 39 ans, ces derniers privilégiant de loin l'union libre au mariage pour leur vie de couple (34 % en union libre contre 8,5 % mariés).

Les célibataires composent, pour leur part, le quart de la population locale en 2006 et à ce chapitre, ce sont les jeunes de 20 à 39 ans qui ont la palme avec 55 %. Par ailleurs, le veuvage, relativement peu fréquent avant 65 ans, fait partie de la réalité de 35 % des aînés de Rocher-Percé en 2006. Finalement, un peu plus de 7 % des personnes de 20 ans et plus sont divorcées ou séparées (mais toujours légalement mariées) (tableau 1).

Tableau
1

Répartition (en %) des 20 ans et plus selon l'état matrimonial de fait, Rocher-Percé et Québec, 2006

	Rocher-Percé	Québec
Vivant avec conjoint		
Légalement marié	35,8	40,6
Partenaire en union libre	21,9	20,8
Ne vivant pas avec conjoint		
Célibataire (jamais marié)	25,4	23,1
Séparé	1,3	1,9
Divorcé	5,8	7,1
Veuf	9,8	6,5
TOTAL	100,0	100,0

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

La scolarité

La hausse de la scolarité se poursuit

La proportion des personnes de 25 ans et plus de Rocher-Percé qui ne détient pas de diplôme d'études secondaires (DES) a perdu 18 points de pourcentage de 1991 à 2006 en passant de 62 % à 44 %. À l'opposé, la proportion de personnes détenant un diplôme universitaire (au moins un baccalauréat) a augmenté de 3,6 % à 5,8 % durant ces quinze années.

En dépit des gains de scolarité, l'écart persiste avec le Québec

En 2006, la population de Rocher-Percé présente encore un retard important par rapport au Québec au chapitre de la scolarité. En effet, 44 % des 25 ans et plus de Rocher-Percé n'ont pas de DES contre 23 % au Québec alors qu'inversement, 5,8 % détiennent un diplôme universitaire, une proportion trois fois moins élevée qu'au Québec (19 %). Avec ces résultats, le Rocher-Percé est le territoire où la population est la moins scolarisée en 2006 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

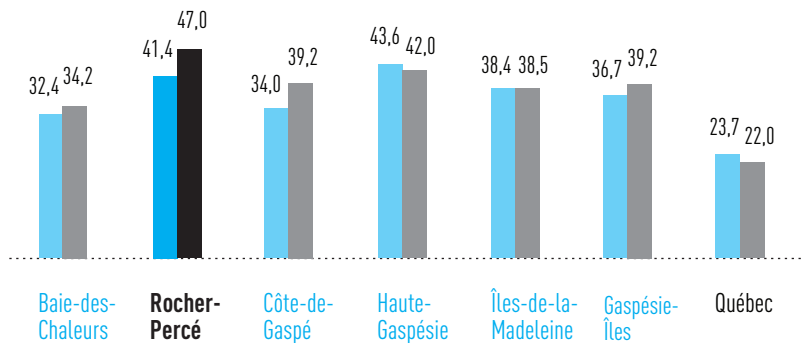
La scolarité des femmes surpasse celle des hommes

Les progrès obtenus au chapitre de la scolarité dans le Rocher-Percé témoignent de ceux faits par les hommes, mais surtout par les femmes, celles-ci ayant fait des gains plus importants que les hommes notamment dans la décennie 90. D'ailleurs, depuis 2001 maintenant, les femmes de ce territoire, comme c'est le cas partout dans la région, ont surpassé leurs homologues masculins au chapitre de la scolarité (figures 5).

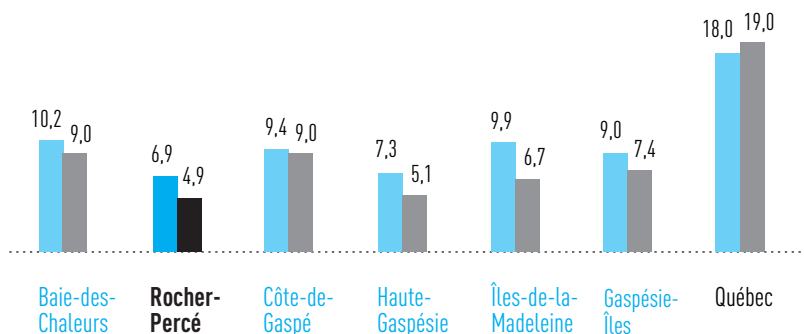
Figures 5

Proportion (en %) des 25 ans et plus sans DES et avec un diplôme universitaire selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006

Sans DES



Avec un diplôme universitaire (au moins un baccalauréat)



■ Femmes
■ Hommes

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

3.

Les conditions économiques

Nous voyons dans cette fiche les indicateurs les plus souvent utilisés pour mesurer les conditions économiques des populations, à savoir le taux d'emploi, le taux de chômage, le pourcentage de prestataires de l'aide sociale, le pourcentage de bénéficiaires du Supplément de revenu garanti et le revenu par habitant. Nous présentons aussi quelques données sur l'insécurité alimentaire des ménages et sur la perception qu'ont les gens de leur situation financière. Nous exposons dans des encadrés à la fin de cette fiche les raisons pour lesquelles nous n'utilisons ni l'indice de seuil de faible revenu de Statistique Canada, ni les indices de défavorisation matérielle et sociale.

Les taux d'emploi et de chômage

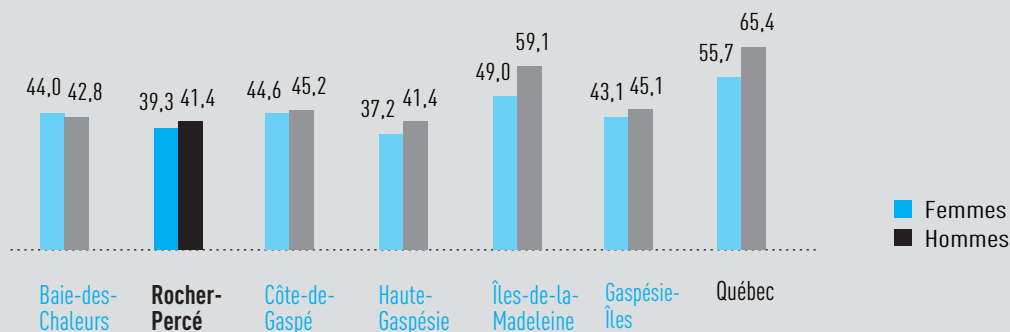
Quatre personnes sur dix dans le Rocher-Percé occupent un emploi, deux personnes de moins qu'au Québec

À l'échelle locale, les données sur l'emploi et le chômage ne sont disponibles que pour 2005. Ainsi en 2005, le taux d'emploi dans le Rocher-Percé est de 40 % contre 60 % au Québec. Par ailleurs, une proportion relativement semblable de femmes et d'hommes de 15 ans et plus dans le Rocher-Percé occupent un emploi, soit 39 % et 41 % respectivement (figure 6). Toutefois, les hommes sont surreprésentés dans les données sur le chômage avec un taux de 19 % contre 15 % chez les femmes en 2005 (figure 7). Les données de cette figure rappellent également la position défavorable de Rocher-Percé par rapport au Québec relativement à cet indicateur qu'est le chômage.

À titre indicatif, précisons que c'est aux Îles-de-la-Madeleine que le taux d'emploi est le plus élevé dans la région et, inversement, que le taux de chômage est le plus faible. À l'opposé, La Haute-Gaspésie est le territoire où ces deux indicateurs sont les moins favorables, suivi de près par celui de Rocher-Percé.

Figure 6

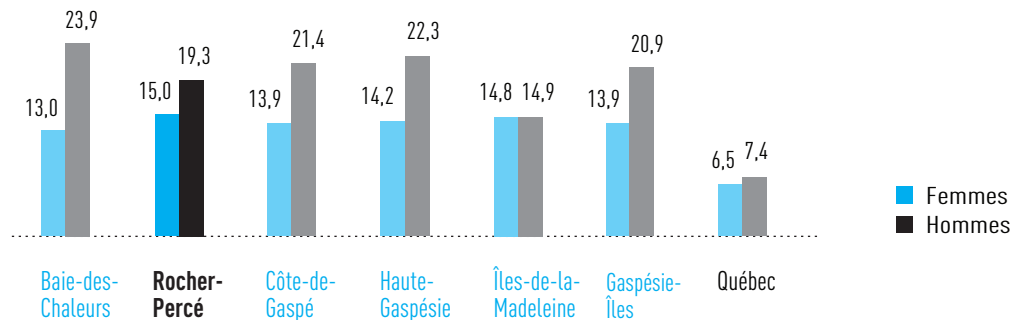
Taux d'emploi (en %) chez les 15 ans et plus selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2005



Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

Figure
7

Taux de chômage (en %) chez les 15 ans et plus selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2005



Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

L'aide sociale et le Supplément de revenu garanti

17 % de prestataires d'aide sociale dans le Rocher-Percé

En mars 2009, 17 % des 18-64 ans de Rocher-Percé étaient prestataires de l'aide sociale, une proportion nettement supérieure à celle du Québec (7,4 %).

Des variations importantes existent à cet égard entre les territoires locaux de la région, La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé enregistrant des proportions de 18 % et de 17 % respectivement alors qu'à l'opposé, elle n'est que de 4,3 % aux Îles-de-la-Madeleine (figure 8).

Les deux tiers des aînés bénéficient du Supplément de revenu garanti

En décembre 2010, 66 % des aînés de Rocher-Percé bénéficient du Supplément de revenu garanti, une proportion beaucoup plus élevée que celle des aînés du Québec (45 %) (figure 9). Bien que la proportion soit élevée dans toutes les MRC de la région, ce sont les aînés de La Haute-Gaspésie suivis de ceux de Rocher-Percé qui sont les plus nombreux à disposer de cette mesure de dernier recours (figure 9). Une situation qui rappelle celle vue plus haut sur l'aide sociale.

Par ailleurs, au Québec comme dans l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la proportion des femmes à recevoir ce soutien financier est supérieure à celle des hommes (70 % des femmes contre 60 % des hommes dans la région). Nous ne disposons pas de ces données à l'échelle locale.

Le revenu personnel

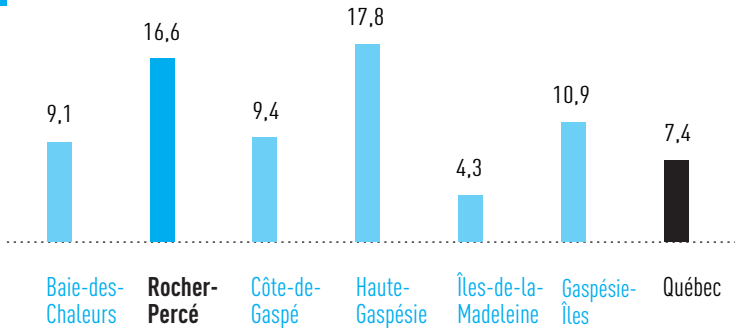
Un revenu de 27 % inférieur dans le Rocher-Percé

En 2008, le revenu personnel moyen des habitants de Rocher-Percé se situe à 24 388 \$, soit 27 % de moins que celui des Québécoises et Québécois (33 333 \$) (figure 10). Qui plus est, comme en fait foi l'ensemble des données économiques précédentes, non seulement le revenu des gens de Rocher-Percé est-il inférieur à celui des Québécois, mais une part plus importante de leur revenu repose sur les transferts gouvernementaux (36 % contre 17 % au Québec). La figure 10 permet aussi de voir que c'est dans La Haute-Gaspésie que le revenu personnel moyen est le plus faible en 2008, tandis que les Îles-de-la-Madeleine enregistrent la valeur la plus élevée.

En 2008, l'ISQ n'a pas publié les données sur le revenu selon le sexe. Il faut donc se tourner vers les données du recensement 2006. Ainsi, pour l'année 2005, le revenu personnel moyen des femmes de 15 ans et plus de Rocher-Percé était de 21 % inférieur à celui des hommes (20 052 \$ contre 25 320 \$), l'écart en défaveur des femmes étant encore plus marqué au Québec avec 34 %.

Figure 8

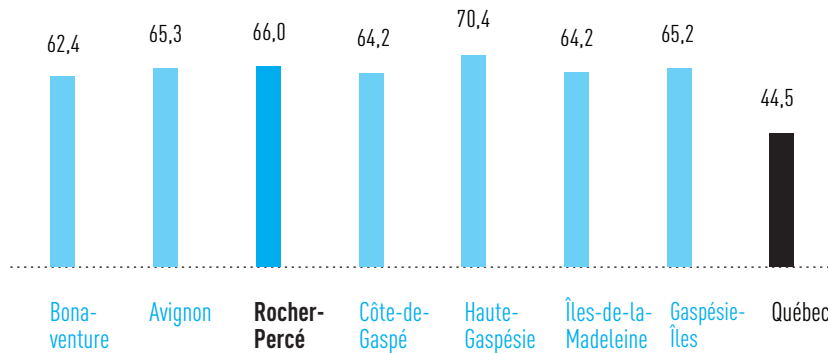
Proportion (en %) des 18 à 64 ans bénéficiaires des programmes d'aide sociale, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, mars 2009



Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, novembre 2009.

Figure 9

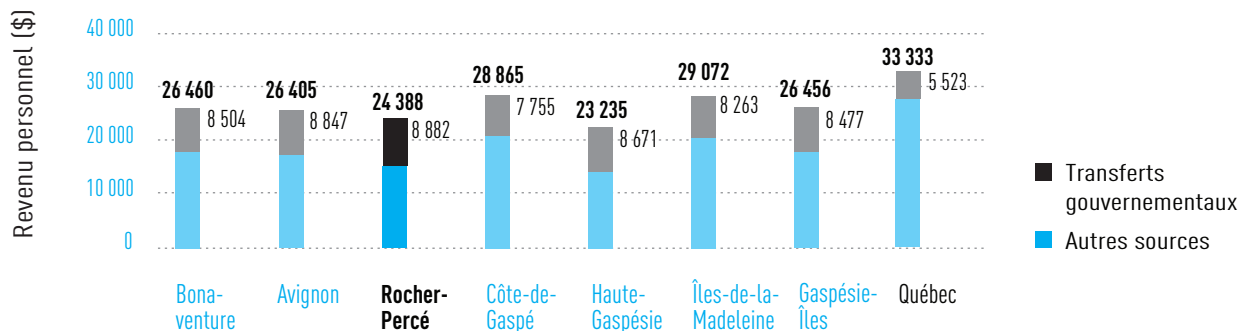
Proportion (en %) des 65 ans et plus bénéficiaires du Supplément de revenu garanti, MRC, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, décembre 2010



Source : Services Canada, bureau de Gaspé, avril 2011.

Figure 10

Revenu personnel annuel moyen par habitant (en \$) et part du revenu attribuable aux transferts gouvernementaux, MRC, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, Services des statistiques sectorielles et du développement durable, 12 mars 2010.

L'insécurité alimentaire

Non disponible à l'échelle des RLS

Près de 5 % de la population vit dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire

En 2007-2008, 4,8 %² des personnes de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vivent dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire, c'est-à-dire des ménages qui n'ont pas eu, au cours de l'année précédant l'enquête, les moyens d'acheter les aliments dont ils avaient besoin (4,7 % au Québec).

Dans la région comme au Québec, pour la majorité de ces ménages, l'insécurité alimentaire ne s'est pas traduite par la sensation de faim, mais plutôt par la crainte de manquer de nourriture ou par la réduction de la qualité des aliments consommés en choisissant des options moins coûteuses. Dans certains cas seulement, il a pu y avoir une faible réduction de la consommation de nourriture. Pour les autres ménages toutefois la réduction de la consommation d'aliments a été telle que cela s'est traduit à plusieurs reprises par la sensation physique de faim. Au Québec, cela correspond à 1,8 % des personnes de 12 ans et plus en ménage privé. Les trop faibles effectifs dans la région ne permettent pas de présenter cette dernière donnée ni celles qui suivent.

Au Québec, c'est dans les ménages au revenu inférieur que l'insécurité est la plus fréquente (14 %) alors qu'on l'observe dans seulement 1,2 % des autres ménages. De plus, les ménages avec enfants sont plus nombreux à être en situation d'insécurité alimentaire (6,1 % contre 3,9 % dans les autres ménages), plus particulièrement à craindre de manquer de nourriture ou à devoir réduire la qualité ou la quantité des aliments sans toutefois ressentir la faim.

Un des ravages de la pauvreté

« ... plus on est pauvre, plus on risque d'être malade et de mourir jeune. Le plus puissant facteur associé à la maladie et à une vie de piètre qualité se révèle être le niveau socio-économique. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2007, p. 41)

Perception de sa situation financière

La population de Rocher-Percé se considère plus pauvre que celle du Québec

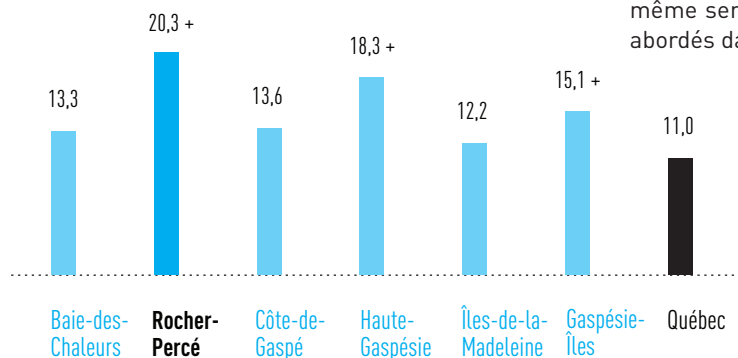
Mentionnons d'abord qu'en dépit de la situation économique défavorable de Rocher-Percé par rapport à celle du Québec, la grande majorité (80 %) des personnes de 15 ans et plus de ce territoire local considèrent qu'elles sont à l'aise financièrement ou à tout le moins que leurs revenus sont suffisants. Toutefois, par rapport aux Québécoises et Québécois, la population de Rocher-Percé est plus nombreuse, en proportion, à se percevoir pauvre ou même très pauvre (figure 11).

Par ailleurs, au Québec et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les femmes perçoivent, en général, un peu moins bien leur situation financière que les hommes, une situation qui ne prévaut toutefois pas à Rocher-Percé, au contraire. En effet, bien que les femmes et les hommes de ce RLS ne se distinguent pas à cet égard d'un point de vue statistique, 30 % des femmes de Rocher-Percé se considèrent comme à l'aise financièrement, ce qui est le cas de seulement 22 % des hommes, tandis qu'à l'opposé, 18 % des femmes se perçoivent pauvres ou très pauvres contre plus de 23 % des hommes.

Finalement, le territoire de Rocher-Percé et celui de La Haute-Gaspésie se démarquent encore une fois des autres en enregistrant les plus fortes proportions de personnes à se percevoir pauvres ou très pauvres (figure 11), des résultats qui vont tout à fait dans le même sens que ceux obtenus aux autres indicateurs abordés dans cette fiche.

Figure
11

Proportion (en %) des 15 ans et plus se percevant pauvres ou très pauvres, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les indices de défavorisation matérielle et sociale

À défaut d'avoir des données sur les conditions socio-économiques des individus dans les fichiers administratifs comme le Fichier des décès ou celui des naissances, on utilise depuis quelques années au Québec les indices de défavorisation matérielle et sociale. Ces indices, de type écologique, permettent de caractériser les secteurs de résidence et ensuite de comparer entre elles les populations des divers secteurs selon des indicateurs de santé comme l'espérance de vie. Rappelons que l'indice de défavorisation matérielle synthétise la proportion de personnes sans DES, le taux d'emploi et le revenu moyen personnel tandis que l'indice de défavorisation sociale synthétise la proportion de familles monoparentales, la proportion de personnes vivant seules et la proportion de personnes divorcées, séparées ou veuves (Pampalon, Hamel et Raymond, 2004). Toutefois actuellement, il est possible d'exploiter cet indice unique-

ment pour l'année 2007, les années antérieures n'étant pas compatibles avec cette dernière année. Pour ce qui est de l'année 2008, la variable « indice de défavorisation » n'est pas encore incluse au Fichier des décès. Nous avons tout de même, à titre exploratoire, examiné comment l'espérance de vie et les taux de décès pour les trois principales causes de décès soit les cancers, les MCV et les maladies respiratoires, varient selon l'indice de défavorisation en 2007. Or, les résultats obtenus à l'échelle régionale à compter de cette seule année souffrent d'une trop grande imprécision pour tirer des conclusions fiables. D'ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande de se baser sur un minimum de trois années pour calculer l'espérance de vie en fonction de l'indice de défavorisation, condition que nous ne rencontrons pas.

L'indice du seuil de faible revenu

Selon les données basées sur le recensement 2006, 11,8 % de la population gaspésienne et madelinienne vit sous le seuil de faible revenu en 2005, une proportion beaucoup moins élevée que celle du Québec (17,2 %) et qui place la région parmi les régions les plus favorisées du Québec. Ce résultat est pour le moins étonnant quand, par ailleurs, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine présente une situation défavorable par rapport à celle du Québec pour tous les indicateurs socioéconomiques vus dans la présente fiche. Qui plus est, quand on compare toutes les régions du Québec entre elles relativement à ces indicateurs, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est la région du Québec avec le revenu le plus bas, le taux d'emploi le plus bas, le taux d'activité le plus bas et le taux de chômage le plus élevé à égalité avec le Nunavik. De plus, en 2005, année de référence pour le seuil de faible revenu, la région compte 12,1 % d'assistés sociaux, le taux le plus élevé du Québec, et 73 % de personnes de 65 ans et plus bénéficiaires du Supplément de revenu garanti. En mettant en parallèle ces dernières données avec celle de l'indice du seuil de faible revenu, ceci signifie qu'il y aurait en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine des personnes recevant de l'aide sociale ou le Supplément de revenu garanti qui vivraient au dessus du seuil de faible revenu de Statistique Canada.

Ces résultats nous amènent à questionner la validité des seuils de faible revenu pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Rappelons que ces seuils sont établis pour l'ensemble du Canada en fonction du revenu des particuliers (toutes sources), de la taille des ménages, de la taille du secteur de résidence des personnes et d'une estimation des dépenses moyennes que les ménages effectuent pour se procurer des articles de base dans les domaines de l'alimentation, des vêtements et du logement (Statistique Canada, 2002a, tiré de INSPQ en collaboration avec MSSS et ISQ, 2006). Or, en général au Canada, les dépenses moyennes dans ces domaines (qui n'incluent pas le transport) seraient moindres dans les communautés rurales qu'urbaines. Ainsi, Statistique Canada attribue des seuils de faible revenu plus bas aux régions rurales qu'urbaines et c'est ce qui explique pourquoi la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine obtient une si faible proportion de gens vivant sous le seuil de faible revenu.

Mais, compte tenu des résultats que nous avons exposés précédemment pour notre région et en l'absence d'études sérieuses démontrant que le coût de la vie est à ce point peu élevé en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, nous préférons ne pas publier les résultats de l'indice de seuil de faible revenu pour notre région.

Le milieu social

4.

Dans cette fiche, le milieu social est analysé à compter des indicateurs suivants : la situation de vie, les soins sans rémunération aux personnes âgées, le soutien social, la satisfaction par rapport à sa vie sociale et le sentiment d'appartenance à sa communauté locale.

La situation de vie

Vivre seul : une situation de vie moins répandue dans le Rocher-Percé qu'au Québec

En 2006, 14 % des personnes de 15 ans et plus de Rocher-Percé vivent seules alors que ce pourcentage est de 16 % au Québec. Cette différence en faveur de Rocher-Percé s'observe tant chez les hommes que chez les femmes ainsi que, de façon générale, à tous les grands groupes d'âge (tableau 2).

L'influence du milieu social

Le milieu social dans lequel évoluent les individus exerce une influence non négligeable sur leur santé. On sait, par exemple, que le fait de vivre seul peut avoir des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale (INSPQ en collaboration avec MSSS et ISQ, 2006). D'ailleurs, selon les résultats régionaux de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2008* (EQSP), les personnes vivant seules sont celles qui perçoivent le plus négativement leur santé. Ce sont aussi les personnes les moins satisfaites de leur vie sociale. À l'inverse, un bon soutien social de la part de l'entourage joue un rôle protecteur dans les périodes difficiles de la vie comme les deuils, la maladie ou la survenue de problèmes familiaux (Légaré et autres, 2001, tiré de INSPQ en collaboration avec MSSS et ISQ, 2006).

Dans le Rocher-Percé, les femmes de 15 à 64 ans sont aussi nombreuses que les hommes à vivre seules, mais après, cette situation s'inverse. À compter de 75 ans, environ deux fois plus de femmes que d'hommes vivent seules, reflétant en partie leur plus grande espérance de vie (tableau 2). Mentionnons que c'est aux Îles-de-la-Madeleine que les gens vivent le moins souvent seuls (10,7 %), tandis que La Haute-Gaspésie compte la plus forte proportion (15,1 %).

Les soins sans rémunération aux personnes âgées

Précisons d'abord que les soins et l'aide sans rémunération aux personnes âgées ne comprennent pas le travail bénévole pour un organisme communautaire, un organisme religieux, une œuvre de charité ou un groupe communautaire ni le travail sans salaire dans une ferme ou une entreprise familiale ou dans l'exercice d'une profession.

Cela dit, en 2006, 22 % des 15 ans et plus de Rocher-Percé prodiguent des soins ou de l'aide sans rémunération à une personne âgée (19 % au Québec). Cet écart entre le Rocher-Percé et le Québec est noté à la fois chez les hommes et chez les femmes (figure 12).

Tableau 2

Proportion (en %) des 15 ans et plus en ménages privés vivant seuls selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2006

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	15,1	17,1
Hommes	12,4	14,8
Groupe d'âge		
Femmes		
15-64 ans	11,0	12,1
65-74 ans	24,1	32,5
75 ans et plus	38,2	50,8
Hommes		
15-64 ans	11,2	14,1
65-74 ans	17,0	17,3
75 ans et plus	19,2	21,7
TOTAL	13,8	16,0

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

Les femmes davantage impliquées

Au Québec, comme partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à exercer ce genre de responsabilités (figure 12) et à y consacrer cinq heures et plus de leur temps par semaine. À titre indicatif, mentionnons en effet que 10,0 % des femmes de Rocher-Percé y consacrent cinq heures et plus contre 7,1 % chez les hommes.

Le territoire des Îles-de-la-Madeleine se démarque des autres territoires en affichant, en 2006, la plus forte proportion de personnes de 15 ans et plus offrant des soins ou de l'aide aux aînés, sans rémunération. Cette proportion est particulièrement élevée chez les Madeliniennes avec 35 % (figure 12).

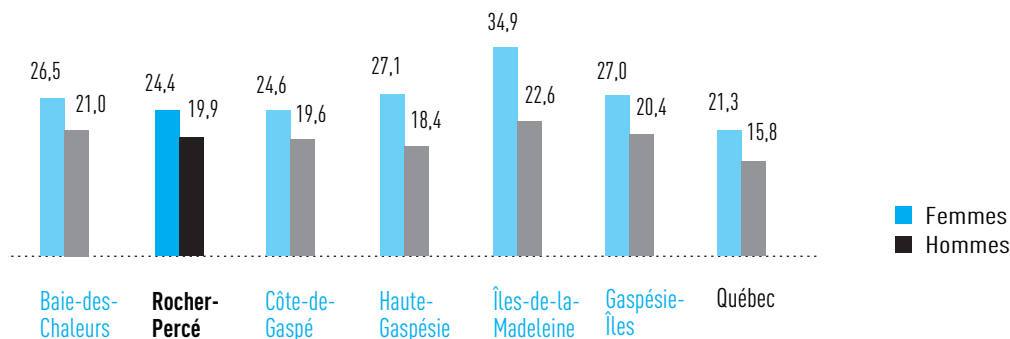
La satisfaction de sa vie sociale

Les gens de Rocher-Percé davantage satisfaits de leur vie sociale que les Québécoises et Québécois

En 2008, 55 % des 15 ans et plus de Rocher-Percé sont très satisfaits de leur vie sociale, une proportion plus élevée que celle du Québec (47 %) (figure 13). À l'opposé, 6,9 %³ de la population de Rocher-Percé se dit insatisfaite de cet aspect de sa vie (6,5 % au Québec). Comme au Québec et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la satisfaction eu égard à sa vie sociale ne se distingue pas selon les sexes : 54 % des femmes et 56 % des hommes de Rocher-Percé sont très satisfaits de leur vie sociale. Toutefois, à l'échelle régionale, il s'agit d'un indicateur qui varie selon l'âge, les jeunes de 15 à 24 ans et les aînés étant en général davantage satis-

Figure
12

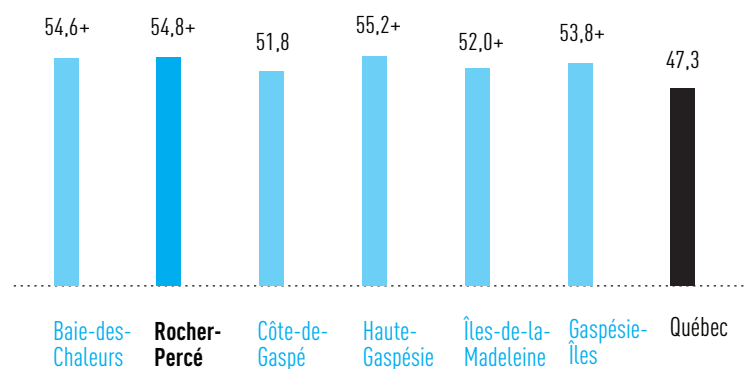
Proportion (en %) des 15 ans et plus prodiguant sans rémunération des soins ou de l'aide aux personnes âgées selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006



Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

Figure
13

Proportion (en %) des 15 ans et plus très satisfaits de leur vie sociale, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

3 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**Tableau
3**

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant un niveau très élevé de soutien social selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	48,8	45,4
Hommes	53,3+	44,3
Groupe d'âge		
12-17 ans	60,0	49,9
18-34 ans	59,2+	47,3
35-44 ans	41,7	45,5
45-64 ans	50,4+	41,4
65 ans et plus	47,6	44,2
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	50,9	44,4
Français	51,2	44,8
Revenu du ménage		
Inférieur	52,6	39,9
Moyen	47,5	44,2
Supérieur	55,6	50,1
TOTAL	51,0+	44,9

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

faits de leur vie sociale que les personnes composant la population active. Cette même tendance est observée dans le Rocher-Percé : 62 % des jeunes et 61 % des aînés de Rocher-Percé sont très satisfaits de leur vie sociale contre un peu plus de la moitié chez les 25-64 ans.

À titre indicatif, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, le revenu du ménage exerce une influence sur cet aspect de la vie, c'est-à-dire que la proportion de gens très satisfaits de leur vie sociale augmente avec le revenu.

Le soutien social et le sentiment d'appartenance à sa communauté locale

Non disponible à l'échelle des RLS

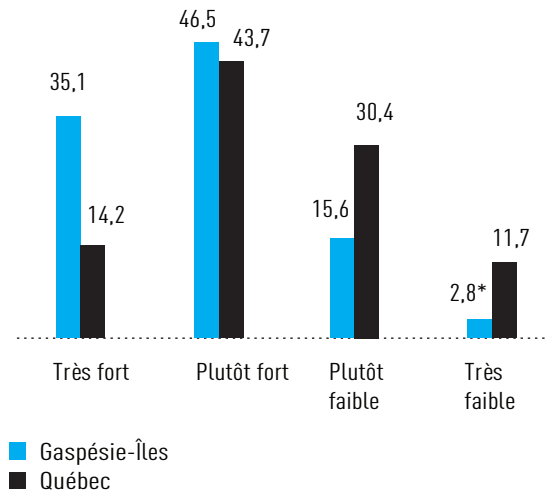
Soutien social plus élevé en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec

Une minorité de gens seulement, en 2007-2008, ont un niveau faible ou modéré de soutien social et en ce sens, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne se différencie pas du Québec (10 % dans la région et 12 % au Québec). Par contre, comme c'était le cas lors des enquêtes antérieures, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte, en 2007-2008, une plus forte proportion de personnes de 12 ans et plus ayant un niveau très élevé de soutien social que le Québec (tableau 3), c'est-à-dire des personnes qui ont, en tout temps, quelqu'un pour les écouter et les conseiller en situation de crise, pour leur donner des renseignements, quelqu'un à qui elles peuvent se confier et parler et quelqu'un qui comprend leurs problèmes. De plus, toujours selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne 2007-2008* (ESCC), la population gaspésienne et madelinienne est proportionnellement plus nombreuse que celle du Québec à être très satisfaite de ses relations avec ses amis (55 % contre 47 %).

Au Québec et dans la région, le niveau de soutien social ne varie pas entre les sexes ni entre les francophones et les anglophones (tableau 3). Toutefois, ce sont les jeunes de 12 à 17 ans et les 18-34 ans qui sont les plus nombreux à pouvoir compter sur un niveau très élevé de soutien social, et ce, au Québec comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Dans la région, la proportion atteint son plus bas niveau à 35-44 ans et remonte ensuite pour se situer aux environs de 50 %. Pour ce qui est du revenu, son influence sur le soutien social est claire à tout le moins au Québec : la proportion de personnes avec un niveau très élevé de soutien augmentant progressivement avec le revenu du ménage. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ce lien n'existe pas, c'est-à-dire que les personnes à plus faible revenu ne sont pas moins nombreuses, en proportion, que les personnes à revenu supérieur à avoir un niveau très élevé de soutien social.

**Figure
14**

Répartition (en %) des 12 ans et plus selon le sentiment d'appartenance à la communauté locale, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Plus de gens en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec avec un fort sentiment d'appartenance à leur communauté

En 2007-2008, 82 % de la population régionale de 12 ans et plus a un fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale, une proportion nettement supérieure à celle du Québec (58 %). À l'opposé, à peine 3 % des gens de la région en éprouvent un très faible contre 12 % au Québec. D'ailleurs, une plus forte proportion de la population gaspésienne et madelinienne comparativement à celle du Québec se dit satisfaite ou très satisfaite de son quartier (95 % versus 90 %).

Au Québec, et les mêmes tendances sont observées en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les jeunes de 12 à 17 ans sont les plus susceptibles d'avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté (78 %), tandis que les 18-34 ans le sont moins (52 %). À compter de 35 ans, la proportion de personnes ayant un fort sentiment d'appartenance à sa communauté remonte progressivement pour atteindre 65 % chez les aînés. Toujours au Québec, les francophones sont, pour leur part, moins nombreux en proportion que les anglophones et les autres groupes linguistiques à éprouver un fort sentiment d'appartenance à leur communauté (57 % contre 63 %). Bien que non significative, une tendance semblable est obtenue entre les francophones et les anglophones de la région.

Le milieu familial 5.

Les données disponibles sur ce déterminant portent sur la structure des familles, les jeunes vivant dans des familles prestataires de l'aide sociale ou monoparentales, l'âge et la scolarité des mères de même que la satisfaction des gens eu égard à leurs relations avec les membres de leur famille. Outre cette dernière donnée générale, nous ne disposons d'aucune information sur la qualité des liens entre les membres de la famille et les pratiques éducatives des parents, des facteurs qui ont un impact majeur sur le développement des enfants et leur santé future.

La satisfaction des relations familiales

Non disponible à l'échelle des RLS

Les relations familiales : très satisfaisantes pour une majorité de gens en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

En 2007-2008, 56 % de la population régionale interrogée dans le cadre de l'ESCC s'est dite très satisfaite de ses relations avec les autres membres de sa famille, une proportion supérieure à celle du Québec (48 %). En additionnant les personnes qui affirment être satisfaites à celles très satisfaites, ce sont 96 % des résidents de la région qui sont satisfaits de cet aspect de leur vie (92 % au Québec).

La structure des familles

En constante évolution

À l'image des changements observés relativement à l'état matrimonial, la structure des familles s'est modifiée dans les dernières décennies, les familles composées de couples vivant en union libre et les familles monoparentales augmentant constamment au détriment des familles composées de couples mariés. C'est ainsi qu'en 2006, sur les quelque 1 898 familles avec des enfants de 17 ans et moins à la maison et habitant le territoire de Rocher-Percé, 25 % sont constituées de parents mariés, 42 % de parents vivant en union libre et 33 % sont des familles monoparentales. Cette répartition des familles selon la structure se distingue de celle du Québec, le Québec enregistrant une plus grande

proportion de familles avec des parents mariés (45 %) et en contrepartie, à la fois moins de familles avec des parents vivant en union libre (32 %) et de familles monoparentales (24 %) (tableau 4). De plus, les femmes continuent, en 2006, à être plus souvent chefs de famille monoparentale que les hommes, et ce, dans le Rocher-Percé et au Québec : 76 % des familles monoparentales de Rocher-Percé et 78 % de celles du Québec sont dirigées par des femmes (tableau 4).

L'influence du milieu familial

« Le milieu familial joue un rôle déterminant dans le développement physique, cognitif, social et affectif des enfants, et il continue d'agir sur les comportements des individus et sur leur santé à tous les âges de la vie. »

(MSSS, 2009, p. 18)

Dans les RLS, c'est aux Îles-de-la-Madeleine que l'on dénombre la plus forte proportion de familles composées de couples mariés et la plus faible proportion de familles monoparentales, alors que le territoire de Rocher-Percé compte moins de familles avec couples mariés et à l'opposé, plus de familles monoparentales (tableau 4).

**Tableau
4**

Nombre de familles avec au moins un enfant de 17 ans et moins à la maison, répartition (en %) des familles selon la structure familiale et proportion (en %) des familles monoparentales dirigées par une femme, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Nombre de familles	3 720	1 898	2 047	1 250	1 585	10 500	892 915
Structure des familles							
Couples mariés	31,6	25,0	31,8	27,6	35,6	30,6	44,5
Couples en union libre	42,7	41,5	47,3	48,0	48,3	44,9	31,8
Monoparentales	25,7	32,9	21,0	24,8	15,8	24,5	23,7
Proportion des familles monoparentales dirigées par une femme	79,1	75,7	72,6	83,9	80,0	77,8	78,4

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

Les jeunes vivant dans une famille prestataire d'aide sociale ou monoparentale

Près d'un enfant sur dix en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vit dans une famille prestataire d'aide sociale

Selon les données du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, en mars 2009, plus de 1 400 enfants de 17 ans et moins en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vivent dans une famille bénéficiaire de l'aide sociale, soit 9,1 % des jeunes (7,0 % au Québec). Cette donnée pour les enfants n'est pas disponible par RLS.

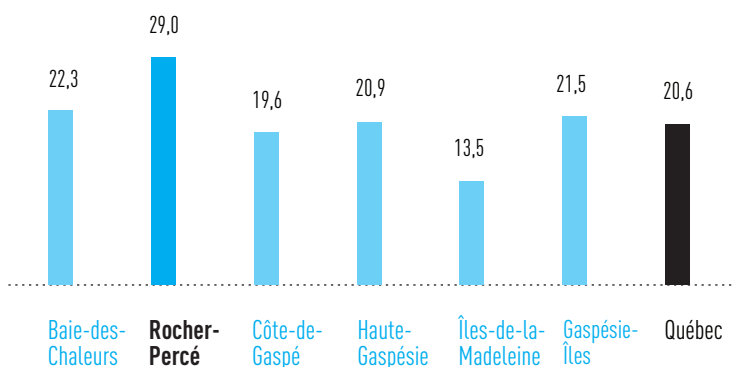
Près de trois jeunes sur dix dans le Rocher-Percé vivent dans une famille monoparentale

Les données du recensement 2006 indiquent que 29 % des jeunes de Rocher-Percé vivent dans une famille monoparentale (figure 15). Cette proportion varie passablement d'un territoire local à l'autre, le territoire de Rocher-Percé affichant la plus forte de jeunes vivant avec seul parent et à l'opposé, les Îles-de-la-Madeleine obtenant la plus faible avec 14 % (figure 15).

Mentionnons par ailleurs que dans la région comme au Québec, la proportion de jeunes vivant avec un seul parent a constamment augmenté dans les dernières années. À titre indicatif, cette proportion était de 13 % et de 15 % respectivement en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec en 1991.

**Figure
15**

Proportion (en %) des jeunes de 17 ans et moins vivant dans une famille monoparentale, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006



Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

Les enfants et la pauvreté

Peu importe le type de famille dans lequel les enfants évoluent, ceux qui grandissent dans une famille à faible revenu courent plus de risque de développer diverses maladies à l'âge adulte et de mourir prématurément, et ce, indépendamment du revenu qu'ils auront à l'âge adulte. En ce sens, plusieurs des enfants vivant avec un seul parent partent en quelque sorte défavorisés, car les familles monoparentales sont plus susceptibles de connaître la pauvreté (MSSS, 2007). À ce sujet, mentionnons que le revenu moyen des familles monoparentales dans le Rocher-Percé est de 33 858 \$ en 2005 (figure 16) alors qu'il se situe à 57 525 \$ chez les couples mariés et à 55 140 \$ chez les couples en union libre (avec ou sans enfants).

L'âge des mères

Les mères de Rocher-Percé généralement plus jeunes que celles du Québec

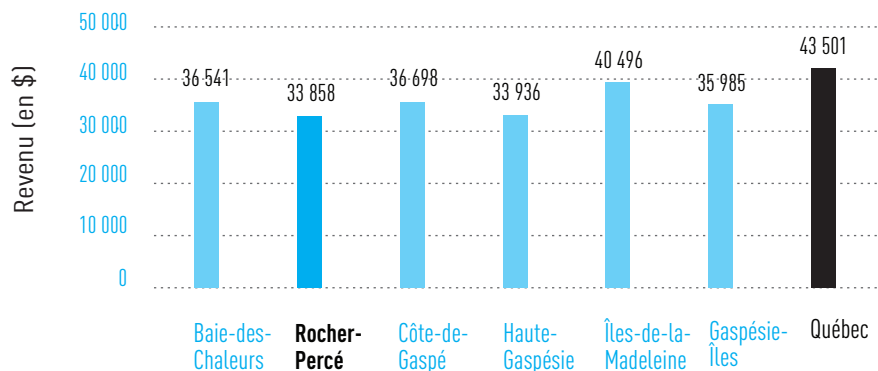
Mentionnons d'abord que depuis au moins le début des années 80, l'âge moyen des femmes à l'accouchement n'a cessé d'augmenter au Québec (gain de 2,5 ans) comme partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (gain de 2,4 ans dans le Rocher-Percé), sauf dans La Haute-Gaspésie où la progression n'est pas significative (figure 17). D'ailleurs, l'âge moyen des mères de La Haute-Gaspésie s'est toujours maintenu en deçà de 27 ans depuis les 25 dernières années, alors que tous les autres RLS ont dépassé ce seuil depuis une bonne dizaine d'années maintenant.

Cela dit, en dépit de la hausse de l'âge moyen des mères dans le Rocher-Percé, les mères de ce territoire local à la naissance de leur enfant sont encore, en 2006-2008, plus jeunes que les mères québécoises (28,0 ans contre 29,2 ans) (figure 17).

En fait, ce qui se passe plus concrètement, c'est que dans le Rocher-Percé il y a proportionnellement plus de naissances de mères de moins de 20 ans et de 20 à 24 ans qu'au Québec (31 % contre 18 %), mais tout autant de naissances de mères de 35 ans et plus (16 % contre 15 % au Québec) (figure 18). Comme nous le verrons d'ailleurs à la fiche 25, le taux de maternité chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans est plus élevé dans le Rocher-Percé qu'au Québec en 2004-2008.

Figure
16

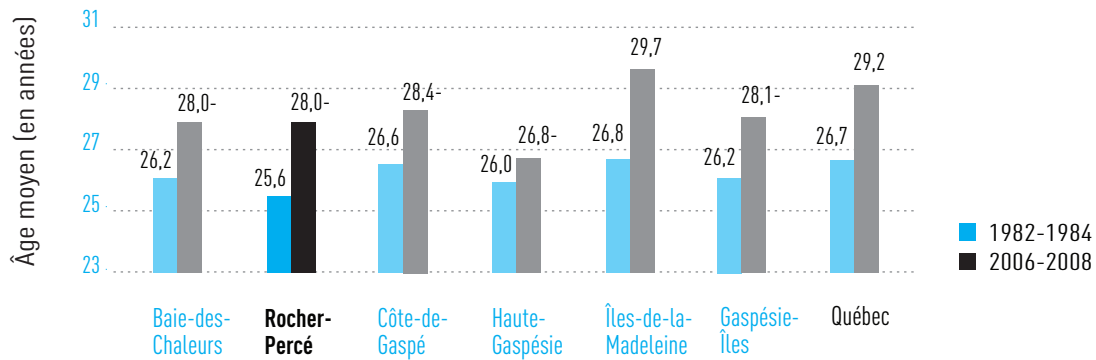
Revenu annuel moyen (en \$) des familles monoparentales, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2005



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique, novembre 2010.

Figure 17

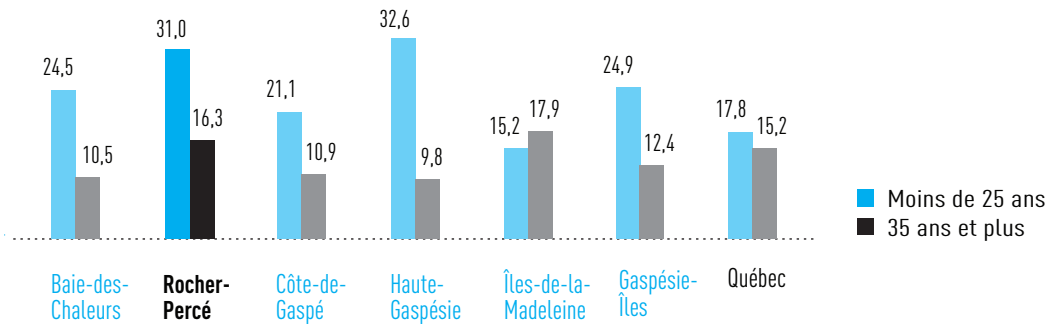
Âge moyen (en années) des mères au moment de l'accouchement, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1982-1984 et 2006-2008



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.
- Âge moyen des mères de ce territoire significativement inférieur à celui des mères du Québec au seuil de 0,05.

Figure 18

Répartition (en %) des naissances selon l'âge de la mère au moment de l'accouchement, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006-2008



Source : MSSS, Fichier des naissances.
Note : Afin d'alléger la figure, nous ne présentons pas le pourcentage des naissances de mères de 25 à 34 ans.

La scolarité des mères

Plusieurs programmes sociaux s'adressent aux mères n'ayant pas de DES, de sorte qu'il s'avère important d'avoir une bonne estimation de la proportion de mères sans DES. Au Québec, c'est par les données recueillies dans l'avis de naissance (formulaire SP-1 Bulletin de naissance vivante) que nous pouvons estimer cette proportion. Jusqu'en 2005, l'avis de naissance demandait aux mères quel est le « nombre d'années de scolarité de la mère ». L'introduction d'une nouvelle version du formulaire SP-1 à la toute fin de l'année 2005 vient, selon nous, changer la donne. On demande maintenant quel est le « dernier niveau de scolarité réussi par la mère » et quatre choix de réponse sont proposées, à savoir : primaire, secondaire, collégial ou universitaire.

Ainsi, jusqu'en 2005, la proportion de mères sans DES était estimée en retenant les mères ayant inscrit un nombre d'années de scolarité inférieur à 11, puisqu'il faut généralement 11 années de scolarité pour obtenir un DES. Depuis 2006, avec le nouveau formulaire, cette proportion doit être estimée, théoriquement, en ne retenant que les mères qui ont coché la case « primaire ».

Or, les écarts très importants entre la proportion estimée en 2005 et celle estimée en 2006 (17,1 % contre 7,3 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) (tableau 5) nous amènent à soulever l'hypothèse d'un problème d'interprétation de la nouvelle question sur la scolarité. Il nous semble tout à fait probable que plusieurs mères ayant terminé et dans leur esprit réussi un 1^{er}, 2^e, 3^e ou 4^e secondaire aient coché la case « secondaire » sous-estimant ainsi la catégorie « primaire » et donc la proportion de mères sans DES.

Par ailleurs, un examen d'un échantillon d'avis de naissance remplis entre 2006 et 2008 a révélé que dans plusieurs cas une réponse initiale avait été biffée au profit d'une autre, alors que dans d'autres cas, une case supplémentaire (2^e secondaire par exemple) avait été ajoutée comme élément de réponse. Des observations qui renforcent notre hypothèse d'un problème d'interprétation de la nouvelle question sur la scolarité.

Dans ces circonstances, nous avons des réserves sur la validité des nouvelles données (2006-2008) et la prudence nous apparaît de mise quant à leur utilisation ou diffusion. Les données du tableau 5 sont donc uniquement fournies pour illustrer notre propos.

Le nombre de jeunes de moins de 17 ans

Nous terminons cette fiche en présentant au tableau 6 le nombre de jeunes dans les RLS ainsi que dans l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec selon le groupe d'âge auquel ils appartiennent.

**Tableau
5**

Proportion (en %) des naissances de mères sans DES, RLS et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2003 à 2008

		Baie-des- Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la- Madeleine	Gaspésie-Îles
Moins de 11 années de scolarité	2003	10,7	28,4	12,1	45,7	12,3	19,5
	2004	12,1	21,3	21,3	38,0	9,8	19,1
	2005	12,1	23,0	13,6	42,5	4,7	17,1
Dernier niveau réussi : primaire	2006	7,7	2,3	5,3	15,5	9,0	7,3
	2007	7,6	4,4	2,6	19,0	8,0	7,4
	2008	8,9	5,6	3,8	29,0	7,7	9,8

Source : MSSS, Fichier des naissances.

**Tableau
6**

Nombre de jeunes de 17 ans et moins selon le groupe d'âge, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2010

	Baie-des- Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la- Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
0-5 ans	1 745	766	881	541	574	4 507	505 230
6-11 ans	1 693	801	911	562	620	4 587	467 325
12-17 ans	2 249	1 066	1 170	709	871	6 065	551 396
TOTAL	5 687	2 633	2 962	1 812	2 065	15 159	1 523 951

Source : MSSS, janvier 2010, Projections de population 2006 à 2031.

Le milieu de travail

6

Nous abordons à l'intérieur de cette fiche trois grands thèmes en lien avec le milieu de travail, à savoir l'environnement organisationnel, l'exposition à des contraintes physiques et l'exposition à différents produits et au bruit intense. Les données présentées proviennent de l'EQSP 2008 et ont trait aux personnes de 15 ans et plus occupant, au moment de l'enquête, un ou plusieurs emplois rémunérés à temps plein ou à temps partiel, salariées ou à leur compte. Sont compris les travailleurs-ses en vacances, en congé parental, en congé de maladie incluant les accidents de travail de même que les travailleurs-ses en grève ou en lock-out.

L'environnement organisationnel du travail

Dans l'EQSP, l'environnement organisationnel est mesuré par le biais du concept des tensions au travail, lequel est construit à compter de deux indicateurs : la latitude décisionnelle et les exigences psychologiques. Dans ce qui suit, nous présentons d'abord les résultats de ces deux derniers indicateurs séparément, puis l'indicateur global qu'ils servent à créer, soit les tensions au travail.

Plus de la moitié des travailleurs-ses dans le Rocher-Percé ont une faible latitude décisionnelle au travail

Comme le montre en effet la figure 19, 52 % des travailleurs-ses de Rocher-Percé ont une faible latitude décisionnelle au travail, une proportion ne se distinguant pas de celle du Québec (44 %).

Au Québec, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à avoir une faible latitude décisionnelle au travail (46 % contre 42 %), une différence entre les sexes qui n'est pas significative au sens statistique dans le Rocher-Percé (53 % chez les femmes et 50 % chez les hommes).

Le tiers des travailleurs-ses de Rocher-Percé a des exigences psychologiques élevées au travail

En effet, en 2008, 33 % des travailleurs-ses de ce territoire local ont des exigences psychologiques élevées au travail, une proportion ne se différenciant pas de celle du Québec (figure 19).

Encore ici, on note que les Québécoises sont désavantagées sur ce plan par rapport aux Québécois en étant plus nombreuses que ces derniers à avoir des exigences psychologiques élevées au travail (37 % contre 33 % chez les hommes). Cet écart entre les sexes n'est pas observé dans le Rocher-Percé (34 % chez les femmes contre 32 %⁴ chez les hommes).

La mesure des concepts

La **latitude décisionnelle** au travail est mesurée à compter des trois questions (ISQ, 2010) :

- Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.
- Mon travail consiste à faire toujours les mêmes choses.
- J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.

Quant aux **exigences psychologiques**, elles sont mesurées en se basant sur les questions :

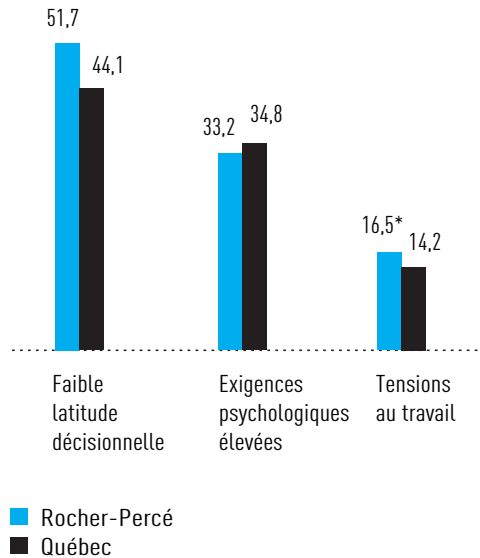
- On me demande de faire une quantité excessive de travail
- Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres.
- Je subis plusieurs interruptions et distractions dans la réalisation de mes tâches.

Cela dit, lorsqu'un-e travailleur-se a des exigences psychologiques élevées au travail et que sa latitude décisionnelle est faible, on considère qu'il-elle vit des tensions au travail.

4 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Figure 19

Proportion (en %) des travailleurs-ses de 15 ans et plus vivant des difficultés en lien avec l'environnement organisationnel du travail, Rocher-Percé et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Ainsi, 17 % des travailleurs-ses de Rocher-Percé vivent des tensions au travail

Cette proportion obtenue en 2008 ne se distingue pas de celle du Québec (figure 20). Et comme le montre le tableau 7, les femmes de Rocher-Percé ne vivent pas plus de tensions au travail que les Québécoises et il en va de même chez les hommes, à tout le moins au sens statistique.

Tableau 7

Proportion (en %) des travailleurs-ses de 15 ans et plus vivant des tensions au travail (faible latitude décisionnelle et exigences psychologiques élevées) selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	15,1**	16,3
Hommes	17,9**	12,4
Groupe d'âge		
15-24 ans	X	13,9
25-44 ans	13,9**	14,3
45-64 ans	18,1*	14,4
65 ans et plus	X	10,0**
TOTAL	16,5*	14,2

Source : ISQ, EQSP 2008.

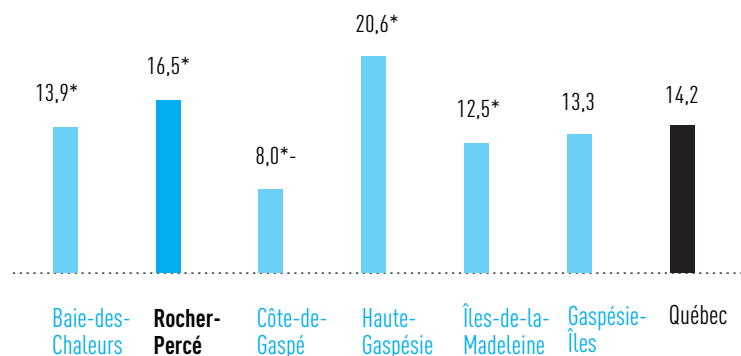
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Figure 20

Proportion (en %) des travailleurs-ses de 15 ans et plus vivant des tensions au travail, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**Tableau
8**

Proportion (en %) des travailleurs-ses de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de contraintes physiques selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	26,7*+	14,0
Hommes	38,2	30,5
Groupe d'âge		
15-24 ans	X	33,7
25-44 ans	26,6*	21,3
45-64 ans	36,7+	20,8
65 ans et plus	X	8,8*
TOTAL	32,3+	22,7

Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

X Donnée confidentielle.

Au Québec, les femmes sont plus susceptibles de vivre des tensions au travail que les hommes

Comme nous l'avons vu plus tôt, les Québécoises ont, en général, moins de latitude décisionnelle au travail que les Québécois et des exigences psychologiques plus élevées que ceux-ci. Ceci se traduit par une plus forte proportion de femmes que d'hommes vivant des tensions au travail (16 % contre 12 %) (tableau 7). Dans le Rocher-Percé, aucun écart significatif n'est détecté à cet égard entre les femmes et les hommes.

Par ailleurs, entre 15 et 64 ans, les travailleurs-ses au Québec vivent des tensions au travail dans des proportions ne se différenciant pas les unes des autres. C'est seulement à compter de 65 ans que la proportion régresse de façon significative (tableau 7). Dans le Rocher-Percé, nous ne pouvons conclure eu égard au lien entre l'âge et les tensions au travail en raison des données qui doivent demeurer confidentielles.

L'exposition à des contraintes physiques

Les travailleurs-ses de Rocher-Percé sont davantage exposé-e-s à un niveau élevé de contraintes physiques que ceux et celles du Québec

En 2008, 32 % des travailleurs-ses de Rocher-Percé ont un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, une proportion supérieure à celle du Québec (23 %) (figure 21). Comme le montre le tableau 8, bien qu'un écart entre le Rocher-Percé et le Québec soit

présent chez les femmes et chez les hommes, seul celui chez les femmes est significatif d'un point de vue statistique. De plus, on remarque que le groupe des 45-64 ans de Rocher-Percé obtient une proportion nettement plus élevée que celle du même groupe d'âge au Québec (tableau 8).

Les hommes davantage exposés aux contraintes physiques

En 2008, au Québec et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les hommes sont clairement plus nombreux que les femmes, en proportion, à être exposés à des contraintes physiques en milieu de travail. Bien que non significative, une même tendance est notée dans le Rocher-Percé (tableau 8). De plus, au Québec, les travailleurs-ses de 15 à 24 ans sont les plus susceptibles d'être exposé-e-s à un niveau élevé de contraintes physiques au travail, tandis que ceux et celles de 65 ans et plus le sont le moins. Dans le Rocher-Percé, nous ne pouvons encore ici conclure en raison des données confidentielles.

À titre indicatif, au Québec comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les travailleurs-ses vivant dans des ménages à revenu supérieur sont moins fréquemment soumis-es à un niveau élevé de contraintes physique que les autres travailleurs-ses. Au Québec, un écart sépare aussi les travailleurs-ses au revenu moyen de ceux et celles au revenu inférieur.

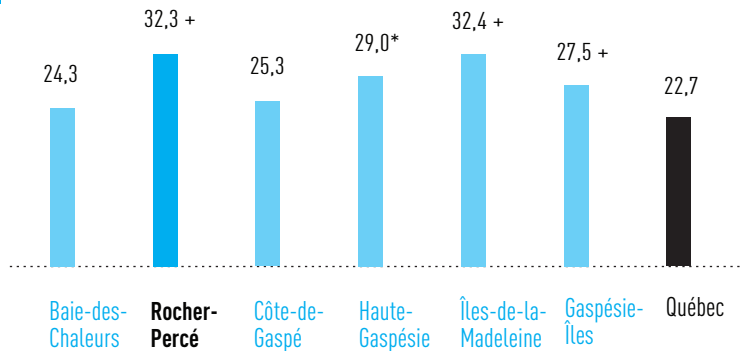
Le travail en position debout prolongée : la contrainte la plus fréquente

Parmi les différentes contraintes physiques auxquelles peuvent être exposé-e-s les travailleurs-ses, le travail en position debout prolongée constitue la plus fréquente dans le Rocher-Percé et au Québec, et ce, chez les femmes comme chez les hommes (figures 22). Comme le montrent aussi ces figures, les femmes et les hommes de Rocher-Percé sont proportionnellement plus nombreux que les Québécoises et Québécois à être exposés à cette contrainte spécifique.

L'autre contrainte physique la plus fréquente en milieu de travail est l'exécution de gestes répétitifs à l'aide des mains ou des bras (comme le travail à la chaîne, la saisie de données ou un rythme imposé par une machine), cette contrainte touchant davantage les hommes de Rocher-Percé que les Québécois. De leur côté, les femmes de Rocher-Percé sont plus exposés aux manipulations de charges lourdes que leurs homologues provinciales (figures 22).

Figure 21

Proportion (en %) des travailleurs-ses de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



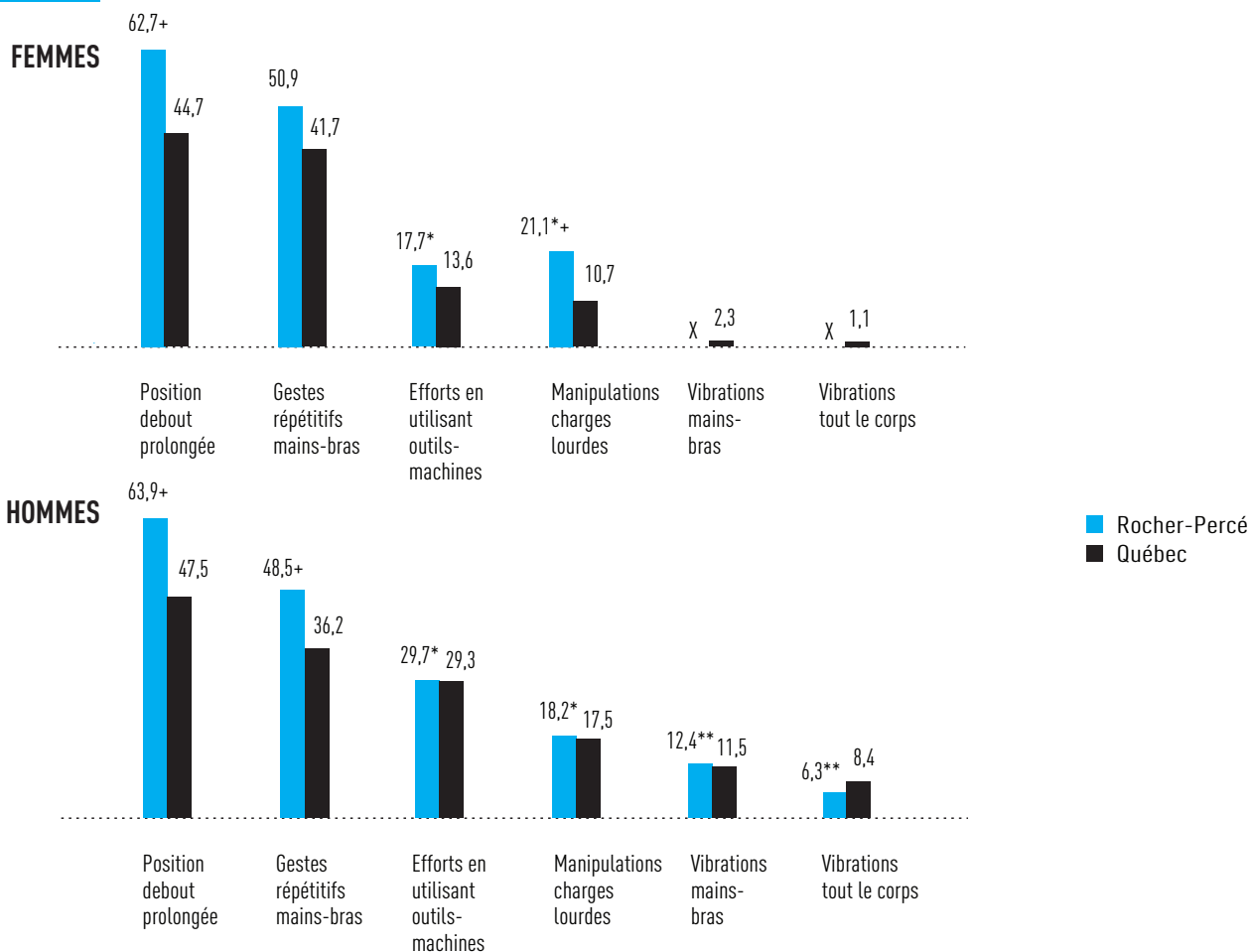
Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Figures 22

Proportion (en %) des travailleurs-ses 15 ans et plus selon les différentes contraintes physiques auxquelles ils-elles sont exposé-e-s en milieu de travail et le sexe, Rocher-Percé et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Tableau 9

Proportion (en %) des travailleurs-ses de 15 ans et plus souvent ou tout le temps exposé-e-s à divers produits et au bruit intense en milieu de travail, sexes réunis, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Fumées de soudage	1,9**	X	X	X	2,0**	1,7*	2,4
Vapeurs de solvants	5,8*	8,1**	5,6**	8,6**	4,2**	6,2	7,1
Poussières de bois	6,9*	5,8**	5,2**	11,3**+	5,2**	6,5	5,0
Bruit intense	6,0**	11,0*	7,6**	7,2**	5,8**	7,3	7,3

Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

L'exposition à des divers produits et au bruit intense

Les travailleurs-ses de Rocher-Percé ne semblent pas plus ni moins exposé-e-s à ces autres produits, ni au bruit que les Québécoises et Québécois

Bien que les données à l'échelle locale souffrent d'une grande imprécision, aucune différence significative ne se dégage entre les travailleurs-ses de Rocher-Percé et celles et ceux du Québec eu égard, à tout le moins, aux substances documentées dans l'EQSP 2008 et au bruit intense (tableau 9). Les données selon le sexe ne sont pas présentées, car elles souffrent d'une trop grande imprécision à l'échelle locale.

L'environnement physique

L'environnement dans lequel nous vivons

7.

Les données locales et même régionales et provinciales pour documenter ce déterminant de la santé sont encore très partielles. Ainsi, les seules données présentées ici ont trait à l'état du logement, à l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire et à la qualité de l'air extérieur. Mentionnons que la fiche 6 traite de certains indicateurs en lien avec l'environnement physique en milieu de travail.

L'état du logement

Plus de logements possédés dans le Rocher-Percé qu'au Québec, mais plus de logements nécessitant des réparations majeures

En 2006, 71 % des logements privés dans le Rocher-Percé sont possédés, l'autre 29 % étant loués. Les pourcentages respectifs au Québec sont de 60 % et de 40 %⁵. Ainsi, de façon générale et comme c'est le cas partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la population de Rocher-Percé est plus souvent propriétaire de son habitation que la population québécoise. À titre indicatif, le pourcentage de logements privés possédés varie entre 71 % dans le Rocher-Percé et 79 % aux Îles-de-la-Madeleine, la proportion dans les autres RLS se situant à 76 ou 77 %.

Par contre, les logements privés de Rocher-Percé, qu'ils soient possédés ou loués, sont plus nombreux, en proportion, que ceux du Québec à nécessiter des réparations majeures (13 % contre 7,7 %) et mineures (30 % contre 28 %) (figure 23). Comme le montre cette figure, ce constat s'observe encore ici dans tous les RLS de la région. Précisons que des réparations mineures sont nécessaires dans le cas, par exemple, de carreaux de plancher détachés ou manquants, de briques descellées, de bardeaux arrachés et de marches, de rampes ou de revêtements extérieurs défectueux. On parle que des réparations majeures sont

nécessaires si la plomberie ou l'installation électrique est défectueuse ou si la charpente des murs, des planchers ou des plafonds doit être réparée (Statistique Canada, 2002a, tiré de INSPQ en collaboration avec MSSS et ISQ, 2006).

L'influence de l'environnement

La qualité de l'environnement dans lequel les gens vivent, qu'on pense à la qualité de l'air extérieur et intérieur ou à la qualité de l'eau, exerce une influence sur la survenue et l'aggravation de plusieurs problèmes de santé comme les maladies respiratoires, circulatoires et gastro-intestinales et certains types de cancer, dont les cancers du poumon et de la peau.

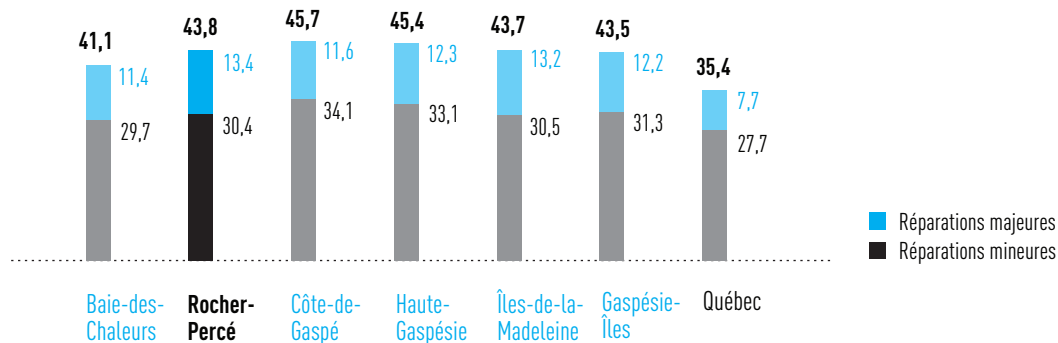
À titre indicatif, soulignons que la proportion de logements nécessitant des réparations majeures en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a constamment diminué depuis les quinze dernières années en passant de 15,1 % en 1991 à 14,2 % en 2001 pour se situer à 12,2 % en 2006.

De plus, en 2007-2008, la grande majorité de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se dit très satisfaite de son logement, soit 95 %, une proportion supérieure à celle du Québec (91 %).

5 Au Québec, 0,1 % des logements privés sont des logements de bande en 2006.

Figure 23

Proportion (en %) des logements privés nécessitant des réparations mineures et majeures, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006



Source : Statistique Canada, Recensement 2006, tiré de INSPQ, Infocentre de santé publique, 2011.

L'exposition à la fumée secondaire

Non disponible à l'échelle des RLS

23 % des non-fumeurs en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont exposés à la fumée secondaire

En 2007-2008, 23 % des non-fumeurs de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont exposés tous les jours ou presque à la fumée secondaire (21 % au Québec), le plus souvent à leur domicile (tableau 10). Au Québec, les hommes sont plus nombreux que les femmes, en proportion, à être exposés à la fumée secondaire. Bien que non significative statistiquement, la même tendance est observée dans la région. De plus, les jeunes de 12 à 17 ans suivis des 18-34 ans sont plus susceptibles d'être ainsi exposés à la fumée secondaire, tandis que les personnes âgées le sont moins, à tout le moins au Québec (tableau 10). La langue et le revenu du ménage n'influencent pas le fait d'être exposé ou non à la fumée secondaire (résultats non illustrés).

Tableau 10

Proportion (en %) des non-fumeurs de 12 ans et plus exposés chaque jour ou presque chaque jour à la fumée secondaire selon le sexe, l'âge et le lieu d'exposition, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	17,7	19,3
Hommes	27,9	23,1
Groupe d'âge		
12-17 ans	52,2	40,9
18-34 ans	28,9*	27,2
35-64 ans	20,1	18,0
65 ans et plus	X	10,5
Lieu d'exposition		
Domicile	13,6	10,8
Automobile ou véhicule privé	10,6	8,4
Lieux publics	7,0*	9,2
TOTAL	22,6	21,1

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

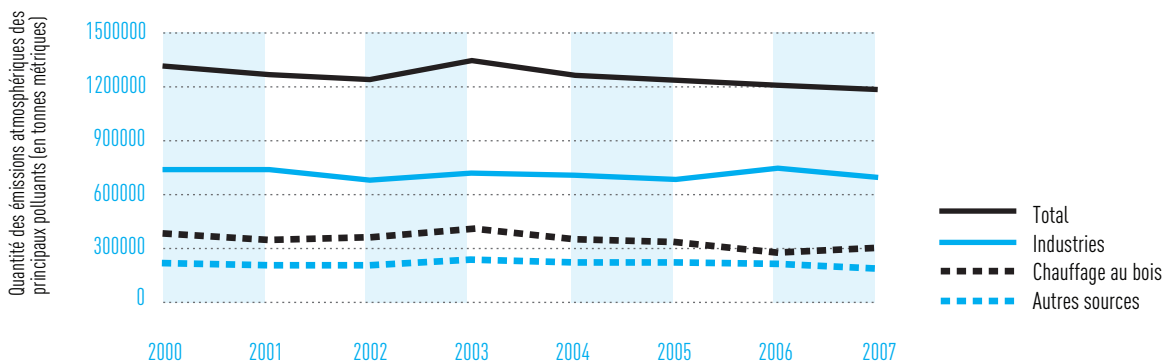
Note : Dans ce tableau, aucune différence significative entre la région et le Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

**Figure
24**

Quantité des émissions atmosphériques (en tonnes métriques) des principaux polluants générées par les sources fixes selon la source, Québec, 2000 à 2007



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique, novembre 2010.

Les émissions de polluants atmosphériques

Non disponible à l'échelle des RLS

La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine contribue à moins de 1 % des émissions de polluants générées par les sources fixes, dont l'industrie

Au Québec, en 2007, les sources fixes, principalement les industries et le chauffage au bois, ont généré plus de 1 160 000 tonnes métriques de polluants atmosphériques (les polluants comprennent les composés organiques volatils, le dioxyde de soufre, le monoxyde de carbone, les oxydes d'azote et les particules totales en suspension). Parmi ces émissions, 60 % ont été générées par les industries et 25 % par le chauffage au bois. Comme le montre la figure 24, la quantité des émissions de polluants générées par les sources fixes a légèrement régressé depuis 2000, principalement en raison de la réduction des émissions par le chauffage au bois (368 248 tonnes en 2000 contre 295 942 en 2007).

À l'échelle des régions, les seules données actuellement disponibles ont trait aux quantités d'émissions atmosphériques des polluants générées par les industries. Ces données indiquent que sur les quelque 693 700 tonnes métriques d'émissions de polluants générées par les industries au Québec en 2007, un peu plus de 6 000 tonnes métriques ont été produites par

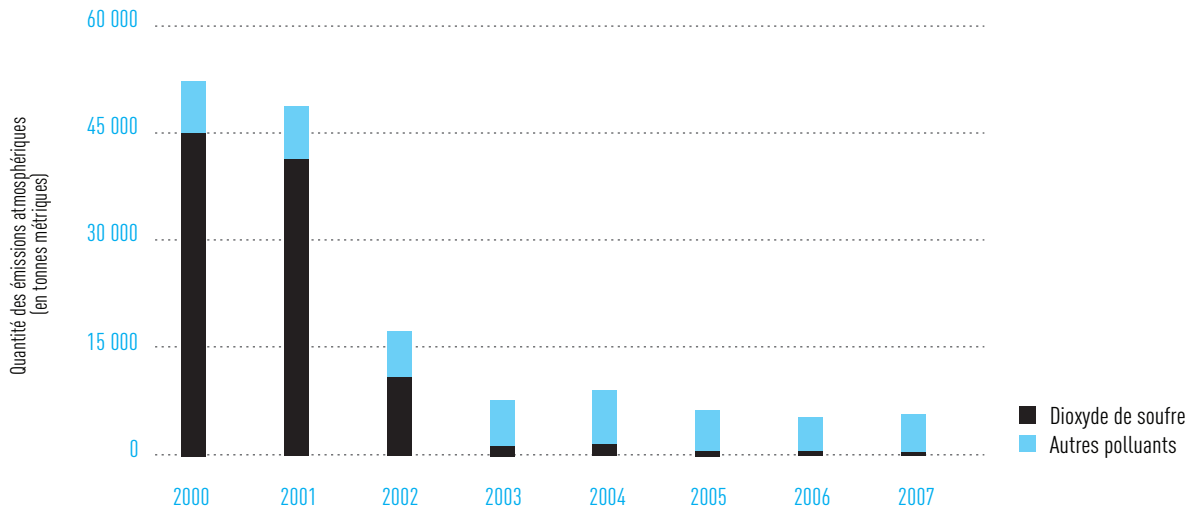
des industries de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ainsi, la région contribue pour 0,9 % des émissions de polluants produites par les industries du Québec en 2007, alors que ce pourcentage se situait, rappelons-le, à 7,3 % en 2000 (Dubé et Parent, 2007), c'est-à-dire avant que ferment les trois principales usines de la région. La figure 25 illustre la diminution importante de la quantité d'émissions de polluants produites par les industries de la région entre 2000 et 2007 ainsi que celle plus spécifiquement attribuable au dioxyde de soufre.

Au Québec, les véhicules moteurs génèrent davantage d'émissions polluantes que les industries et le chauffage au bois

Nous n'avons pas de données récentes sur les émissions de polluants générées par les véhicules moteurs immatriculés dans la région. On sait toutefois qu'au Québec, en 2006, les véhicules moteurs ont produit un peu plus d'un million de tonnes métriques d'émissions polluantes, une quantité supérieure à celle générée par l'industrie et le chauffage au bois réunis (figure 26). Précisons que 53 % des émissions polluantes produites par les véhicules moteurs, en 2006, sont en fait générées par les véhicules légers, 38 % par les camions légers et un peu plus de 8 % par les véhicules lourds.

Figure 25

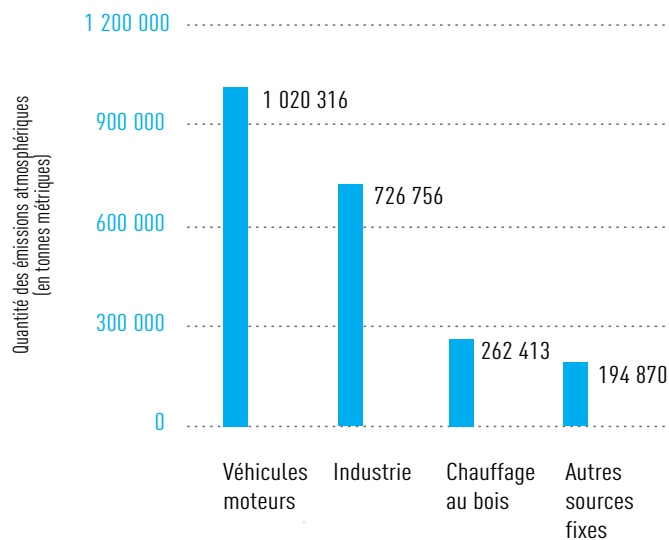
Quantité des émissions atmosphériques (en tonnes métriques) des principaux polluants générées par l'industrie selon le type de polluants, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2000 à 2007



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique, novembre 2010.

Figure 26

Quantité des émissions atmosphériques (en tonnes métriques) des principaux polluants générées par les véhicules moteurs immatriculés au Québec et les différentes sources fixes, Québec, 2006



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique, novembre 2010.

Note : Les polluants générés par les véhicules moteurs n'incluent pas les particules fines supérieures à 2,5 microns.

Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé

8

L'allaitement maternel

Non disponible à l'échelle des RLS

Les données sur l'allaitement présentées dans cette fiche portent sur 467 Québécoises qui ont donné naissance dans les 5 années précédant l'ESCC 2007-2008, dont 32 proviennent de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ce petit échantillon pour la région limite ainsi grandement les analyses; c'est pourquoi nous ne fournissons que le pourcentage global d'allaitement pour la région.

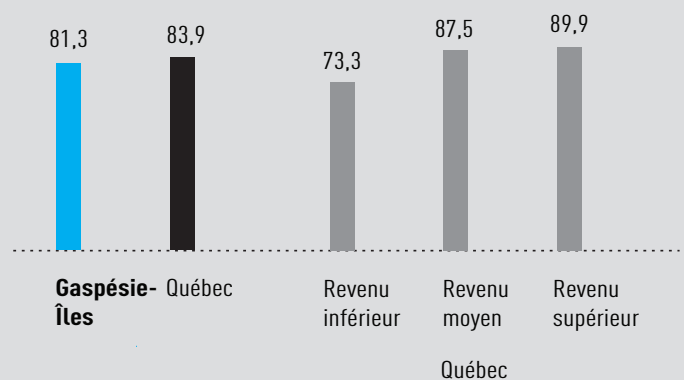
Taux d'allaitement de 84 % au Québec

Sur les quelque 467 femmes qui ont donné naissance à un enfant dans les cinq années antérieures à 2007-2008, 84 % ont allaité leur dernier bébé ou ont essayé de le faire. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 26 des 32 femmes ont fait de même, soit environ 81 % (figure 27). Au Québec, on ne détecte pas de différence entre le pourcentage d'allaitement chez les femmes de 18 à 34 ans et celui chez les 35 ans et plus. De même, bien que 92 % des femmes allophones de l'échantillon québécois aient allaité leur dernier enfant, ce pourcentage ne se distingue pas statistiquement de celui des francophones (83 %) et des anglophones (84 %). Par contre, un écart significatif sépare les femmes vivant dans des ménages à plus faible revenu de celles évoluant dans des ménages à revenu moyen ou supérieur, les premières étant moins nombreuses à avoir allaité ou tenté d'allaiter leur dernier bébé (73 % contre 88 %) (figure 27).

L'ESCC documente aussi la durée de l'allaitement et le moment où des liquides ou des solides ont été introduits dans l'alimentation de l'enfant. Toutefois, nous doutons de la validité de ces données en raison d'un biais de rappel (ou de mémorisation) potentiellement important dans le cas des mères ayant donné naissance à leur enfant depuis 3, 4 ou même 5 ans. C'est pourquoi nous ne présentons pas le taux d'allaitement selon diverses durées de vie de l'enfant ni le taux d'allaitement exclusif, ni les raisons pour lesquelles les femmes ont cessé l'allaitement.

Figure
27

Taux d'allaitement maternel (en %) chez les femmes ayant donné naissance dans les cinq années précédant l'enquête, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, et selon le revenu du ménage, Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

Les bienfaits de l'allaitement : de nouvelles connaissances

On connaît les bienfaits de l'allaitement sur la relation mère-enfant ainsi que sur la santé physique des enfants en général et celle des mères. Or, des travaux récents menés par l'INSPQ ont mis en évidence que l'allaitement maternel peut aussi protéger les jeunes enfants vivant au bas de l'échelle sociale des effets dévastateurs de la pauvreté et ainsi réduire les inégalités de santé chez les enfants (Paquet et autres, 2006, tiré de MSSS, 2007).

L'allaitement maternel pendant les quatre premiers mois de vie diminuerait en effet les risques d'hospitalisation chez les enfants défavorisés de même que leur probabilité d'être perçu comme hyperactif/inattentif à 6 ans. L'allaitement maternel jouerait aussi un rôle positif eu égard aux habiletés langagières des enfants, peu importe la position sociale de leur famille (Paquet et autres, 2006, tiré de MSSS, 2007). C'est pourquoi le MSSS, appuyé en cela par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), vise à ce que 85 % des enfants soient allaités au moins une fois pendant leur séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance et que cette proportion soit de 60 % et 50 % respectivement après quatre mois et six mois.

Les raisons pour ne pas allaiter

Au Québec, les principales raisons évoquées par les femmes de ne pas avoir allaité sont dans l'ordre :

- le biberon est plus facile (pour 35 % d'entre elles);
- ont eu une césarienne ou leur état de santé ou celui de l'enfant ne leur permettait pas (30 % des femmes);
- l'allaitement est peu attrayant, voire dégoûtant (13 % des femmes).

L'hygiène dentaire

9.

Avec la réalisation de l'EQSP 2008, nous disposons pour la première fois de données sur le brossage de dents et l'utilisation de la soie dentaire chez les adultes de Rocher-Percé. Ce sont ces données que nous présentons dans cette fiche; les données relatives aux problèmes de santé dentaire étant traitées plus loin dans la fiche 41.

Tableau 11

Proportion (en %) des 15 ans et plus se brossant les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	93,2	87,9
Hommes	79,4	69,3
Groupe d'âge		
15-24 ans	X	83,5
25-44 ans	95,5+	82,1
45-64 ans	87,7+	76,8
65 ans et plus	68,9	71,2
TOTAL	86,4+	78,8

Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

X Donnée confidentielle.

Le brossage de dents

Une habitude de vie plus répandue dans le Rocher-Percé qu'au Québec

En 2008, 86 % des personnes de 15 ans et plus dans le Rocher-Percé affirment se brosser les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour (79 % au Québec). Cet écart en faveur de Rocher-Percé est significatif chez les 25-44 ans et les 45-64 ans (tableau 11). Comme le montre par ailleurs la figure 28, bien que les RLS ne se distinguent pas tous statistiquement du Québec à cet égard, une tendance générale se dégage selon laquelle le brossage de dents est plus fréquent partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec.

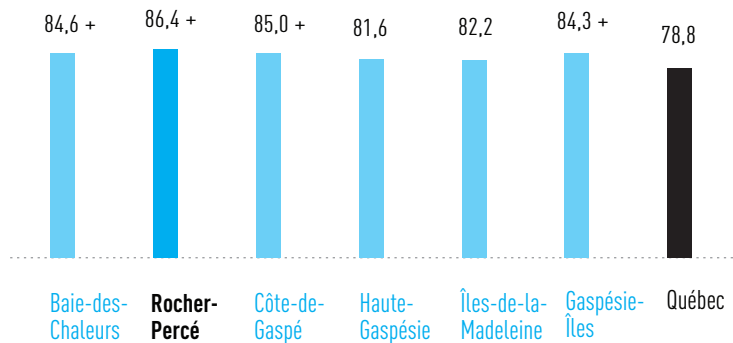
Les hommes et les aînés sont moins nombreux à se brosser les dents deux fois par jour

Comme c'est le cas partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les hommes et les aînés de Rocher-Percé enregistrent les plus faibles proportions de personnes se brossant les dents au moins deux fois par jour (tableau 11). Par ailleurs, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, cette habitude de vie est intimement liée au revenu du ménage, les moins nantis étant moins nombreux que les mieux nantis à avoir adopté cette saine habitude d'hygiène buccale.

Cela dit, il reste que de façon générale, peu importe les caractéristiques des gens, une forte proportion se brosse les dents selon la fréquence quotidienne recommandée.

Figure
28

Proportion (en %) des 15 ans et plus se brossant les dents au moins deux fois par jour, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

L'utilisation de la soie dentaire

Plus du tiers des gens de Rocher-Percé utilisent la soie dentaire tous les jours

Dans le Rocher-Percé, 36 % des personnes de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle utilisent la soie dentaire habituellement tous les jours en 2008, et à l'opposé, 51 % l'utilisent une fois par semaine ou moins. Cette fréquence d'utilisation de la soie dentaire ne se distingue pas de celle du Québec (figure 29). Comme le montre d'ailleurs la figure 29, seules les Îles-de-la-Madeleine se démarquent favorablement du Québec quant à la fréquence de l'usage de la soie dentaire. Autrement, aucune différence n'est obtenue à cet égard entre les RLS et le Québec chez la population de 15 ans et plus.

Pour le Rocher-Percé, l'examen des données selon le sexe et le groupe d'âge au tableau 12 ne montre pas non plus de différence, au sens statistique, avec le Québec. Une seule exception : les aînés. Ceux de Rocher-Percé étant proportionnellement moins nombreux que ceux du Québec à utiliser au moins une fois par jour la soie dentaire (21 % contre 37 %).

Les hommes utilisent moins souvent la soie dentaire

Ici encore, comme partout dans la région et au Québec, les hommes de Rocher-Percé sont moins nombreux que les femmes à avoir adopté quotidiennement cette saine habitude de vie (tableau 12).

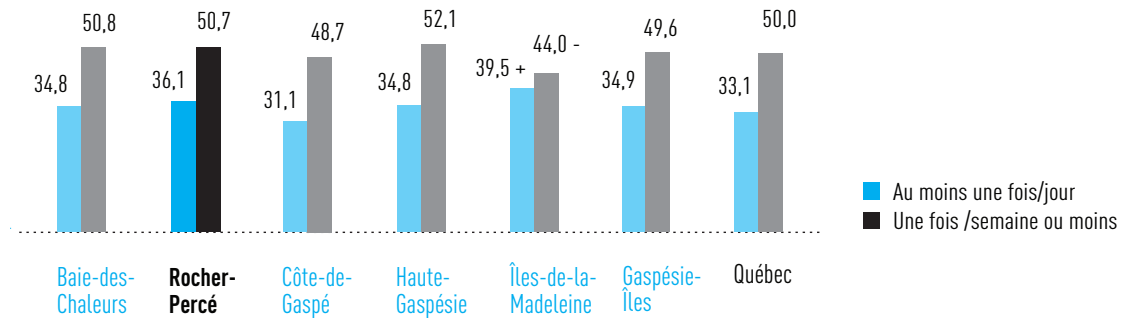
Pour ce qui est du lien entre l'usage de la soie dentaire et l'âge, on ne détecte aucune différence significative au plan statistique entre les différents groupes d'âge, et ce, tant à l'échelle locale que régionale. Autrement dit, la proportion de gens utilisant la soie dentaire tous les jours ne varie pas en fonction de l'âge (tableau 12). Au Québec toutefois, l'utilisation quotidienne de la soie dentaire est plus fréquente à compter de 45 ans. Selon Camirand et Galarneau :

« Ce résultat pourrait être attribuable aux maladies parodontales qui deviennent plus présentes avec l'âge et pour lesquelles l'utilisation de la soie dentaire est recommandée. »
(Camirand et Galarneau, 2010, p. 124)

À titre indicatif, au Québec, la proportion de personnes utilisant la soie dentaire plus d'une fois par semaine, voire tous les jours, passe de 46 % chez les moins nantis à 54 % chez les plus favorisés. Les mêmes tendances sont observées en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

**Figure
29**

Proportion (en %) des 15 ans et plus utilisant la soie dentaire au moins une fois par jour et proportion l'utilisant une fois par semaine ou moins, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

**Tableau
12**

Proportion (en %) des 15 ans et plus utilisant au moins une fois par jour la soie dentaire selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	49,4	41,7
Hommes	23,5	24,6
Groupe d'âge		
15-24 ans	35,1**	27,1
25-44 ans	38,9	29,8
45-64 ans	38,4	38,6
65 ans et plus	21,3*-	36,6
TOTAL	36,1	33,1

Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de Rocher-Percé significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

10.

L'usage de la cigarette

Dans cette fiche, c'est l'usage de la cigarette qui est documenté et non l'usage des autres produits du tabac comme le cigare, la pipe ou le tabac à chiquer.

L'évolution du tabagisme

Non disponible à l'échelle des RLS

Diminution générale de l'usage de la cigarette

Au Québec et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, l'usage de la cigarette a perdu du terrain dans les vingt dernières années (figure 30). Dans la région, la proportion de fumeurs chez les 15 ans et plus est passée de 43 à 27 % de 1987 à 2008, et au Québec, de 40 à 24 %. Cette baisse générale s'est à la fois produite chez les femmes et chez les hommes. Chez les Gaspésiens et Madelinots toutefois, l'usage de la cigarette n'a pas poursuivi sa baisse en 2005 et 2008; la proportion de fumeurs masculins se situant au même niveau que 2003, soit autour de 28 %. Les données des prochaines enquêtes seront nécessaires pour tirer des conclusions fiables sur l'évolution à venir de cet indicateur chez les hommes.

Comme l'indique par ailleurs la figure 31, la baisse générale de l'usage de la cigarette en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est surtout attribuable à la diminution des fumeurs quotidiens, c'est-à-dire ceux qui fument tous les jours, peu importe le nombre de cigarettes fumées, le pourcentage de fumeurs occasionnels ayant

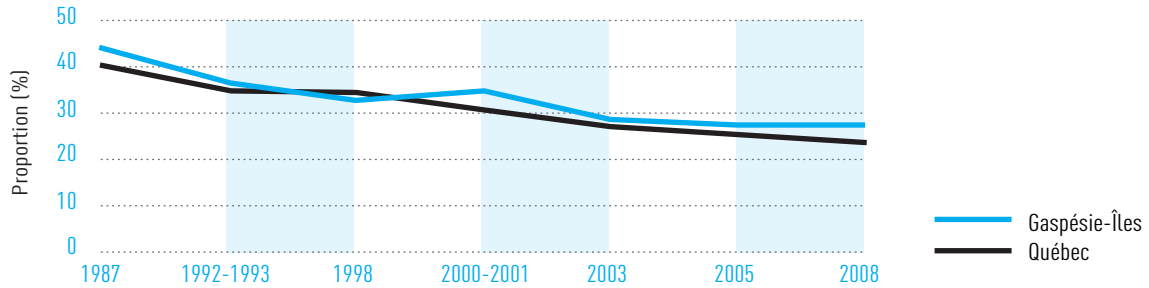
oscillé entre 3 et 7 %. On remarque cependant que depuis 2003, le taux de fumeurs quotidiens a effectivement perdu des points de pourcentage, mais les fumeurs occasionnels, eux, en ont gagné, de sorte que globalement au cours des trois dernières enquêtes, le taux de tabagisme est resté somme toute assez stable dans la région. Sommes-nous en train d'assister à un déplacement des fumeurs réguliers vers la catégorie des fumeurs occasionnels? Ne connaissant pas le statut passé des fumeurs occasionnels, nous ne pouvons répondre à cette question. Les données des prochaines enquêtes pourront peut-être nous éclairer davantage sur cette question.

Moins de fumeurs quotidiens et moins de gros fumeurs qu'il y a vingt ans

En effet, non seulement y a-t-il moins de fumeurs quotidiens, mais ces fumeurs grillent moins de cigarettes en moyenne par jour qu'il y a vingt ans (17 cigarettes par jour en 2007-2008 contre 20 en 1987). Exprimé autrement, 28 % des fumeurs quotidiens de la région consomment 25 cigarettes et plus par jour en 2007-2008, un pourcentage qui s'élevait à 39 % en 1987 (résultats non illustrés).

**Figure
30**

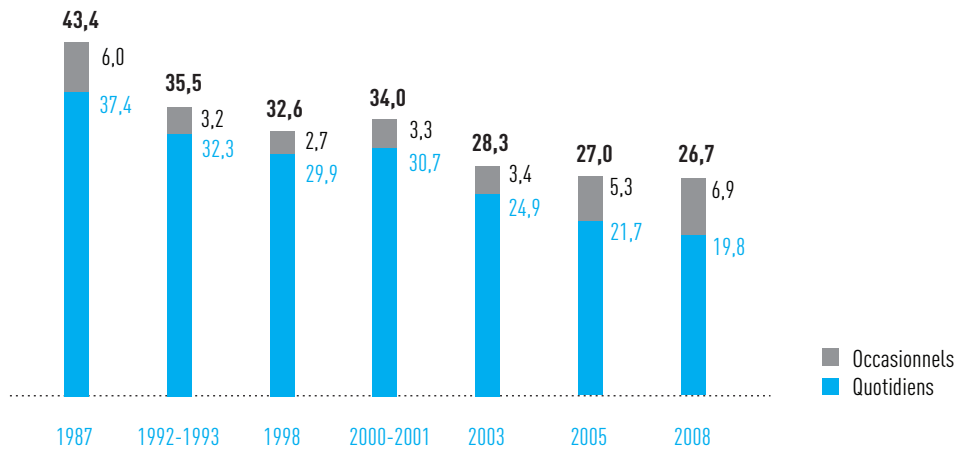
Proportion (en %) des 15 ans et plus faisant usage de la cigarette, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1987 à 2008



Sources : Santé Québec, Enquête Santé Québec 1987, 1992-1993 et 1998.
Statistique Canada, ESCC 2000-2001, 2003, 2005.
ISQ, EQSP 2008.

**Figure
31**

Proportion (en %) des 15 ans et plus faisant usage de la cigarette selon le type de fumeurs, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1987, 1992-1993, 1998, 2000-2001, 2003, 2005 et 2008



Sources : Santé Québec, Enquête Santé Québec 1987, 1992-1993 et 1998.
Statistique Canada, ESCC 2000-2001, 2003, 2005.
ISQ, EQSP 2008.

La situation dans le Rocher-Percé

Le tiers de la population fait usage de la cigarette

En 2008, 33 % des 15 ans et plus de Rocher-Percé fument la cigarette, une proportion supérieure à celle du Québec (24 %) comme c'est aussi le cas dans La Haute-Gaspésie et dans l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 32). Comme le montre par ailleurs le tableau 13, le plus haut taux de tabagisme dans le Rocher-Percé par rapport au Québec s'observe chez les femmes comme chez les hommes ainsi que chez les 25-44 ans et les 45-64 ans.

Dans le Rocher-Percé, les gens composant la population active sont particulièrement nombreux à fumer

Mentionnons d'abord qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, la propension au tabagisme, qu'elle soit occasionnelle ou quotidienne, a généralement été, durant les vingt dernières années, plus élevée chez les hommes que chez les femmes et ceci est encore vrai en 2008 bien que l'écart entre les sexes ne soit significatif qu'au Québec (tableau 13). Dans le Rocher-Percé, aucune différence significative ne sépare les femmes et les hommes à cet égard.

Par ailleurs, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, deux groupes d'âge se sont pratiquement toujours démarqués des autres pour leur haut taux de tabagisme et c'est encore le cas en 2008, soit les 15-24 ans et les 25-44 ans (35 % et 34 % respectivement). Dans le Rocher-Percé, ce sont plutôt chez les 25-44 ans et les

Les conséquences du tabagisme

L'usage du tabac est reconnu comme un facteur de risque important à plusieurs maladies chroniques : 30 % des cancers et, plus précisément, 80 % des cancers du poumon, 30 % des MCV et 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) sont associés au tabagisme. Ainsi, la lutte aux maladies chroniques doit inévitablement passer par la lutte au tabagisme, d'autant que des gains sont encore possibles à cet égard.

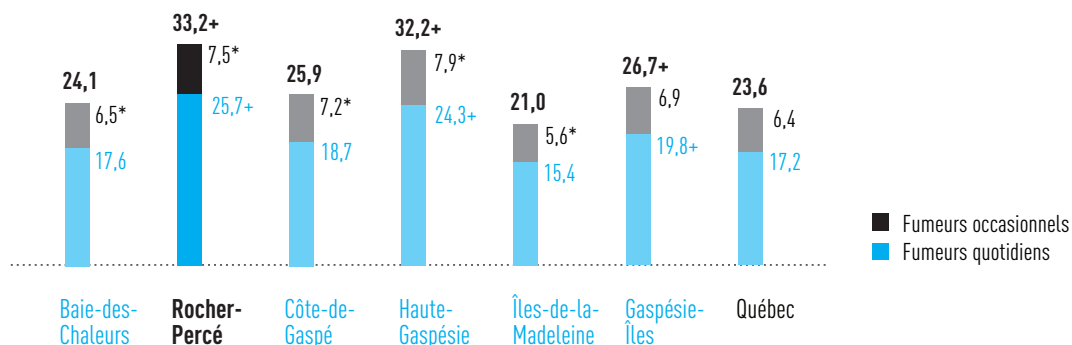
45-64 ans que l'on trouve les plus fortes proportions de fumeurs avec 42 % et 36 % respectivement, des proportions qui par surcroît sont supérieures à celles du Québec (tableau 13). À l'opposé, les aînés sont nettement les moins nombreux à fumer.

Le revenu exerce aussi une influence très nette sur ce comportement, les personnes appartenant à des ménages à faible revenu étant les plus nombreuses, en proportion, à fumer, et ce, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec. À titre indicatif, 38 % des moins nantis dans la région fument la cigarette contre 16 % chez les mieux nantis.

Nous terminons cette fiche en présentant, au tableau 14, les taux de tabagisme dans le Rocher-Percé et au Québec selon le type de fumeurs et le sexe.

Figure
32

Proportion (en %) des 15 ans et plus faisant usage de la cigarette selon le type de fumeurs, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**Tableau
13**

Proportion (en %) des 15 ans et plus faisant usage de la cigarette (fumeurs quotidiens et occasionnels) selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	33,6+	21,9
Hommes	32,7+	25,4
Groupe d'âge		
15-17 ans	X	17,9
18-24 ans	X	30,0
15-24 ans	27,3*	25,5
25-44 ans	42,4+	26,9
45-64 ans	36,2+	24,8
65 ans et plus	17,0*	11,6
TOTAL	33,2+	23,6

Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

X Donnée confidentielle.

**Tableau
14**

Proportion (en %) des 15 ans et plus faisant usage de la cigarette selon le type de fumeurs et le sexe, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Femmes		
Quotidiennes	28,2+	16,3
Occasionnelles	5,4**	5,6
Total fumeuses	33,6+	21,9
Hommes		
Quotidiens	23,1	18,1
Occasionnels	9,7**	7,3
Total fumeurs	32,7+	25,4

Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

11.

La consommation de fruits et de légumes

Non disponible à l'échelle des RLS

Les données sur cet indicateur ne sont disponibles dans la région que pour 2003 et 2007-2008. Il faudra donc attendre quelques années pour tirer des conclusions fiables sur l'évolution de cette habitude de vie dans le temps. Mentionnons aussi que pour mesurer la consommation de fruits et de légumes, l'ESCC ne précise aucune période de référence ou de rappel aux répondants (ex. : au cours de la dernière semaine, hier). Les répondants doivent plutôt indiquer leur consommation habituelle.

Près de la moitié de la population mange la portion recommandée de fruits et de légumes

En 2007-2008, 49 % des personnes de 12 ans et plus dans la région consomment habituellement cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour, une proportion ne se distinguant pas de celle obtenue dans la région en 2003 ni de celle du Québec en 2007-2008 (tableau 15).

Une habitude moins populaire chez les hommes, les adultes, les anglophones et les moins nantis

Comme c'était le cas en 2003, la prévalence de consommation de cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour est plus faible chez les hommes que chez les femmes ainsi que chez les adultes en général par rapport aux jeunes de 12 à 17 ans (tableau 15). De plus, cette saine habitude de vie est moins répandue chez les anglophones que chez les francophones (et les allophones) du Québec. Bien que non significatif, un écart entre les francophones et les anglophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est aussi observé à cet égard (tableau 15).

Finalement, les personnes vivant dans les ménages à plus faible revenu dans la région sont moins enclines à avoir adopté ce comportement que celles appartenant à des ménages au revenu moyen ou supérieur (tableau 15). Ce dernier constat est également vrai au Québec.

Tableau 15

Proportion (en %) des 12 ans et plus consommant habituellement cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	57,7	60,1
Hommes	40,7	44,7
Groupe d'âge		
12-17 ans	62,7	64,8
18-34 ans	58,1	54,3
35-44 ans ¹	33,0-	52,7
45-64 ans	48,4	48,3
65 ans et plus	50,9	52,0
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	34,5*	47,1
Français	51,8	53,4
Revenu du ménage		
Inférieur	41,9	48,0
Moyen	52,5	53,0
Supérieur	52,7	56,8
TOTAL	49,3	52,6

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

1. Soulignons que nous doutons de la représentativité régionale de ce groupe d'âge en 2007-2008 et donc de la validité de cette donnée chez les 35-44 ans de la région (Dubé et Parent, 2010).

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Les bienfaits des fruits et des légumes

Une alimentation riche en fruits et légumes constitue un facteur de protection contre divers cancers et les MCV (*World cancer research fund/American Institute for cancer research, 1997*)

12.

La pratique d'activités physiques

Cette fiche aborde d'abord la pratique d'activités physiques dans les loisirs au cours d'une période de trois mois, puis celle dans les déplacements pour se rendre au travail, appelée aussi le transport actif, et se termine par quelques données sur la présence d'installations dans les milieux de travail favorisant la pratique d'activités physiques. Précisons que les données sur la pratique d'activités physiques dans les loisirs antérieures à 2003 ne sont pas comparables.

L'activité physique dans les loisirs

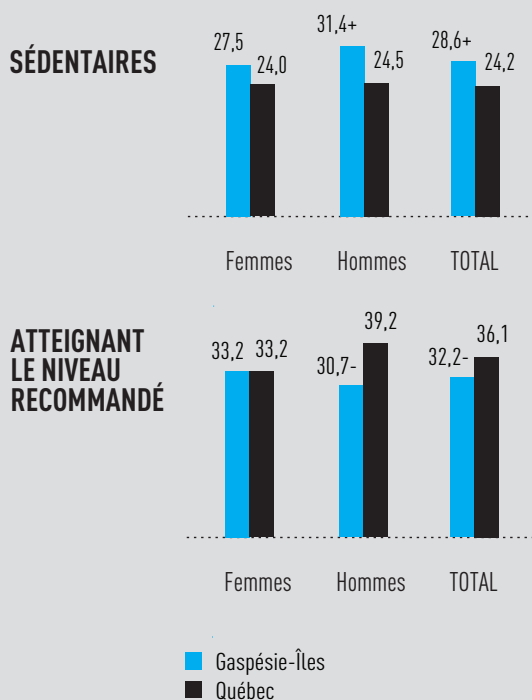
Non disponible à l'échelle des RLS

La population gaspésienne et madelinienne bouge moins dans ses temps de loisirs que celle du Québec

En 2007-2008, la proportion des 12 ans et plus sédentaires dans leurs loisirs en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est supérieure à celle du Québec, les personnes sédentaires étant celles faisant moins d'une fois par semaine de l'activité physique. À l'inverse, la région compte une proportion d'individus atteignant le niveau recommandé d'activité physique (voir l'encadré à la page suivante) inférieure à celle du Québec (figures 33). Cet écart en défaveur de la région est attribuable aux hommes, les Gaspésiennes et Madeliniennes ne se distinguant pas des Québécoises à ce chapitre.

Figures 33

Proportion (en %) des 12 ans et plus sédentaires ou atteignant le niveau recommandé d'activité physique dans les loisirs sur une période de trois mois selon le sexe, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Les bienfaits de l'activité physique

En plus de ses effets positifs sur la condition physique générale et l'état psychologique des individus (humeur, stress, anxiété, sommeil), la pratique régulière d'activités physiques est un facteur de protection important contre le diabète de type 2, certains cancers, les MCV et l'ostéoporose, et contribue à la réduction de l'hypertension artérielle (HTA), de l'hypercholestérolémie et de l'obésité (Shepard et Fletcher, 1997; Berlin et Colditz, 1999). De plus, chez les jeunes, elle contribue à une croissance et un développement sains alors que chez les personnes vieillissantes, elle aide au maintien d'une indépendance prolongée (Agence de santé publique du Canada, 2011).

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

**Tableau
16**

Proportion (en %) des 12 ans et plus atteignant le niveau recommandé d'activité physique dans les loisirs sur une période de trois mois selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	33,2	33,2
Hommes	30,7-	39,2
Groupe d'âge		
12-17 ans	49,1	43,9
18-34 ans	38,6	42,8
35-44 ans ¹	24,5*	35,0
45-64 ans	31,6	32,2
65 ans et plus	26,4	29,9
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	X	41,8
Français	33,3	36,0
TOTAL	32,2-	36,1

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

1. Soulignons que nous doutons de la représentativité régionale de ce groupe d'âge en 2007-2008 et donc de la validité de cette donnée chez les 35-44 ans de la région (Dubé et Parent, 2010).

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

Être actif physiquement, un comportement moins fréquent chez les hommes, les moins nantis et diminuant avec l'âge

Si, dans la région, la proportion de femmes et d'hommes de 12 ans et plus atteignant le niveau recommandé d'activité physique ne se différencie pas globalement (33 % contre 31 %) (figures 33), ceci n'est déjà plus le cas dès l'âge adulte où les hommes sont alors moins actifs physiquement que ne le sont les femmes : ils sont plus sédentaires (31 % contre 26 %) et un peu moins nombreux à atteindre les recommandations (31 % contre 33 %). Au Québec, c'est tout à fait l'inverse qu'on observe à savoir que les hommes sont globalement plus actifs que les femmes dans leurs loisirs (figures 33). À ce sujet, mentionnons que ces données ne rendent pas compte, notamment, de l'activité ou de la dépense énergétique au travail. Or, les Gaspésiens et Madelinots sont plus nombreux que les femmes de la région à avoir un travail exigeant beaucoup d'efforts physiques (58 % contre 43 % en 2005 selon l'ESCC) et plus nombreux aussi en proportion que les hommes du Québec (42 %).

Par ailleurs, dans la région comme au Québec, la proportion de personnes atteignant le niveau recommandé d'activité physique dans les loisirs diminue avec l'avan-

cement en âge. En effet, en 2007-2008, près de la moitié des jeunes de 12 à 17 ans dans la région sont actifs physiquement, une proportion qui diminue ensuite progressivement pour se situer à 26 % chez les aînés (tableau 16).

Au Québec, les anglophones sont plus nombreux que les francophones à atteindre le niveau recommandé d'activité physique dans leur temps de loisirs (tableau 16). Dans la région, nous ne pouvons conclure à cet égard; la donnée pour les anglophones reposant sur des effectifs insuffisants.

Le lien entre le revenu du ménage et le niveau d'activité physique est, pour sa part, très clair dans la région et au Québec : plus le revenu est élevé, plus les gens atteignent le niveau recommandé et moins ils sont par ailleurs sédentaires. La figure 34 illustre les résultats pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

La marche est de loin l'activité la plus populaire

Plus des deux tiers de la population gaspésienne et madelinienne de 12 ans et plus a marché pour faire de l'exercice au moins une fois sur une période de trois mois en 2007-2008, faisant de la marche l'activité physique la plus pratiquée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, comme c'est aussi le cas au Québec

Que faire pour atteindre le niveau recommandé

Pour un adulte, le niveau recommandé d'activité physique équivaut, en termes de dépense énergétique, à, par exemple :

- marcher d'un pas rapide 30 minutes, tous les jours;
- marcher d'un pas modéré 55 minutes, cinq fois par semaine;
- faire de la bicyclette d'un effort léger 45 minutes, trois fois par semaine;
- ou encore faire de la course à pied à une vitesse modérée 30 minutes, trois fois par semaine.

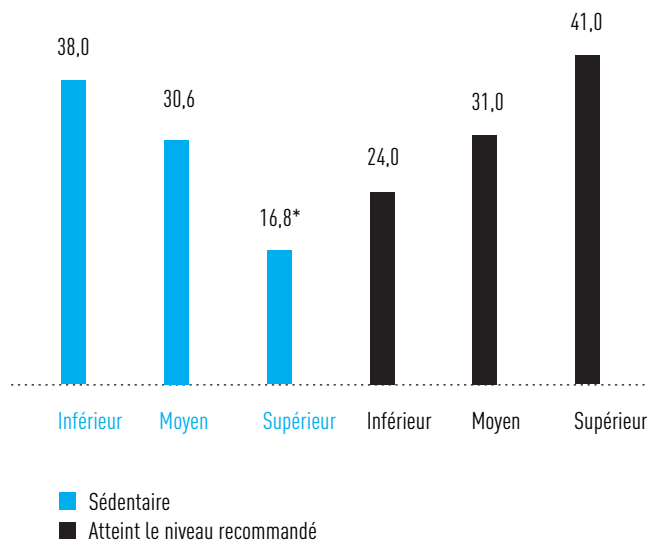
Pour un jeune de 12 à 17 ans, il suffit de doubler le volume hebdomadaire recommandé chez les adultes. Par exemple :

- marcher d'un pas rapide 60 minutes, tous les jours;
- ou faire de la bicyclette d'un effort modéré 40 minutes, cinq fois par semaine.

Une fréquence minimale de trois fois par semaine doit être respectée chez les adultes et de cinq fois par semaine chez les jeunes (Nolin et Hamel, 2005).

**Figure
34**

Proportion (en %) des 12 ans et plus sédentaires et atteignant le niveau recommandé d'activité physique dans les loisirs sur une période de trois mois selon l'indice de revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

(tableau 17). D'ailleurs, la marche est l'activité la plus populaire peu importe le niveau d'activité physique des individus : près du quart des personnes sédentaires ont fait de la marche au moins une fois sur une période de trois mois, une proportion qui s'élève à plus de 80 % chez les personnes peu ou moyennement actives et à plus de 90 % chez celles atteignant le niveau recommandé. La popularité de cette activité suggère qu'il est encore possible d'obtenir des gains au chapitre de la pratique d'activités physiques en misant notamment sur le potentiel de la marche pour encourager la population actuellement moins active à simplement augmenter la fréquence ou la durée de leur sortie de marche.

Le tableau 17 présente les cinq autres activités physiques les plus populaires en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, lesquelles sont les mêmes que celles de la population québécoise.

L'activité physique dans les déplacements (le transport actif)

Près de 7 % des travailleurs-ses de Rocher-Percé se rendent habituellement à pied ou à vélo à leur travail

En effet, selon le recensement 2006, 6,6 % des personnes de 15 ans et plus formant la population active occupée dans le Rocher-Percé se rendent habituellement au travail à pied ou à bicyclette, une proportion un peu plus faible que celle du Québec (8,0 %). La figure 35 montre que c'est dans La Côte-de-Gaspé et La Haute-Gaspésie que le transport actif est le plus populaire, tandis que c'est aux Îles-de-la-Madeleine qu'il est le moins dans la région.

**Tableau
17**

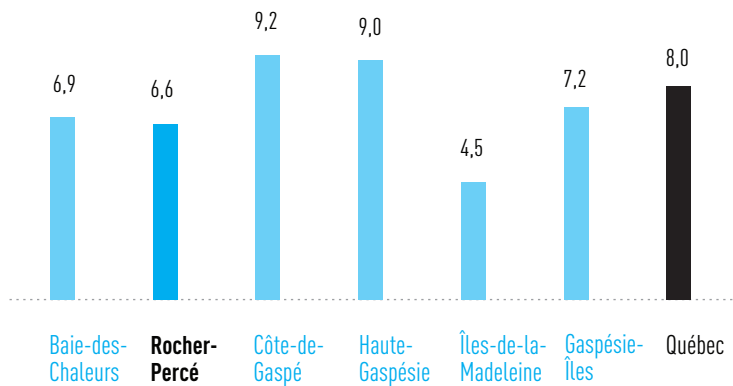
Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant fait au moins une fois une activité physique dans leurs temps de loisirs selon les six activités les plus populaires et le niveau d'activité physique, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Principales activités physiques pratiquées	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine			TOTAL	Québec TOTAL
	Sédentaires	Peu ou moyennement actifs	Atteignant le niveau recommandé		
Marche pour faire de l'exercice	23,3	81,9	92,2	68,4	66,1
Exercices à la maison	X	32,5	46,1	28,1	28,5
Bicyclette	X	18,8	33,6	19,2	26,1
Danse moderne/sociale	X	18,1	19,4	14,8	12,4
Natation	X	12,1	23,6	13,1	17,9
Jogging ou course	X	7,2	26,7	11,6	15,2

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
Note : Dans ce tableau, aucun test statistique n'a été fait pour comparer les résultats de la région avec ceux du Québec.
X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

Figure
35

Proportion (en %) de la population active occupée se déplaçant habituellement à pied ou à vélo pour se rendre au travail, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006



Source : Statistique Canada, Recensement 2006 (tiré du site de l'ISQ).

Tableau
18

Proportion (en %) des travailleurs-ses de 15 à 75 ans ayant accès à leur travail ou à proximité à des installations ou services d'activités physiques selon le type d'installations ou de services, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Installations ou services au travail ou à proximité	Gaspésie-Îles	Québec
Endroit agréable où marcher, faire du jogging, de la bicyclette ou du patin à roues alignées	51,9	53,2
Terrains de jeu ou espaces ouverts pour pratiquer des sports	38,2	38,4
Gymnase ou salle de conditionnement physique	30,1-	37,5
Classes organisées de conditionnement physique	21,9-	28,5
Toute forme de sports d'équipe organisés	24,7	25,5
Douches ou vestiaires	32,4-	40,1
Programmes visant l'amélioration de la santé, de la condition physique ou de la nutrition	22,2	31,9
TOTAL	61,7-	68,5

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les installations ou services d'activités physiques près des lieux de travail

Non disponible à l'échelle des RLS

Plus de six travailleurs-ses sur dix ont accès à des installations ou services d'activités physiques près de leur travail

En 2007-2008, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 62 % des travailleurs-ses de 15 à 75 ans ont à leur travail ou à proximité, des installations ou des services d'activités physiques. Le plus souvent, il s'agit d'un endroit agréable où marcher, faire du jogging, de la bicyclette ou du patin à roues alignées (tableau 18).

Mentionnons par ailleurs que l'accès à des installations ou services d'activités physiques au travail ne varie pas selon le sexe. Les travailleurs-ses les mieux nanti-e-s de la région sont toutefois plus nombreux, en proportion, à y avoir accès (75 %) que les autres travailleurs-ses (49 %). Il en va de même pour les anglophones au Québec : 75 % ont accès à ce genre d'installations près de leur travail contre 69 % des francophones. Les faibles effectifs à l'échelle régionale ne permettent pas de publier ces résultats ni de tirer des conclusions fiables.

13.

Les activités sédentaires

Non disponible à l'échelle des RLS

Cette fiche permet d'explorer, pour la première fois dans la région, le temps que consacre la population aux activités sédentaires dans ses temps de loisirs. Les questions portent plus précisément sur le nombre d'heures, au cours des trois mois précédant l'enquête, que les gens ont passé habituellement, dans une semaine normale, à :

- l'ordinateur (y compris sur Internet et à jouer à des jeux informatiques);
- regarder la télévision ou des vidéos;
- faire de la lecture (à l'extérieur du travail ou de l'école);
- jouer à des jeux vidéo (y compris XBOX, Nintendo et Playstation).

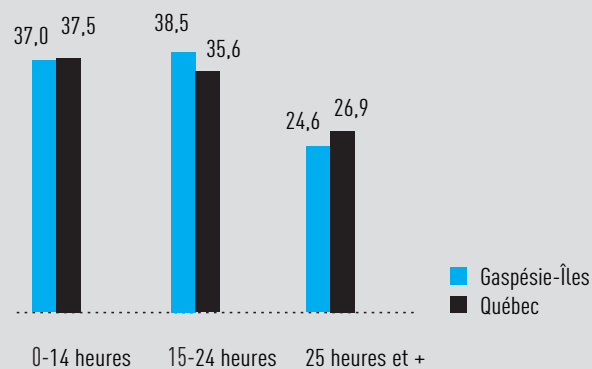
La participation à ce dernier type d'activité n'a été documentée qu'auprès des jeunes de 12 à 19 ans.

Le quart de la population régionale consacre 25 heures et plus par semaine aux activités sédentaires

Précisons d'abord que la population gaspésienne et madelinienne ne consacre pas plus, ni moins de temps que celle du Québec aux activités sédentaires en 2007-2008. Malgré cela, il reste que 25 % des personnes de 12 ans et plus dans la région s'adonnent habituellement 25 heures et plus par semaine à ce genre d'activités (figure 36). Le temps total consacré aux activités sédentaires ne varie pas selon le sexe, et ce, dans la région comme au Québec.

Figure
36

Répartition (en %) des 12 ans et plus selon le nombre d'heures consacrées par semaine aux activités sédentaires (incluant les jeux vidéo), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

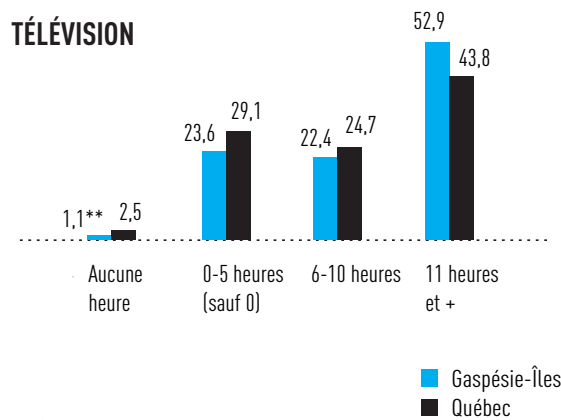


Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

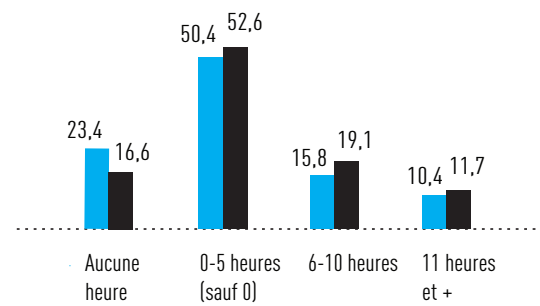
Figures
37

Répartition (en %) des 12 ans et plus selon le nombre d'heures consacrées par semaine aux activités sédentaires et le type d'activité, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

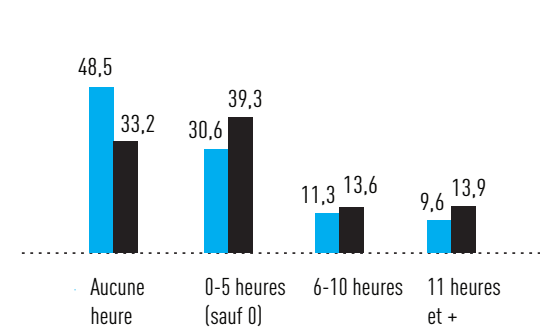
TÉLÉVISION



LECTURE



ORDINATEUR



La télévision est de loin l'activité la plus populaire

Parmi les trois types d'activités documentés auprès de toute la population, regarder la télévision ou des vidéos est de loin l'activité à laquelle les gens s'adonnent le plus et à laquelle ils consacrent le plus d'heures : 53 % des Gaspésiens et Madelinots passent 11 heures et plus par semaine devant leur écran de télévision. Vient ensuite la lecture puis, au troisième rang, l'ordinateur (figures 37). Comme le montrent aussi ces figures, comparativement à la population québécoise, la population gaspésienne et madelinienne passe plus de temps dans ses loisirs devant la télévision et en consacre moins, par ailleurs, à l'ordinateur ainsi qu'à la lecture.

Bien que les hommes et les femmes consacrent à peu de chose près le même temps aux activités sédentaires, les femmes passent davantage d'heures que les hommes à faire de la lecture, et ce, dans la région et au Québec. En contrepartie, les hommes passent un peu plus d'heures par semaine à l'ordinateur que les femmes, à tout le moins au Québec, cette dernière différence entre les sexes n'étant pas présente dans la région.

56 % des jeunes s'adonnent aux jeux vidéo

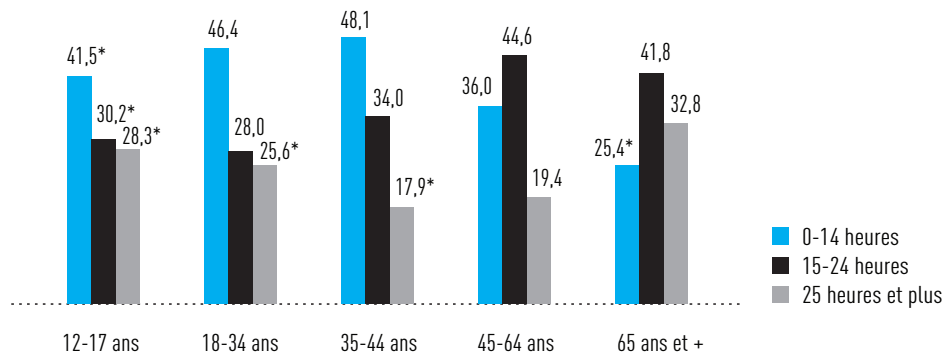
En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 56 % des jeunes de 12 à 19 ans consacrent une partie de leur temps de loisirs à jouer à des jeux vidéo, la majorité d'entre eux y jouant 5 heures ou moins par semaine. Les jeunes Québécois affichent une proportion semblable avec 54 %, le plus souvent eux aussi 5 heures ou moins par semaine. Il reste toutefois que 7,8 % des jeunes Québécois s'adonnent entre 6 et 10 heures par semaine aux jeux vidéo et 7,5 %, 11 heures et plus (les faibles nombres dans la région ne permettent pas de faire ces analyses plus fines).

Au Québec, les garçons sont deux fois et demie plus nombreux que les filles à jouer aux jeux vidéo (77 % contre 31 %) et ceux qui y jouent y consacrent aussi plus de temps en général que les joueuses. Les mêmes tendances sont observées en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008
** CV supérieur à 25 %, donnée présentée à titre indicatif seulement.

**Figure
38**

Répartition (en %) des 12 ans et plus selon le nombre d'heures consacrées par semaine aux activités sédentaires (excluant les jeux vidéo) selon l'âge, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Les aînés, les francophones et les moins nantis consacrent plus d'heures par semaine aux activités sédentaires

En excluant les jeux vidéo, ce sont les aînés qui consacrent le plus de temps aux activités sédentaires, tandis que les 35-44 ans sont ceux qui en consacrent le moins. Ces résultats sont vrais pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 38) et le Québec.

Quant aux francophones, c'est principalement parce qu'ils passent plus d'heures en général à regarder la télévision que les anglophones qu'ils consacrent plus de temps que ces derniers aux activités sédentaires : 55 % des francophones de la région passent habituellement 11 heures et plus par semaine devant la télévision contre 38 % des anglophones (résultats non illustrés).

Toujours dans la région, les personnes vivant dans des ménages à revenu inférieur ont tendance à regarder plus longtemps la télévision au cours d'une semaine que celles appartenant aux ménages plus aisés. Elles sont aussi plus nombreuses que les mieux nantis à ne pas consacrer de temps à l'ordinateur (68 % contre 31 %) et à la lecture (25 % contre 16 %) (résultats non illustrés).

Le tiers de la population régionale est très satisfaite de ses activités de loisirs

Lorsqu'interrogés en 2007-2008 relativement à leur satisfaction sur les activités de loisirs en général (et non strictement sur les activités sédentaires ou sur les activités physiques), 33 % des femmes et des hommes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se sont dits très satisfaits de cet aspect de leur vie et 48 % en sont satisfaits. À l'opposé, moins de 9 % affirment être insatisfaits ou même très insatisfaits (résultats non illustrés). La satisfaction de la population gaspésienne et madelinienne eu égard aux activités de loisirs ne se distingue pas de celle du Québec en général.

14.

L'excès de poids, l'image corporelle et les actions entreprises à l'égard de son poids

Cette fiche présente diverses données en lien avec le statut pondéral, à savoir : 1) l'évolution et la situation actuelle de l'excès de poids et, plus précisément, de l'embonpoint et de l'obésité; 2) la perception qu'ont les gens de leur poids; 3) les actions entreprises par les gens à l'égard de leur poids sur une période de 6 mois, c'est-à-dire maintenir leur poids, en perdre, en gagner ou encore ne rien faire; 4) les moyens plus concrets utilisés par les gens pour perdre du poids ou le contrôler. Nous portons à l'attention du lecteur le fait que les données sur l'évolution de la prévalence de l'excès de poids de 1987 à 2008 concernent les adultes de 18 ans et plus, tandis que toutes les autres données présentées par la suite ont trait aux 15 ans et plus.

L'évolution de l'excès de poids

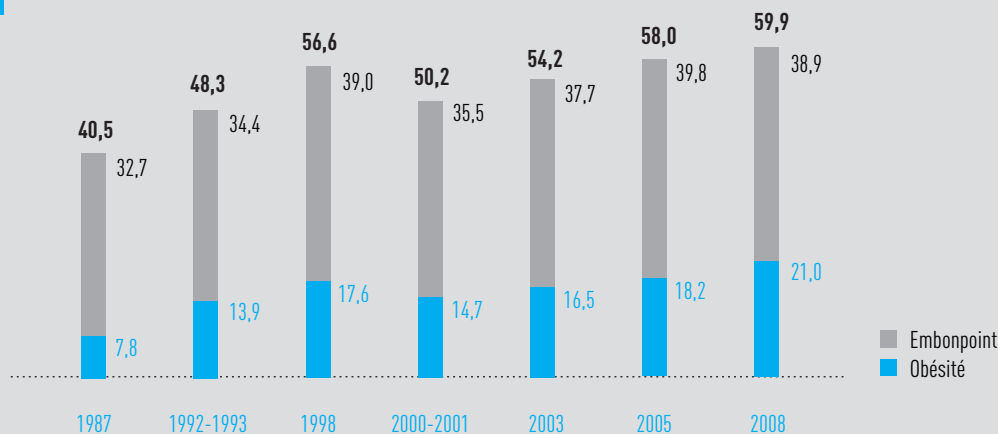
Non disponible à l'échelle des RLS

Hausse générale de l'excès de poids

De 1987 à 2008, la proportion d'adultes souffrant d'excès de poids (embonpoint et obésité confondus) est passée de 41 % à 60 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 39). Le Québec n'a pas non plus été épargné par cette hausse de l'excès de poids, celui-ci étant passé de 34 % en 1987 à 52 % en 2008. Depuis 1992-1993, l'augmentation de l'excès de poids au Québec est uniquement le reflet de la progression de l'obésité, laquelle atteint maintenant 16 % de la population adulte alors qu'elle était de 10 % en 1992-1993 (résultats non illustrés pour le Québec).

Figure
39

Proportion (en %) des 18 ans et plus souffrant d'excès de poids, d'embonpoint et d'obésité, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1987 à 2008

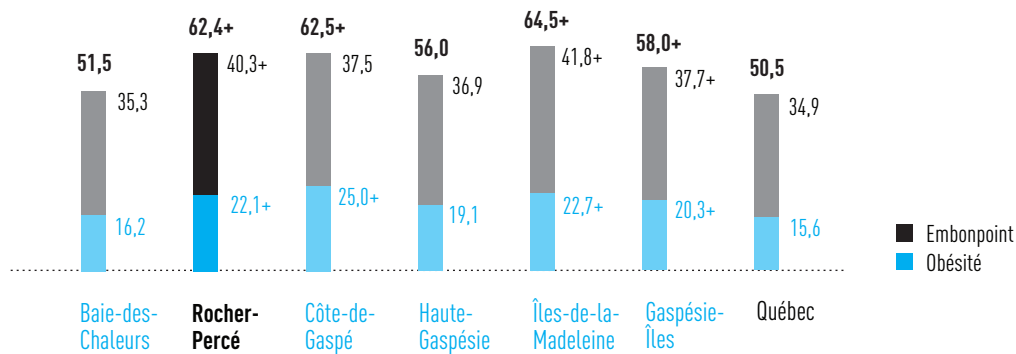


Sources : Santé Québec, Enquête Santé Québec 1987, 1992-1993 et 1998.
Statistique Canada, ESCC 2000-2001, 2003 et 2005.
ISQ, EQSP 2008.

Note : En 2000-2001, les données présentées portent sur les 20 ans et plus (et non les 18 ans et plus).

Figure
40

Proportion (en %) des 15 ans et plus souffrant d'excès de poids, d'embonpoint et d'obésité, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISO, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

La situation dans le Rocher-Percé

En 2008, plus de 60 % de la population de Rocher-Percé a un surplus de poids

Plus précisément, comme le montre la figure 40, 40 % des 15 ans et plus font de l'embonpoint et 22 % souffrent d'obésité, des proportions qui surpassent celles du Québec.

L'embonpoint et l'obésité affectent davantage les hommes et les groupes plus âgés

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir à la fois d'embonpoint et d'obésité. Dans le Rocher-Percé, bien que la proportion d'obésité montre un écart entre les sexes, seule la prévalence de l'embonpoint est plus élevée au sens statistique chez les hommes que chez les femmes de même que l'excès de poids (tableau 19).

Au sujet de l'âge, les données transversales issues d'études populationnelles montrent en général que la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité augmente avec l'âge et que cette progression s'interrompt vers 60 ans (Mongeau, Audet, Aubin et Baraldi, 2005). Ce constat est encore vrai au Québec en 2008 ainsi qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Dans le Rocher-Percé, cette tendance est moins évidente, sauf dans le cas de l'embonpoint (tableau 19).

Mesure de l'excès de poids

La prévalence de l'excès de poids correspond à la somme de l'embonpoint et de l'obésité, lesquels sont mesurés à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC). Cet indice est le rapport entre le poids de la personne et sa taille au carré (kg/mètre²), deux mesures obtenues par autodéclaration. Un IMC compris entre 25,0 et 29,9 correspond à l'embonpoint et un IMC de 30,0 et plus, à l'obésité.

Mise en garde

Les données sur le poids et la taille de 1987 à 1998 ont été recueillies par questionnaire autoadministré, tandis qu'à compter des années 2000, elles l'ont été par entrevue téléphonique ou de personne à personne dans l'ESCC et par entrevue téléphonique dans l'EQSP. La méthode de collecte influant sur la réponse des personnes au sujet de leur poids et de leur taille, la prudence est de mise dans l'interprétation de l'évolution de l'IMC dans le temps.

**Tableau
19**

Proportion (en %) des 15 ans et plus souffrant d'embonpoint, d'obésité et d'excès de poids selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé			Québec		
	Embonpoint	Obésité	Excès de poids	Embonpoint	Obésité	Excès de poids
Sexe						
Femmes	32,9+	18,3*	51,2+	26,1	14,7	40,8
Hommes	47,9	26,0+	73,9+	43,6	16,5	60,1
Groupe d'âge						
15-17 ans	X	X	30,3**	15,0	5,1*	20,1
18-24 ans	X	X	54,0**	19,0	7,8	26,9
15-24 ans	24,7**	13,4**	38,1**	17,5	6,8	24,2
25-44 ans	32,0*	33,5*+	65,6+	35,2	14,7	49,9
45-64 ans	48,0+	16,3*	64,3	39,7	19,6	59,4
65 ans et plus	43,4	24,2*	67,7+	40,1	17,0	57,1
TOTAL	40,3+	22,1+	62,4+	34,9	15,6	50,5

Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Le revenu influence l'embonpoint et l'obésité, mais de façon différente chez les femmes et les hommes

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les femmes ayant un surplus de poids et les hommes obèses se retrouvent plus fréquemment dans les ménages les moins favorisés au plan économique, tandis que les hommes faisant de l'embonpoint sont plus nombreux dans les ménages aisés que dans les ménages plus pauvres. Au Québec, c'est davantage le niveau de scolarité que le revenu qui exerce une influence sur le poids des femmes et des hommes, laquelle va exactement dans le même sens que celle observée entre le revenu et le poids des femmes et des hommes de la région (résultats non illustrés).

L'image corporelle

Près de quatre personnes sur dix de Rocher-Percé se voient avec un excès de poids

En 2008, 38 % des 15 ans et plus dans le Rocher-Percé pensent qu'ils ont un excès de poids, tandis que 61 % considèrent avoir un poids normal et 1,5 % se voient trop maigres (tableau 20). Comme on peut le voir dans ce tableau, cette perception qu'ont les gens de leur poids ne se différencie pas de celle qu'ont les Québécoises et Québécois. Malgré cela, il faut se rappeler que plus de 60 % de la population de Rocher-Percé présente un excès de poids selon l'IMC. Ceci suggère que le regard que posent les gens sur leur poids n'est pas tout à fait juste, à tout le moins pour une partie de la population.

Pour approfondir ces résultats, nous examinons au point suivant la perception qu'ont les gens de leur poids selon leur statut pondéral.

Les personnes de Rocher-Percé avec un excès de poids sont moins nombreuses que celles du Québec à penser avoir effectivement un excès de poids

Chez les femmes d'abord, 81 % de celles souffrant d'obésité selon l'IMC considèrent présenter un excès de poids, une proportion moindre que celle des Québécoises (94 %) (figures 41). Autrement dit, comparative-ment aux Québécoises, les femmes de Rocher-Percé qui sont obèses sont moins nombreuses à voir, si on veut, leur excès de poids. Une tendance similaire s'observe chez les femmes de Rocher-Percé faisant de l'embonpoint, mais l'écart avec le Québec n'est toutefois pas significatif statistiquement. Quant aux femmes au poids normal, la perception qu'elles ont de leur poids ne semble pas varier selon qu'elles soient de Rocher-Percé ou d'ailleurs au Québec.

Ce dernier constat est aussi vrai chez les hommes, en ce sens que les hommes de Rocher-Percé ayant un poids normal se considèrent avoir effectivement un poids normal dans des proportions semblables à celle des Québécois (91 % contre 89 %). Toutefois, les hommes de Rocher-Percé souffrant d'excès de poids, que ce soit d'embonpoint ou d'obésité, sont clairement moins nombreux que ceux du Québec à se percevoir avec un excès de poids (figures 41).

**Tableau
20**

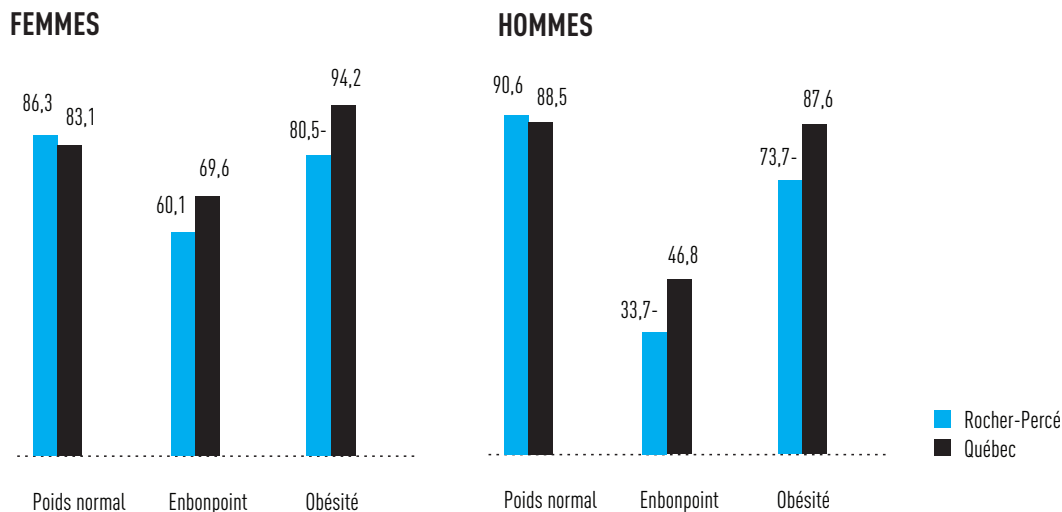
Répartition (en %) des 15 ans et plus selon la perception à l'égard de leur poids selon le sexe, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé			Québec		
	Trop maigre	À peu près normal	Excès de poids	Trop maigre	À peu près normal	Excès de poids
Femmes	X	59,5	39,8	2,3	57,1	40,5
Hommes	2,3**	62,3	35,3	3,6	59,9	36,6
TOTAL	1,5**	60,9	37,6	2,9	58,5	38,6

Source : ISQ, EQSP 2008.
** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.
X Donnée confidentielle.

**Figures
41**

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant une perception juste de leur poids selon le statut pondéral tel que mesuré par l'IMC et selon le sexe, Rocher-Percé et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.
- Pourcentage de Rocher-Percé significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Ainsi, pour des raisons culturelles, des valeurs différentes ou toutes autres raisons, la population de Rocher-Percé, ou à tout le moins une partie de celle-ci, ne semble pas avoir le même rapport au poids que la population québécoise. Ces résultats sont importants, car pour vouloir perdre du poids, il faut d'abord reconnaître avoir un surplus de poids. Comme nous le voyons cependant plus loin, la population de Rocher-Percé souffrant d'embonpoint ou d'obésité a tenté de perdre du poids ou de le contrôler, sur une période de six mois, dans des proportions relativement semblables à celles de la population québécoise.

Le regard que portent les femmes sur leur poids n'est pas le même que celui des hommes

de-la-Madeleine et au Québec, chez les personnes souffrant d'embonpoint et d'obésité selon l'IMC, les femmes sont clairement plus nombreuses que les hommes à considérer avoir effectivement un excès de poids. Dans le Rocher-Percé, 67 % des femmes avec un excès de poids se voient avec un excès de poids, tandis que ce pourcentage n'est que de 48 % chez les hommes. Ce constat est aussi vrai quand on examine les données sur l'embonpoint et l'obésité séparément (figures 41).

Par ailleurs, un peu moins de femmes que d'hommes avec un poids normal selon l'IMC jugent effectivement avoir un poids normal (86 % contre 91 % dans le Rocher-Percé) (figures 41). Ce même constat est obtenu en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec. Qui plus est, les plus grands effectifs à l'échelle régionale et provinciale permettent de dégager que chez les personnes au poids normal, les femmes ont davantage tendance que les hommes à se percevoir trop grasses, alors que les hommes se perçoivent davantage trop maigres. Les faibles effectifs dans le Rocher-Percé ne permettent pas de conclure à cet égard.

À titre indicatif, au Québec, plus de 60 % des hommes avec un poids insuffisant se considèrent comme tels, tandis que c'est le cas de seulement 26 % des femmes. En d'autres mots, près des trois quarts des Québécoises au poids insuffisant ne voient pas leur maigreur et considèrent plutôt leur poids normal. Les données régionales et locales ne permettent pas de tirer de conclusions fiables pour les personnes au poids insuffisant.

En somme, de façon générale, les hommes sont plus enclins que les femmes à sous-estimer leur poids ou à se juger trop maigres, tandis que les femmes sont plus susceptibles que les hommes à surestimer leur poids, surtout chez celles ayant un poids insuffisant ou normal. Par contre, quand elles souffrent d'embonpoint ou d'obésité, les femmes ont une perception plus juste de leur poids que les hommes dans la même situation. Ainsi, si le défi local et régional de la lutte au surplus de poids est grand, il l'est davantage chez les hommes.

Les actions entreprises à l'égard de son poids

Le tiers des personnes de Rocher-Percé ont tenté de maintenir leur poids ou d'en perdre sur une période de six mois

Interrogés sur les actions entreprises sur une période de six mois à l'égard de leur poids, 18 % des gens de Rocher-Percé ont essayé de perdre du poids, 15 % de le maintenir, 2,0 % ont tenté d'en gagner, tandis que 65 % ont affirmé n'avoir rien fait. Cette répartition ne se différencie pas de celle du Québec comme c'est le cas pour tous les RLS ainsi que pour l'ensemble de la région (tableau 21).

Dans le Rocher-Percé, 32 % des personnes faisant de l'embonpoint et 56 % des personnes obèses ont tenté de perdre du poids ou de le maintenir

Avant toute chose, mentionnons qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les femmes sont généralement plus nombreuses que les hommes, en proportion, à avoir essayé de perdre du poids ou de le maintenir. Cet écart entre les sexes n'est cependant pas significatif dans le Rocher-Percé (34 % chez les femmes contre 31 % chez les hommes). Qui plus est, toujours dans la région et au Québec, les femmes tentent davantage de perdre du poids que les hommes, peu importe le statut pondéral, ce qui n'est pas sans rappeler les résultats présentés à la section précédente sur l'image corporelle.

Cela dit, les résultats au tableau 22 indiquent que chez les personnes de Rocher-Percé faisant de l'embonpoint, 17 % ont tenté de perdre du poids au cours de la période de référence de six mois, une proportion inférieure à celle du Québec, et 16 % ont essayé de maintenir leur poids (tableau 22). À l'opposé, 68 % des gens souffrant d'embonpoint dans le Rocher-Percé n'ont entrepris aucune action à l'égard de leur poids.

Finalement, 40 % des personnes obèses dans le territoire de Rocher-Percé ont tenté de perdre du poids sur une période de six mois et 16 % ont essayé de maintenir leur poids, des proportions ne se différenciant pas de celles du Québec (tableau 22). Inversement, c'est donc plus de quatre personnes souffrant d'obésité sur dix, un facteur de risque majeur à plusieurs autres problèmes de santé, qui n'ont entrepris aucune action à l'égard de leur poids.

Les moyens utilisés pour perdre du poids ou le maintenir

Rappelons d'abord que 33 % des 15 ans et plus dans le Rocher-Percé ont entrepris au moins une action pour perdre du poids ou le maintenir sur une période de six mois (36 % au Québec). Ainsi, les résultats présentés dans ce qui suit concernent uniquement ces personnes. Plus précisément, nous voyons dans quelle proportion les personnes ayant tenté de perdre du poids ou le contrôler ont consulté un professionnel de la santé, ont eu recours à une diète ou un programme d'amaigrissement commercial, ont utilisé des méthodes potentiellement dangereuses pour la santé ou au contraire, des méthodes saines.

**Tableau
21**

Répartition (en %) des 15 ans et plus selon la principale action entreprise concernant leur poids sur une période de six mois, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Perdre du poids	17,4	17,9	21,2	17,3	17,2	18,2	18,7
Maintenir son poids	16,2	14,6	18,6	17,5	18,3	16,9	17,2
Gagner du poids	2,0**	2,0**	1,7**	1,1**	1,2**	1,7*	3,0
N'avoir rien fait	64,4	65,4	58,4	64,0	63,2	63,2	61,1

Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

**Tableau
22**

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir sur une période de six mois selon le statut pondéral tel que mesuré par l'IMC, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Poids normal							
Perdre du poids	6,3*	6,7**	8,7**	5,6**	6,5**	6,7	8,6
Maintenir son poids	14,8	11,6*	14,6*	16,7*	17,4*	14,8	15,1
Embonpoint							
Perdre du poids	22,0	16,6*-	20,6*	19,9*	17,2*	19,7-	23,5
Maintenir son poids	18,0*	15,7*	17,0*	19,4*	19,8*	17,8	20,3
Obésité							
Perdre du poids	41,7	39,5*	41,0	41,2	34,9*	40,0	41,5
Maintenir son poids	17,7*	16,3**	26,3*	17,2**	19,0*	19,7	19,0

Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Une minorité a consulté un professionnel de la santé

Dans le Rocher-Percé, parmi les personnes ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, 14 % ont consulté à ce sujet un professionnel de la santé (figure 42). Comme le montre cette figure, la consultation d'un professionnel de la santé ne semble pas très populaire parmi l'ensemble des méthodes possibles pour perdre du poids ou le maintenir, un constat aussi observé à l'échelle régionale et provinciale. Pourtant, ce type d'aide pourrait être bénéfique pour les personnes désireuses d'entreprendre des actions à l'égard de leur poids (Venne et autres, 2008, tiré de Cazale, Dufour, Mongeau et Nadon, 2010).

Plus du quart des gens ont eu recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial

Plus précisément, 27 % des personnes de Rocher-Percé ayant fait une tentative pour perdre du poids ou le maintenir ont suivi une diète⁶ ou un programme d'amaigrissement commercial comme Weight Watchers ou Minçavi. Cette proportion ne se différencie pas de celle du Québec (23 %) (figure 42).

« Ce constat peut être préoccupant, compte tenu de la faible efficacité d'une bonne partie de ces diètes et programmes, qui entraînent une perte de poids, suivie d'une reprise du poids perdu. » (Cazale, Dufour, Mongeau et Nadon, 2010, p. 152)

Une minorité a eu recours à des méthodes ayant un potentiel de dangerosité

Dans le Rocher-Percé, 5,6 % des gens ont souvent eu recours à au moins une des onze méthodes présentant un potentiel de dangerosité documentées dans l'EQSP, une proportion ne se distinguant pas de celle du Québec (7,8 %) (figure 42). À titre indicatif, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les méthodes potentiellement dangereuses les plus souvent utilisées sont :

- Sauter des repas (4,0 %⁷ des personnes ayant tenté de perdre du poids ou le contrôler dans la région ont souvent sauté des repas contre 4,6 % au Québec).
- Prendre des substituts de repas (1,7 %⁸ y ont souvent eu recours contre 1,9 % au Québec)
- Ne pas manger pendant toute une journée (0,8 %⁹ dans la région et au Québec).

La majorité des gens souhaitant perdre du poids ou le contrôler a recours à des méthodes saines

En 2008, 93 % de la population de Rocher-Percé ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir a eu recours presque tous les jours, au cours de la période de référence de six mois, à au moins une des douze méthodes saines documentées dans l'EQSP, une proportion identique à celle du Québec (figure 42).

Dans le Rocher-Percé, les méthodes saines les plus populaires adoptées presque tous les jours par les femmes et les hommes désireux de perdre du poids ou de le contrôler sont à peu de choses près les mêmes que celles des Québécoises et Québécois, à savoir :

- Manger des aliments moins gras (adoptée par 61 % des gens de Rocher-Percé).
- Manger plus de fruits et de légumes (56 %).
- Remplacer les breuvages et boissons sucrés par de l'eau (52 %).
- Manger des aliments moins sucrés (46 %) (tableau 23).

6 C'est-à-dire une diète très faible en calories ou une diète qui élimine une ou des catégories d'aliments (ex. : diète à 1 200 calories, Atkins, Montignac, Zone, jeûne modifié aux protéines, etc.)

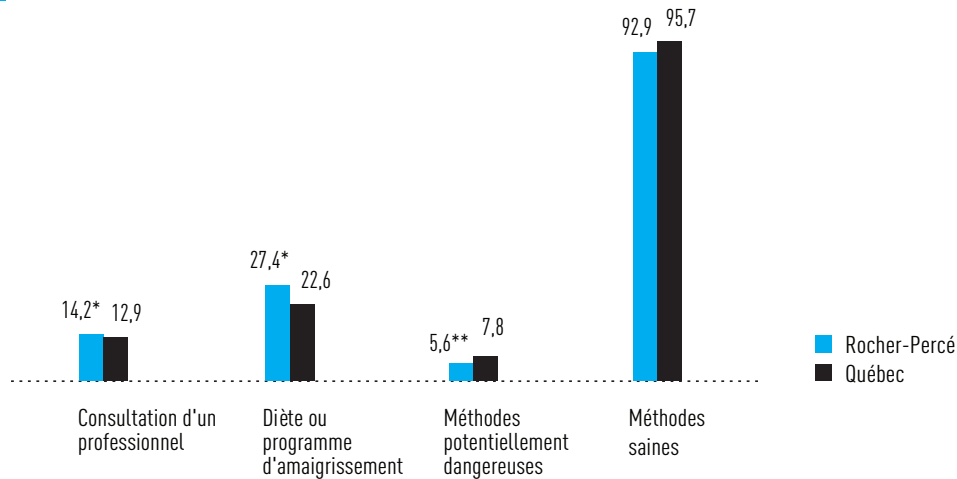
7 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

8 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

9 CV de la donnée régionale supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. CV de la donnée provinciale entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**Figure
42**

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir sur une période de six mois selon différents moyens, Rocher-Percé et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

**Tableau
23**

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir et ayant eu recours presque tous les jours à une méthode saine selon la méthode, sexes réunis, RLS et Québec, 2008

Méthodes saines utilisées presque tous les jours	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Québec
Manger plus de fruits et de légumes	69,5	55,7	63,4	64,7	57,8	64,1
Manger des aliments moins gras	65,1	60,8	57,0	75,3	55,4	64,4
Remplacer les breuvages sucrés par de l'eau	56,5	52,0	50,0	63,8	47,8	54,1
Manger des aliments moins sucrés	58,6	46,2	40,1	53,2	42,1	51,0
Faire de l'activité physique 30 minutes dans la journée (loisirs, déplacements)	51,7	40,3	40,1	48,7	49,9	48,2
Diminuer les portions	48,0	42,5	44,4	61,0	25,6	42,6
Réduire le grignotage entre les repas	42,6	38,7	42,9	50,7	38,3	44,1
Écouter les signaux de faim et de satiété	40,7	38,9	45,3	44,4	28,4	43,3
Cuisiner davantage	34,0	34,1	39,5	41,3	35,2	37,4
Diminuer le « fast-food » et les repas livrés	34,2	33,5	29,8	35,9	39,4	37,5
Diminuer la consommation de boissons sucrées	32,7	36,8	25,6	38,1	33,2	35,4
Réduire la consommation d'alcool	16,1*	7,6**	7,7**	17,4*	10,5*	12,6

Source : ISQ, EQSP 2008.

Note : Dans ce tableau, aucun test statistique n'a été fait pour comparer les données locales aux données provinciales.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

15.

La consommation d'alcool

Non disponible à l'échelle des RLS

Ce thème est abordé à travers trois indicateurs, soit la proportion de buveurs, la fréquence de consommation des buveurs et la proportion de buveurs excessifs, c'est-à-dire les personnes ayant pris cinq verres ou plus en une seule occasion à au moins douze reprises sur une période de 12 mois. Ce dernier indicateur est fréquemment utilisé dans les études populationnelles pour estimer la consommation élevée ou excessive d'alcool. Précisons qu'outre le boire excessif, la quantité d'alcool consommée n'est plus mesurée pour le Québec dans l'ESCC.

Moins de buveurs en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec

En 2007-2008, 76 % de la population régionale de 12 ans et plus a affirmé avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois, une proportion moindre qu'au Québec (82 %) (tableau 24). Cet écart entre la région et le Québec est surtout attribuable aux femmes.

Au Québec comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les plus fortes proportions de buveurs se trouvent chez les hommes, les jeunes adultes de 18 à 34 ans, les francophones et les personnes au revenu supérieur, la proportion de buveurs augmentant avec le revenu (tableau 24). Notons que malgré le fait qu'ils n'ont pas le droit légalement d'acheter d'alcool, 56 % des jeunes de 12 à 17 ans de la région ont bu de l'alcool au cours d'une période de 12 mois, une proportion qui ne se distingue pas de celle du Québec (52 %).

Tableau
24

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant bu de l'alcool au cours d'une période de 12 mois selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	70,9-	79,8
Hommes	81,1	84,2
Groupe d'âge		
12-17 ans	56,1	52,1
18-34 ans	91,3	89,4
35-44 ans	83,3	85,9
45-64 ans	76,4	85,5
65 ans et plus	63,2	74,3
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	70,2	80,9
Français	77,1	83,8
Revenu du ménage		
Inférieur	61,6	72,1
Moyen	79,8	84,8
Supérieur	88,2	91,4
TOTAL	76,0-	81,9

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

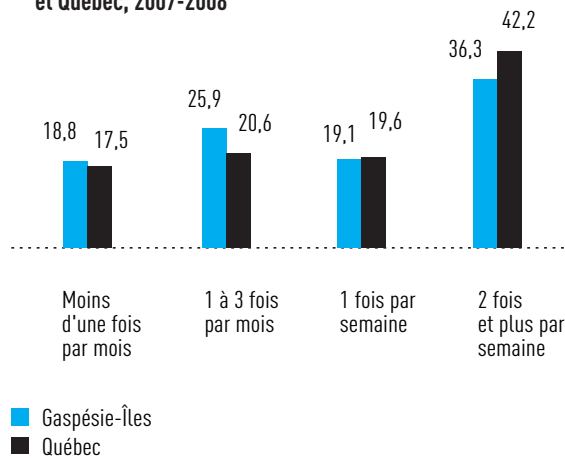
Un verre équivaut à...

Dans l'ESCC, un verre ou une consommation équivaut à :

- une petite bouteille ou une canette de bière;
- un verre de vin de 120 à 150 ml (4 à 5 oz);
- un cocktail ou un petit verre de spiritueux ou de liqueur forte de 42 ml (1,5 oz).

**Figure
43**

Répartition (en %) des buveurs d'alcool de 12 ans et plus selon la fréquence de consommation au cours d'une période de 12 mois, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

Les effets de la consommation d'alcool sur la santé : Variables selon les habitudes de consommation

On reconnaît, par exemple, de plus en plus les effets protecteurs d'une consommation régulière et modérée d'alcool, c'est-à-dire une à deux consommations par jour, contre les maladies coronariennes (Ashley et autres, 1997, tiré de Lemieux et Parent, 2002) et le diabète de type 2 (Koppes et coll., 2005, tiré de April, Bégin, Morin et coll., 2010). Par contre, même à de faibles quantités, la consommation d'alcool est un précurseur de plusieurs cancers, dont le cancer de l'œsophage, du foie et du sein (April, Bégin, Morin et coll., 2010). De plus, cette habitude, si elle est excessive, qu'elle soit occasionnelle ou chronique, est associée à un risque accru de maladies circulatoires et digestives, ainsi qu'aux traumatismes routiers, à la négligence faite aux enfants et à la violence conjugale (Bondy, 1996, Midanik et Grennfield, 2000, tirés de Lemieux et Parent, 2002). Précisons toutefois qu'outre le boire excessif, la quantité d'alcool consommée n'est plus mesurée pour le Québec dans l'ESCC.

Les buveurs de la région consomment moins fréquemment que ceux du Québec

En effet, 45 % des buveurs de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont consommé de l'alcool 3 fois par mois ou moins sur une période de 12 mois (38 % au Québec) alors qu'inversement, 36 % en ont pris 2 fois par semaine ou plus (42 % au Québec) (figure 43). Dans le même sens, la région enregistre, en 2007-2008, une proportion de buveurs quotidiens inférieure à celle du Québec (8,1 % contre 11,2 %). Cette consommation moins fréquente d'alcool chez les buveurs de la région par rapport à ceux du Québec est vraie chez les femmes, chez les personnes de 45 ans et plus ainsi que chez les anglophones et les francophones.

Généralement, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, ce sont les hommes et les personnes ayant un revenu supérieur qui consomment plus régulièrement de l'alcool, tandis que les jeunes de 12 à 17 ans sont ceux qui en consomment le moins fréquemment. En effet, près de 60 % des jeunes buveurs de la région ont consommé une fois par mois ou moins au cours d'une période de 12 mois (70 % au Québec). Chez les buveurs de 65 ans et plus, si une part relativement importante ne consomme qu'occasionnellement (le tiers des aînés qui boit au Québec consomme une fois par mois ou moins), c'est dans ce groupe que l'on trouve par ailleurs le plus haut pourcentage de buveurs quotidiens avec 20 %. Cette même tendance est observée dans la région (résultats non illustrés).

Boire excessivement : un comportement aussi fréquent dans la région qu'au Québec

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 18 % des personnes de 12 ans et plus ont bu de façon excessive, soit cinq verres ou plus à une même occasion, à au moins douze reprises sur une période de 12 mois (17 % au Québec) (tableau 25).

La prévalence de ce comportement à risque pour la santé est plus élevée chez les hommes et les jeunes adultes de 18 à 34 ans et diminue ensuite progressivement avec l'âge (tableau 25). Pour ce qui est du revenu, son influence sur la survenue de ce comportement est moins claire pour la région, mais au Québec, le fait de vivre dans un ménage à revenu supérieur augmente la probabilité d'avoir bu avec excès à douze reprises ou plus en 2007-2008 (tableau 25). Ajoutons que 8,1 % des gens de la région ont fait un usage excessif régulier de l'alcool en 2007-2008, c'est-à-dire qu'ils ont bu avec excès au moins toutes les semaines durant l'année (7,4 % au Québec).

Tableau 25

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant pris cinq consommations ou plus à au moins douze reprises au cours d'une période de 12 mois (buveurs excessifs) selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	7,5*	9,6
Hommes	27,9	25,3
Groupe d'âge		
12-17 ans	X	7,3
18-34 ans	36,5	30,4
35-44 ans	21,5*	17,6
45-64 ans	13,2*	15,3
65 ans et plus	X	5,2
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	X	16,2
Français	18,9	18,4
Revenu du ménage		
Inférieur	11,0*	13,7
Moyen	20,2	17,0
Supérieur	20,8	22,6
TOTAL	17,6	17,3

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

En somme...

Les hommes, les 18-34 ans et les mieux nantis sont, en général, plus nombreux à boire de l'alcool, à en boire fréquemment et avec excès.

De plus en plus de gens boivent avec excès

La proportion des gens à avoir pris cinq verres ou plus à une même occasion au moins douze fois dans l'année a augmenté progressivement dans les dernières années en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine : de 13,7 % en 2000-2001, cette proportion a grimpé à 16,7 % en 2005 pour se situer à près de 18 % en 2007-2008. Cette hausse s'est produite à la fois chez les femmes et chez les hommes et le Québec n'y a pas non plus échappé (14,8 % en 2000-2001 versus 17,3 % en 2007-2008).

La consommation de drogues

16.

Nous présentons à l'intérieur de cette fiche les résultats de deux indicateurs documentés dans le cadre de l'EQSP 2008, à savoir : le type de consommateurs de drogues et le type de drogues consommées. Rappelons ici que les données de cette enquête ont été recueillies par autodéclaration auprès des personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Ainsi, bien que l'autodéclaration dans une enquête anonyme soit une bonne façon de recueillir des données sur la consommation de substances illicites, on ne peut exclure la possibilité que ces données souffrent d'un biais de sous-déclaration ou même de surdéclaration (par bravade) (Cazale et Leclerc, 2010). De plus, cette enquête ne comprend pas les personnes incarcérées, sans domicile fixe ou hospitalisées pour des troubles mentaux notamment. Finalement, aucune des questions posées dans l'enquête ne porte sur la quantité consommée, la fréquence de consommation ou sur les conséquences de la consommation. Malgré ces limites, ces données procurent de l'information très utile et pertinente sur un phénomène social complexe et difficile à cerner (Cazale et Leclerc, 2010).

Plus de quatre personnes sur dix dans le Rocher-Percé ont déjà consommé de la drogue

Comme le montre la figure 44, 11 % des personnes de 15 ans et plus de Rocher-Percé ont consommé de la drogue au cours d'une période de 12 mois (consommateurs actuels), 30 % sont d'anciens consommateurs, c'est-à-dire qu'ils en ont déjà pris, mais pas dans les douze derniers mois, alors que 59 % n'en ont jamais consommé.

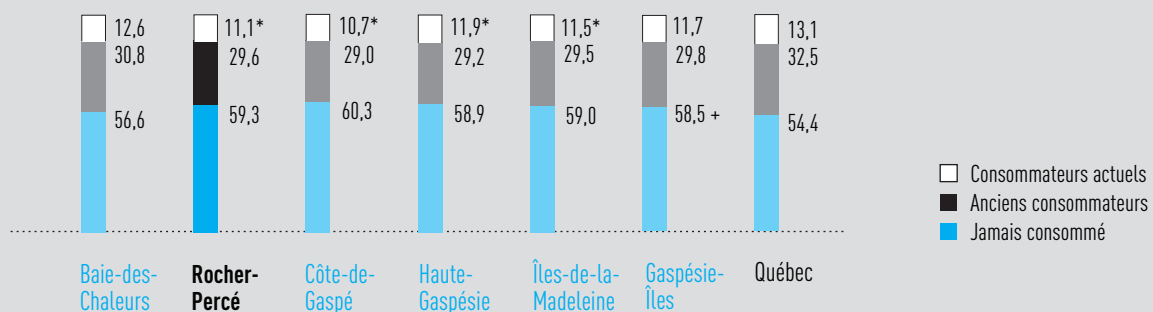
Comparativement au Québec, le territoire de Rocher-Percé ne se distingue pas relativement à la proportion de personnes ayant déjà consommé de la drogue ou en ayant pris au cours des 12 mois précédant l'enquête (figure 44). Comme le montre d'ailleurs la figure 44, aucun territoire local ne se démarque des autres eu égard aux types de consommateurs et aucun ne se distingue significativement du Québec non plus. En d'autres termes, les populations locales de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont expérimenté les drogues dans des proportions ne se différenciant pas de celles de la population québécoise au cours de leur vie et sur une période de 12 mois.

C'est chez les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans qu'il y a le plus de consommateurs de drogues

Que ce soit sur une période de 12 mois ou dans la vie, au Québec, dans la région ou dans les RLS, les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes, en proportion, à avoir consommé de la drogue. Dans le Rocher-Percé plus précisément, la proportion de consommateurs actuels est de 6,3 % chez les femmes et de 16 % chez les hommes (tableau 26). Au Québec, cet écart entre les hommes et les femmes est constaté

Figure 44

Répartition (en %) des 15 ans et plus selon le type de consommateurs de drogues, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**Tableau
26**

Proportion (en %) des 15 ans et plus consommateurs actuels de drogue selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	6,3**	9,0
Hommes	16,0*	17,2
Groupe d'âge		
15-17 ans	X	30,5
18-24 ans	X	36,9
15-24 ans	30,1**	34,5
25-44 ans	19,9*	16,2
45-64 ans	4,3**	5,5
65 ans et plus	X	0,7*
TOTAL	11,1*	13,1

Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

pour tous les groupes d'âge, sauf chez les 15-17 ans, groupe pour lequel la différence n'est pas suffisante pour être significative statistiquement (résultats non illustrés selon le sexe et l'âge). Ce résultat chez les jeunes Québécois n'est pas nouveau; il avait aussi été observé dans une étude provinciale menée en 2008 :

« Les résultats de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2008 (Dubé et autres, 2009) indiquent aussi que le comportement des filles d'environ 12 à 17 ans se distingue peu de celui des garçons du même âge à l'égard de la consommation de drogues (Cazale et autres, 2009). Ce rapprochement dans les comportements persistera-t-il dans les années à venir? Les données de la prochaine édition de l'EQSP permettront de confirmer ou non l'absence d'écart entre les jeunes hommes et les jeunes femmes à l'égard de la consommation de drogues. » (Cazale et Leclerc, 2010, p. 168)

Pour le territoire de Rocher-Percé et même pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les trop faibles effectifs chez les jeunes ne permettent pas de tirer de conclusions fiables quant à l'écart qui sépare les garçons et les filles.

Pour ce qui est de l'âge, les résultats obtenus dans le Rocher-Percé, bien que reposant sur des données imprécises, vont sensiblement dans le même sens que ceux du Québec, c'est-à-dire que c'est entre 15 et 24 ans que la proportion de consommateurs actuels est la plus forte avec 30 % dans le Rocher-Percé (tableau 26). Après quoi, elle diminue à 20 % chez les 25-44 ans puis à 4 % chez les 45-64 ans. À compter de 65 ans, la presque totalité des gens de Rocher-Percé affirme n'avoir jamais consommé de drogues dans leur vie. (résultat non illustré). À ce sujet :

« On peut penser que l'accessibilité aux drogues a été moindre pour les personnes de 65 ans et plus que pour celles des plus jeunes générations et, qu'à une certaine époque, la consommation de drogues était très réprouvée par la société. Ces facteurs pourraient expliquer que les personnes plus âgées aient moins consommé de drogues (Chevalier et Lemoine, 2000). » (Cazale et Leclerc, 2010, p. 169)

Finalement, plus le revenu du ménage est élevé, plus la proportion de personnes ayant déjà consommé des drogues au cours de leur vie est élevée, et ce, dans la région comme au Québec.

Le cannabis : la drogue de loin la plus consommée

Dans le Rocher-Percé, 39 % des personnes de 15 ans et plus affirment avoir déjà consommé du cannabis (marijuana, hachisch) au cours de leur vie et 11 % en ont pris au cours d'une période de 12 mois (tableau 27). La consommation de cette substance chez les résidents de Rocher-Percé ne se distingue pas de celle du Québec.

Après le cannabis, les quatre substances consommées par le plus grand nombre de personnes au cours de leur vie tant dans le Rocher-Percé, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec sont (tableau 27) :

- les hallucinogènes (PCP, LSD, champignons);
- la cocaïne (crack);
- les amphétamines;
- l'ecstasy.

Pour toutes ces drogues, bien que les données locales doivent être interpréter avec la plus grande prudence, la prévalence de leur consommation dans le Rocher-Percé ne se distingue pas de celle du Québec.

**Tableau
27**

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant consommé des drogues au cours de leur vie et sur une période de 12 mois selon les principaux types de drogues, RLS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Au cours de la vie							
Cannabis	41,8	39,1	38,9	37,9	40,4	40,1-	43,9
Hallucinogènes	12,5	10,5*	7,9*	7,1*-	8,5*	10,0-	12,3
Cocaïne	10,8	8,6*	6,2*-	9,8*	13,2	9,6	10,6
Amphétamines	4,9*	6,1**	4,1**	5,2**	3,1**-	4,8-	7,3
Ecstasy	2,7**	2,2**	3,2**	3,1**	X	2,5*-	5,1
Au cours d'une période de 12 mois							
Cannabis	11,3	10,5*	10,1*	10,7*	11,4*	10,9	12,2
Cocaïne	1,9**	2,1**	X	2,1**	1,8**	1,7*	1,6

Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

17.

La participation aux jeux de hasard et d'argent

Non disponible à l'échelle des RLS

En 2009, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, une équipe de chercheurs de l'Université Laval réalisait une enquête sur la participation de la population gaspésienne et madelinienne aux jeux de hasard et d'argent (Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu, 2010). Les données régionales 2009 et québécoises 2002 (utilisées à des fins comparatives) sont tirées du rapport de recherche de cette étude. Par ailleurs, en novembre 2010, les résultats d'une vaste étude québécoise réalisée en 2009 sur les jeux de hasard et d'argent étaient publiés (Kairouz et Nadeau, 2010). Ces résultats n'étant pas connus au moment où Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu publiaient le rapport régional, ils n'ont pu servir de base de comparaison. Nous présentons donc aussi à la fin de cette fiche les principaux résultats de l'étude québécoise 2009 aux fins de comparaison avec les résultats régionaux 2009.

85 % des adultes de la région s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent

En 2009, les jeux les plus populaires auprès des adultes de la région sont, dans l'ordre (figure 45) :

- l'achat de billets de loterie (71 % des adultes y ont joué en 2009), particulièrement la loterie ordinaire (67 %) et la loterie instantanée ou les « gratteux » (46 %);
- la participation à des tirages et collectes de fonds (53 %);
- le bingo (18 %);
- la mise d'argent en jouant aux cartes en famille ou avec des amis (16 %).

Comme l'indique aussi la figure 45, la prévalence du jeu dans la région en 2009 est légèrement supérieure à celle obtenue au Québec en 2002 (85 % contre 81 %) (Ladouceur et autres, 2004). Cet écart semble en partie attribuable à la plus forte participation des Gaspésiens et Madelinots à la loterie instantanée, à des tirages et collectes de fonds, au bingo et dans une moindre mesure, à la loterie quotidienne et aux jeux de cartes en famille ou avec des amis. Toutefois, la population gaspésienne et madelinienne est moins nombreuse, en proportion, à parier de l'argent sur des événements sportifs, sur les marchés boursiers et à jouer au casino. Pour ce qui est des appareils de loterie vidéo, un type de jeu souvent associé aux problèmes de jeu, les gens de la région ne s'y adonnent pas plus, ni moins en 2009 que la population québécoise en 2002 (figure 45). De plus :

« Le poker ainsi que le jeu sur Internet, en tant qu'activités de jeu en émergence, n'auraient pas atteint de manière particulière la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine jusqu'à maintenant. » (Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu, 2010, p. 38)

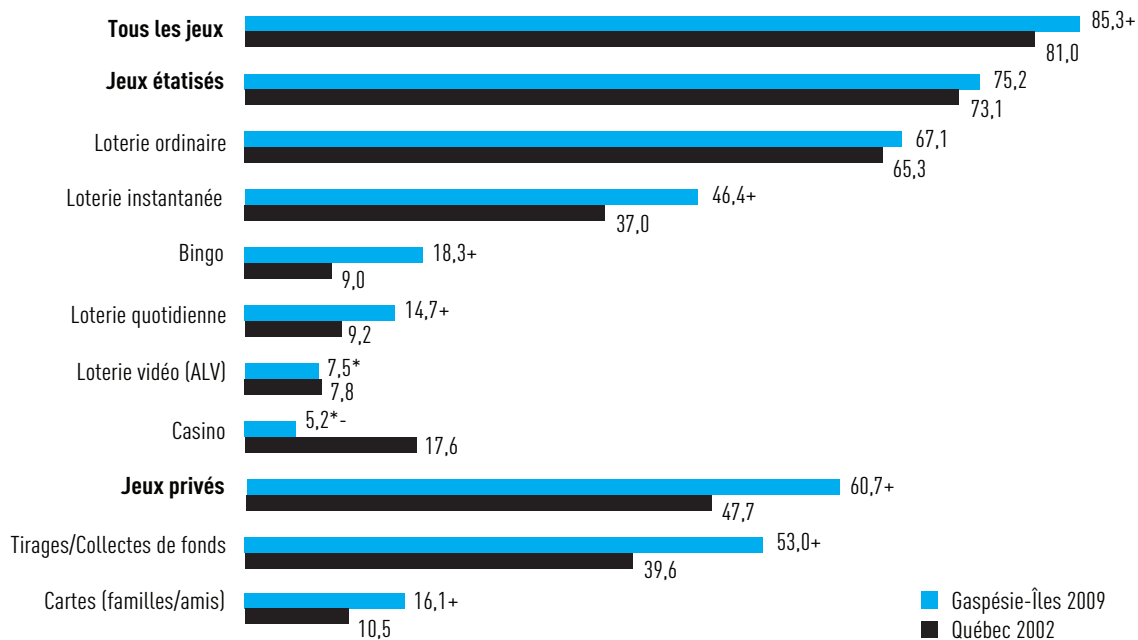
Les joueurs de la région dépensent 525 \$ en moyenne par année dans les jeux de hasard et d'argent

Ce montant moyen est inférieur à celui dépensé par les Québécoises et Québécois en 2002, lequel se situait à 980 \$ (montant ajusté pour l'inflation). Ainsi, si les Gaspésiens et Madelinots jouent davantage aux jeux de hasard et d'argent en 2009 que les Québécois en 2002, ils y dépensent moins d'argent en général.

Ce serait l'argent misé sur les marchés boursiers qui expliquerait le plus cet écart entre la région et le Québec relativement au montant dépensé. En effet, en excluant l'argent dépensé à cette activité particulière, le montant moyen dépensé par les Gaspésiens et Madelinots se rapproche de celui dépensé par les Québécois, soit 476 \$ contre 624 \$, une différence qui n'est plus significative au plan statistique (Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu, 2010).

**Figure
45**

Proportion (en %) des 18 ans et plus participant aux jeux de hasard et d'argent selon les principaux types de jeu, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine 2009 et Québec 2002



Source : Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu. *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine en 2009*.
 Note : Les CV ne sont pas calculés dans Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu, 2010. Nous les avons donc estimés dans un esprit d'uniformité avec le reste de ce portrait de santé. Ainsi, selon nos critères, il faut interpréter avec prudence les pourcentages suivis d'un astérisque en raison de leur imprécision.
 + Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.
 - Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Un peu plus de 2 % des adultes de la région sont des joueurs problématiques

En 2009, 2,3 %¹⁰ des adultes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont des joueurs problématiques, c'est-à-dire des joueurs qui répondent aux critères du jeu à risque et du jeu pathologique probable avec l'outil de dépistage PGSI (le *Problem Gambling Severity Index*). Comme c'est le cas dans la plupart des études sur le sujet (Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu, 2010), la prévalence régionale du jeu problématique est supérieure chez les hommes, les célibataires, les locataires de leur logement ou habitation, les personnes se percevant pauvres et chez celles dont le revenu annuel du ménage est inférieur à 20 000 \$.

Cela dit, la prévalence de joueurs problématiques en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en 2009 ne se différencie pas de celle identifiée au Québec en 2002 (2,3 % contre 1,7 % au Québec).

Ajoutons que si la prévalence du jeu problématique est relativement faible en général, 6,5 % des adultes de la région estiment avoir déjà trop joué, trop dépensé d'argent ou passé trop de temps à jouer par le passé. Or, comme le mentionnent les auteurs de l'étude régionale :

« Cette autoévaluation est intéressante car elle révèle que ces répondants jugent avoir dépassé leurs limites d'argent ou de temps au jeu à un moment ou à un autre depuis qu'ils jouent. Cette donnée ne signifie pas pour autant qu'ils avaient un problème de jeu, mais constitue un indicateur d'excès de jeu-précurseur nécessaire au développement d'une pathologie. » (Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu, 2010, p. 35)

¹⁰ Les CV ne sont pas fournis dans le rapport de Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu, nous les avons donc estimés dans un esprit d'uniformité avec le reste de ce portrait. Ainsi, selon nos estimations, cette donnée doit être interprétée avec la plus grande prudence puisque le CV associé se situe entre 25 et 33 %.

Comparaison avec le Québec en 2009

Comme nous le disions au début de cette fiche, en novembre 2010 étaient publiés les résultats d'une vaste enquête sur la participation des adultes québécois aux jeux de hasard et d'argent (Kairouz et Nadeau, 2010). Nous présentons au tableau 28 quelques-uns des principaux résultats de cette étude réalisée à l'été 2009 auprès d'un échantillon de 11 888 personnes en les mettant en perspective avec ceux obtenus dans la région en 2009. Nous rappelons, à titre indicatif, les résultats de l'enquête provinciale de 2002.

Globalement, on constate d'abord que par rapport aux Québécois interrogés en 2009, les Gaspésiens et Madelinots sont aussi nombreux, en proportion, à avoir déjà joué aux jeux de hasard et d'argent au cours de leur vie. Toutefois, ils sont plus nombreux à s'y être adonnés dans la dernière année (85 % contre 70 %), notamment à la loterie instantanée, à la loterie quotidienne, au bingo, aux tirages et collectes de fonds, et aux cartes entre amis ou en famille où de l'argent est misé (tableau 28). Les adultes de la région sont par ailleurs moins nombreux que les Québécois à avoir joué au casino en 2009. Quant à la proportion d'adultes s'adonnant aux appareils de loterie vidéo, l'écart entre la région et le Québec n'est pas suffisant pour être significatif statistiquement.

Cela dit, s'il y a plus de joueurs dans la région qu'au Québec en 2009, les joueurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont dépensé en moyenne moins d'argent que les joueurs québécois sur une période de 12 mois (525 \$ contre 713 \$). Rapporté à l'ensemble de la population, le montant dépensé en moyenne per capita est de 448 \$ dans la région contre 483 \$ au Québec (tableau 28).

Finalement, la proportion de joueurs problématiques dans la région (incluant les joueurs à risque et les joueurs pathologiques probables) ne se différencie pas de celle du Québec en 2009 (tableau 28).

En somme

Que l'on compare les résultats régionaux obtenus en 2009 avec ceux du Québec en 2002 ou avec ceux du Québec en 2009, les constats demeurent les mêmes, à savoir :

- La population gaspésienne et madelinienne est plus nombreuse que celle du Québec à s'adonner aux jeux de hasard et d'argent, notamment à la loterie instantanée, à la loterie quotidienne, au bingo, aux tirages et collectes de fonds, et aux cartes entre amis ou en famille où de l'argent est misé.
- Elle est par ailleurs moins nombreuse à jouer au casino.
- Les joueurs de la région dépensent en moyenne moins d'argent par année dans les jeux que les joueurs du Québec.
- La proportion de joueurs problématiques dans la région ne se distingue pas de celle du Québec.

On notera, en terminant, que la situation provinciale en 2009 a passablement changé par rapport à ce qu'elle était en 2002 : la participation globale et pour les principaux jeux a diminué de même que le montant moyen dépensé par les joueurs alors que le pourcentage de joueurs problématiques demeure au moins aussi important.

**Tableau
28**

**Comparaison des principaux résultats de l'étude régionale 2009 avec ceux de l'étude québécoise 2009
et de l'étude québécoise 2002**

	Gaspésie-Îles 2009	Québec 2009	Québec 2002
Proportion (en %) des 18 ans et plus ayant joué :			
Dans leur vie	88,5	86,3	Non disponible
Dans la dernière année	85,3+	70,4	81,0
Proportion (en %) des 18 ans et plus ayant joué selon certains types de jeu :			
Loterie instantanée	46,4+	31,1	37,0
Loterie quotidienne	14,7+	3,4	9,2
Bingo	18,3+	4,6	9,0
Tirages, collectes de fonds	53,0+	30,7	39,6
Cartes entre amis ou en famille	16,1+	3,2	10,5
Casino	5,2*-	10,4	17,6
Appareils de loterie vidéo	7,5*	4,6	7,8
Proportion (en %) des 18 ans et plus classés joueurs problématiques :	2,3**	2,0	1,7
Joueurs à risque	1,5**	1,3	0,9
Joueurs pathologiques probables	0,8**	0,7	0,8
Montant annuel moyen dépensé :			
Par les joueurs	525 \$	713 \$	980 \$
Per capita (ensemble de la population)	448 \$	483 \$	794 \$

Sources : Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu. *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine en 2009*. Kairouz et Nadeau. *Enquête EnHjeu-Québec – Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans, 2010*.

Note : Les CV ne sont pas calculés dans Giroux, Jacques, Ladouceur, Leclerc et Brochu, 2010. Nous les avons donc estimés dans un esprit d'uniformité avec le reste de ce portrait de santé. Ainsi, selon nos critères, il faut interpréter avec la plus grande prudence les pourcentages suivis d'astérisques en raison de leur grande imprécision, particulièrement ceux suivis de deux astérisques.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec en 2009 au seuil de 0,05.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec en 2009 au seuil de 0,05.

La sexualité, la contraception et l'usage du condom

18.

Nous présentons dans cette fiche diverses données relatives aux personnes actives sexuellement : certaines de leurs caractéristiques, le nombre de partenaires sexuels qu'elles ont eu sur une période de 12 mois, l'usage que les 15-24 ans font de la contraception et l'utilisation du condom chez les personnes ayant eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois. L'ensemble des données provient de l'EQSP 2008. Soulignons que la situation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est présentée à la fiche 46.

Les personnes actives sexuellement

En 2008, 76 % des 15 ans et plus dans le Rocher-Percé sont actifs sexuellement

À cet égard, la population de Rocher-Percé ne se différencie pas de celle du Québec (78 %) (figure 46). Ceci est vrai globalement, mais aussi chez les femmes et chez les hommes ainsi que dans tous les groupes d'âge (tableau 29).

En général, les hommes sont plus actifs sexuellement que les femmes

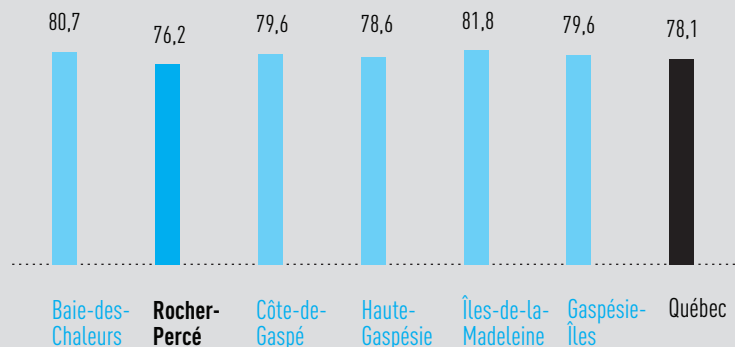
En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les hommes sont généralement plus nombreux que les femmes à avoir eu des relations sexuelles sur une période de 12 mois. Bien que non significative, cette tendance est observée dans le Rocher-Percé (tableau 29).

Toutefois, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, ce résultat diffère selon les groupes d'âge étudiés. En effet, les adolescentes gaspésiennes et madeliniennes de 15 à 17 ans sont plus actives sur ce plan que les garçons du même âge (62 % contre 52 %¹¹) et à l'inverse, à compter de 45 ans, les hommes le sont davantage que les femmes. Même que chez les 65 ans et plus, la proportion de gens actifs sexuellement au cours d'une période de 12 mois est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans la région (65 % contre 33 %) (résultats non illustrés).

Par ailleurs, la proportion de personnes actives sexuellement varie selon le groupe d'âge, et ce, de la façon suivante au Québec : alors qu'elle est de 67 % chez les 15-24 ans, elle atteint 93 % chez les 25-44 ans et redescend ensuite à 83 % chez les 45-64 ans pour se situer à 44 % chez les 65 ans et plus (tableau 29). Ce patron est à peu de choses près le même en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (résultats non illustrés) ainsi que dans le Rocher-Percé malgré la réserve que nous avons au sujet du groupe des 15-24 ans.

Figure
46

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant eu des relations sexuelles au cours d'une période de 12 mois, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

11 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Le nombre de partenaires sexuels

Une minorité des personnes actives sexuellement a plus d'un partenaire

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine d'abord, sur une période de 12 mois, 90 % des personnes actives sexuellement ont eu un seul partenaire sexuel, 8,8 % entre deux et quatre et 1,3 %, cinq et plus. Cette répartition régionale ne se différencie pas de celle du Québec, et ce, chez les femmes comme chez les hommes et peu importe le groupe d'âge (résultats non illustrés).

À l'échelle locale, nous ne pouvons présenter la proportion de personnes ayant eu entre deux et quatre partenaires sexuels et cinq partenaires et plus, les données étant toutes confidentielles. Mentionnons seulement que 7,2 % des personnes actives sexuellement dans le Rocher-Percé ont eu deux partenaires sexuels ou plus sur une période de 12 mois, une proportion ne se différenciant pas de celle du Québec (figure 47) tant chez les femmes que chez les hommes (tableau 30).

Tableau 29

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant eu des relations sexuelles au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	72,9	73,4
Hommes	79,7	83,0
Groupe d'âge		
15-17 ans	44,9**	45,8
18-24 ans	X	79,9
15-24 ans	57,4*1	67,1
25-44 ans	X	93,4
45-64 ans	83,8	82,7
65 ans et plus	43,5	44,3
TOTAL	76,2	78,1

Source : ISQ, EQSP 2008.

1. Certains résultats obtenus dans ce groupe d'âge particulier de Rocher-Percé nous font douter de la représentativité de ce groupe et donc de la fiabilité des résultats de ce groupe. Nous invitons le lecteur à la prudence.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Tableau 30

Proportion (en %) des 15 ans et plus actifs sexuellement ayant eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	3,0**	8,4
Hommes	11,1**	13,6
Groupe d'âge		
15-17 ans	X	30,9
18-24 ans	X	33,3
15-24 ans	26,7**	32,7
25-44 ans	9,6**	11,0
45-64 ans	3,0**	5,0
65 ans et plus	X	4,4
TOTAL	7,2*	11,1

Source : ISQ, EQSP 2008.

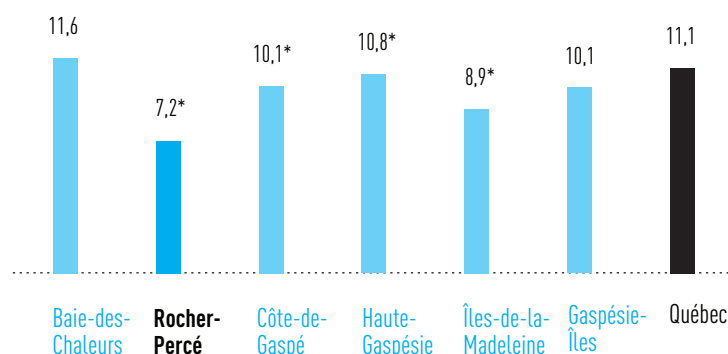
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Figure 47

Proportion (en %) des 15 ans et plus actifs sexuellement ayant eu deux partenaires sexuels et plus au cours d'une période de 12 mois, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Tableau
31

Proportion (en %) des 15-24 ans actifs sexuellement ayant habituellement eu recours à la contraception au cours d'une période de 12 mois selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	84,0	90,0
Hommes	85,5	87,9
Groupe d'âge		
15-17 ans	X	93,2
18-24 ans	83,2	87,5
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	X	74,3
Français	85,7	90,9
Revenu du ménage		
Inférieur	74,5	86,8
Moyen	94,8	89,4
Supérieur	X	91,8
Nombre de partenaires		
Un	86,9	89,7
Deux et plus	81,6	87,4
TOTAL	84,7	89,0

Source : ISQ, EQSP 2008.
X Donnée confidentielle.

Les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus nombreux à avoir eu deux partenaires et plus

Dans le Rocher-Percé, comme c'est le cas en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à avoir eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois (tableau 30).

À titre indicatif, mentionnons qu'au Québec, le nombre de partenaires sexuels chez les hommes est grandement influencé par le sexe des partenaires. En effet, près de 40 % des Québécois ayant eu des relations sexuelles avec des hommes ont eu deux partenaires et plus (23 %¹² en ont eu entre deux et quatre et 16 %¹³, cinq et plus). Précisons que cette proportion chez l'ensemble des hommes, peu importe le sexe de leurs partenaires, est de 14 %. Les plus faibles effectifs dans la région ne permettent pas de faire ces analyses plus fines ni évidemment dans le Rocher-Percé.

Comme le montre par ailleurs le tableau 30, dans le Rocher-Percé comme au Québec, c'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que la proportion à avoir eu deux partne-

naires et plus sur une période de 12 mois est la plus élevée. Un résultat non étonnant dans la mesure où il traduit cette période de découverte et d'instabilité qu'est l'adolescence et le début de l'âge adulte.

L'usage de moyens contraceptifs chez les jeunes

Données confidentielles à l'échelle du RLS de Rocher-Percé

Dans l'EQSP 2008, l'usage de la contraception a été documenté auprès des femmes de 15 à 49 ans et des hommes de 15 ans et plus actives ou actifs sexuellement. Dans cette fiche, nous présentons cependant uniquement les résultats propres aux jeunes de 15 à 24 ans, ceux des autres groupes d'âge nous apparaissant moins pertinents et plus difficiles à interpréter dans la mesure où nous ne connaissons pas par ailleurs l'intention des personnes interrogées d'avoir ou non des enfants.

Mentionnons aussi qu'à l'échelle locale, les seules données sur la contraception chez les jeunes que nous sommes autorisés à publier sont celles du territoire de la Baie-des-Chaleurs, les autres RLS dont celui de Rocher-Percé affichant des données reposant sur de trop faibles effectifs et devant être tenues confidentielles. Ainsi, les résultats présentés dans ce qui suit concernent ceux de l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Québec.

La majorité des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se protège pour prévenir une grossesse

En 2008, 84 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans actives sexuellement dans la région et 86 % des jeunes hommes du même âge ont habituellement utilisé, sur une période de 12 mois, un moyen contraceptif avec leur-s partenaire-s (tableau 31). Ces proportions ne se différencient pas de celles des jeunes québécoises et québécois.

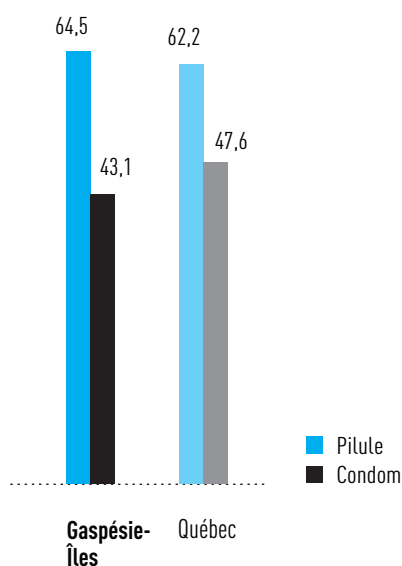
Cela dit, tant dans la région qu'au Québec, on ne détecte aucune différence, au sens statistique, entre le recours à la contraception chez les jeunes femmes et les jeunes hommes. De même, la proportion des jeunes au Québec recourant habituellement à la contraception ne varie pas de manière significative selon le revenu du ménage auquel ils appartiennent, ni selon le nombre de partenaires sexuels qu'ils ont eu sur une période de 12 mois (tableau 31). Si ce dernier constat est aussi vrai en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ce n'est pas le cas pour le revenu du ménage, celui-ci exerçant une influence sur le recours à la contraception chez les jeunes de la région. Comme le montre en effet

12 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

13 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Figure
48

Proportion (en %) des 15-24 ans actifs sexuellement ayant habituellement eu recours à la contraception au cours d'une période de 12 mois selon les deux moyens les plus populaires, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

le tableau 31, les jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vivant dans des ménages à faible revenu sont moins enclins à utiliser un moyen contraceptif que les autres jeunes appartenant à des ménages plus aisés.

Par ailleurs, l'usage de la contraception diminue de manière significative entre 15-17 ans et 18-24 ans au Québec en passant de 93 à 88 % (tableau 31). Cette baisse est principalement attribuable aux jeunes hommes puisque chez les jeunes femmes, le recours à la contraception ne varie pas d'un point de vue statistique entre ces deux groupes d'âge. De plus, les jeunes anglophones actifs sexuellement au Québec sont moins nombreux, en proportion, que les jeunes francophones à généralement utiliser un moyen de contraception (tableau 31). Les données régionales ne permettent pas de conclure eu égard au lien entre la contraception chez les jeunes et ces deux variables que sont l'âge et la langue.

La pilule : au premier rang des moyens contraceptifs

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ainsi que dans l'ensemble du Québec, le moyen de contraception le plus souvent utilisé par les jeunes de 15 à 24 ans est la pilule contraceptive, suivie du condom (figure 48). Ce constat est vrai à la fois chez les jeunes femmes et chez les jeunes hommes de la région et du Québec.

Cela dit, on remarque par ailleurs qu'au Québec, tant chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes, l'utilisation du condom à des fins contraceptives diminue en popularité entre 15-17 ans et 18-24 ans (64 % contre 42 % sexes réunis). De son côté, la pilule ne gagne ni ne perd en popularité entre ces deux groupes d'âge, le pourcentage l'utilisant demeurant passablement stable, soit aux environs de 62 %. C'est donc à la baisse du recours au condom que l'on doit la diminution générale de la contraception entre 15-17 ans et 18-24 ans dont nous parlions plus tôt.

L'usage du condom

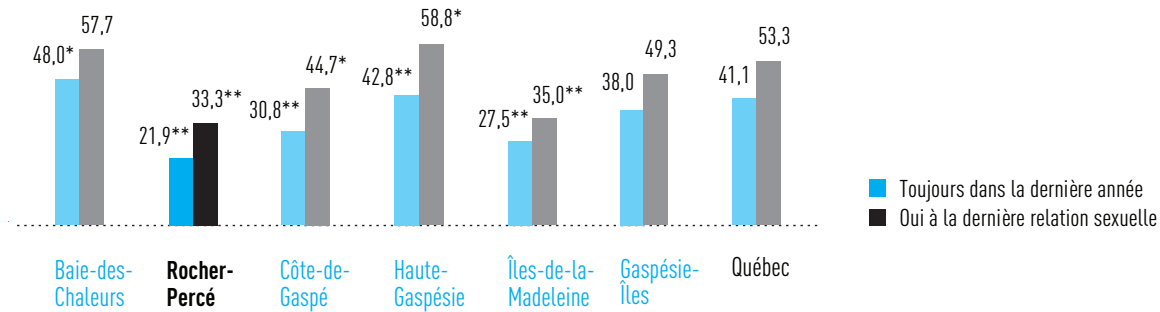
Dans l'EQSP 2008, l'usage du condom a été documenté auprès de toutes les personnes de 15 ans et plus ayant eu des relations sexuelles anales ou vaginales au cours d'une période de 12 mois, peu importe le nombre de partenaires sexuels durant l'année (à l'exception des femmes n'ayant eu des relations sexuelles qu'avec des femmes). Or, dans le cas des personnes n'ayant eu qu'un seul partenaire sexuel, bien que nous ne connaissions pas la durée de la relation, le fait de ne pas toujours avoir porté le condom ou de ne pas l'avoir utilisé lors de la dernière relation sexuelle peut ne pas constituer un comportement à risque. Toutefois, dans le cas des personnes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus, en l'absence d'information sur la présence ou non au moment de l'enquête d'un partenaire régulier, on doit considérer qu'il s'agit là d'un groupe davantage à risque, notamment au niveau des infections transmises sexuellement (ITS) :

« Le risque d'être infecté par une telle infection [ITS] augmente avec le nombre de partenaires (McKay, 2004; Rotermann, 2008). En présence de plus d'un partenaire sexuel, l'usage systématique du condom en tant que moyen de protection, pour soi-même ou pour les autres, est primordial. » (Cazale et Leclerc, 2010, p. 186)

C'est pourquoi nous présentons uniquement l'usage du condom chez la population ayant eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois.

Figure
49

Proportion (en %) des 15 ans et plus actifs sexuellement¹ ayant eu deux partenaires et plus sur une période 12 mois et ayant toujours utilisé le condom et proportion (en %) l'ayant utilisé lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration anale ou vaginale, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

1. Sont exclues les femmes n'ayant eu des relations sexuelles qu'avec des femmes.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Seulement 22 % des personnes ayant eu deux partenaires sexuels et plus sur une période de 12 mois ont toujours utilisé le condom

Rappelons que dans le Rocher-Percé, 7,2 %¹⁴ de la population active sexuellement en 2008 a eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois. Or, seulement 22 % de celle-ci a toujours eu recours au condom et 33 % l'a utilisé à sa dernière relation sexuelle (figure 49). Bien que ces résultats ne se différencient pas de ceux du Québec et qu'ils reposent sur des données imprécises, ils invitent tout de même à la réflexion.

À titre indicatif, il est important de relever qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, le recours peu fréquent au condom chez les personnes ayant eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois est vrai peu importe le sexe, l'âge, le revenu ou la langue des personnes. Chez les jeunes de la région, par exemple, bien que ce soit le groupe qui utilise le plus souvent le condom, la moitié d'entre eux n'y ont pas toujours recours sur une période de 12 mois et plus du tiers ne l'ont pas utilisé lors de leur dernière relation sexuelle, et ce, en dépit du risque qu'ils encourent.

Cela dit, que ce soit sur une période de 12 mois ou lors de la dernière relation sexuelle, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ou au Québec, le recours au condom est moins répandu en général chez les femmes, les francophones, les mieux nantis et chute de façon importante dès l'âge de 25 ans (résultats non illustrés).

14 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence

L'organisation des services sociaux et de santé

Le recours aux services préventifs

19.

L'organisation des services de santé et des services sociaux dont font partie les services préventifs est reconnue comme un des grands déterminants de la santé. Par le biais des grandes enquêtes populationnelles, nous avons de l'information sur le taux de participation de la population à deux interventions préventives, à savoir le test de Papanicolaou (Pap) et la vaccination contre l'influenza saisonnière (grippe). Mais d'abord, nous présentons les données les plus récentes sur la participation des femmes de 50 à 69 ans à la mammographie de dépistage du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

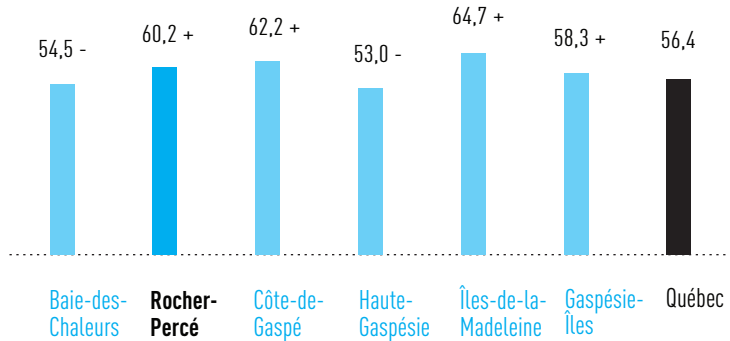
La mammographie de dépistage

En 2008 et 2009, 60 % des femmes de 50 à 69 ans de Rocher-Percé ont eu une mammographie de dépistage

Ce taux de participation à la mammographie de dépistage du PQDCS chez les femmes de 50 à 69 ans est supérieur à celui du Québec à cette même période (56 %) (figure 50).

**Figure
50**

Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie de dépistage du PQDCS entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2009, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec



Source : Compilation faite par Wilber Deck, DSP Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.
- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

**Tableau
32**

Proportion (en %) des femmes 18-69 ans ayant passé un test de Pap depuis moins de 3 ans selon l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
18-24 ans	X	62,6
25-44 ans	83,4	82,5
45-69 ans	75,2	68,4
TOTAL	78,6	73,3

Source : ISQ, EQSP 2008.
X Donnée confidentielle.

Le dépistage du cancer du col utérin (test de Pap)

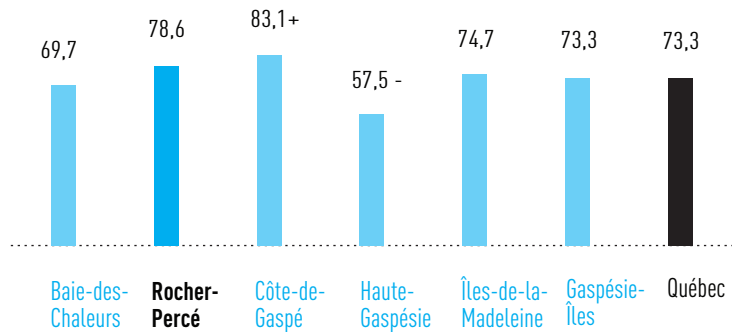
En 2008, 79 % des femmes de 18 à 69 ans ont passé un test de Pap depuis moins de 3 ans

À ce chapitre, les femmes de Rocher-Percé ne se distinguent pas des Québécoises (figure 51), et ce, peu importe le groupe d'âge (tableau 32). Rappelons que la période de trois ans est le délai recommandé par le Comité consultatif sur le cancer (1998) pour l'implantation d'un programme de dépistage systématique du cancer du col utérin (Bernèche, Dufour et Bernier, 2010), programme qui n'a pas encore vu le jour au Québec.

Comme le montre le tableau 32, au Québec, ce sont les jeunes de 18 à 24 ans et les femmes de 45 à 69 ans qui sont les moins nombreuses, en proportion, à avoir passé un test de Pap dans les trois dernières années. Dans le Rocher-Percé, nous ne détectons pas de différence significative, au sens statistique, entre les groupes d'âge eu égard à la proportion de femmes ayant eu recours à ce test (tableau 32).

**Figure
51**

Proportion (en %) des femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap depuis moins de 3 ans, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

La vaccination contre la grippe saisonnière

Non disponible à l'échelle des RLS

Près de 60 % des aînés ont reçu le vaccin contre la grippe

En 2007-2008, 59 % des personnes de 65 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se sont fait vacciner contre la grippe au cours d'une période de 12 mois, une proportion ne se distinguant pas de celle des aînés du Québec (63 %). Bien qu'un écart soit observé à cet égard entre le taux de vaccination des femmes (65 %) et celui des hommes (52 %), celui-ci n'est pas significatif au plan statistique. Au Québec, le taux de vaccination des femmes et des hommes est pratiquement identique.

L'influence des services sociaux et de santé

Le système de soins est reconnu comme un des déterminants de la santé. Toutefois, comparativement aux habitudes de vie et aux facteurs sociaux et environnementaux, sa contribution à l'amélioration de la santé des populations est plus marginale (Pineault et Daveluy, 1995; Rodham Clinton, 2004). En effet, sur les quelque trente années gagnées en espérance de vie dans les pays occidentaux au cours du siècle dernier, huit seulement seraient attribuables aux interventions médicales, les autres venant plutôt de mesures systématiques telles que la vaccination, la construction d'aqueducs et d'égouts, et l'amélioration des techniques de conservation des aliments (Rodham Clinton, 2004). D'ailleurs :

« ... dans les pays riches où de nombreuses causes d'incapacité et de décès sont déjà maîtrisées, l'impact de l'organisation des soins et des services sur l'état de santé de la population devient moins visible (OMS, 2000). En clair, cela signifie qu'on ne pourrait espérer obtenir des gains importants sur le plan de l'amélioration de la santé avec de nouveaux investissements massifs dans les services de santé. Certes, des investissements sont essentiels, mais les justifications sont ailleurs. » (MSSS, 2005, p. 60)

Parmi les éléments du système de santé et de services sociaux qui offrent le plus de potentiel eu égard à l'amélioration de la santé, il y a l'accessibilité aux soins et services, particulièrement pour les plus défavorisés qui sont, faut-il le rappeler, les plus frappés par la maladie et les divers problèmes sociaux :

« On admet qu'une plus grande accessibilité aux services est susceptible de contribuer à améliorer l'état de santé des personnes les plus démunies et, ce faisant, à diminuer les inégalités de santé. » (MSSS, 2005, p. 60).

En plus de l'accès aux services, la littérature scientifique identifie l'importance d'accorder une plus grande place aux interventions préventives au sein du système de santé et de services sociaux, lesquelles sont définies pour le Québec dans le Programme national de santé publique (MSSS, 2005). Parmi ces interventions, il y a la vaccination, les services en périnatalité pour les familles vulnérables, mais aussi toutes les interventions que doivent intégrer les professionnels de première ligne dans leur pratique (MSSS, 2005) comme le dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap, le counselling en matière d'allaitement maternel, le repérage de la dépression, la recommandation d'une pratique régulière d'activités physiques et le dépistage des ITSS auprès des personnes à risque.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

On le sait, les problèmes de santé ne se limitent pas aux maladies physiques, mais incluent aussi les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux. Dans cette deuxième partie, nous présentons divers indicateurs qui permettent de mesurer plus spécifiquement l'ampleur et l'évolution de plusieurs problèmes de santé et de bien-être qui affectent la population, et ce, selon les grands thèmes suivants :

- La santé maternelle et infantile
- Les problèmes de développement et d'adaptation sociale
- Les problèmes de santé mentale
- Les maladies chroniques
- Les blessures accidentelles
- Les maladies infectieuses

Mais d'abord, nous jetons un bref regard sur l'état de santé globale de la population et comment celui-ci a évolué dans les dernières décennies.

L'état de santé globale

L'état de santé globale

20.

Certains indicateurs permettent d'apprécier globalement l'état de santé d'une population. C'est le cas de l'espérance de vie totale et en bonne santé, la perception qu'ont les gens de leur état de santé et la satisfaction eu égard à la vie. Ce sont les indicateurs que nous traitons à l'intérieur de cette fiche.

L'espérance de vie à la naissance

Les femmes de Rocher-Percé peuvent espérer vivre aussi longtemps que les Québécoises, tandis que les hommes accusent un retard par rapport aux Québécois

L'espérance de vie dans les territoires locaux présente une imprécision relativement importante. À titre d'exemple, l'espérance de vie des hommes de La Haute-Gaspésie, estimée à 76 ans en 2005-2007, peut en réalité être aussi faible que 73,7 ans et aussi grande que 78,4 ans. Malgré cette limite, nous présentons aux figures 52 l'espérance de vie des femmes et des hommes dans les territoires locaux.

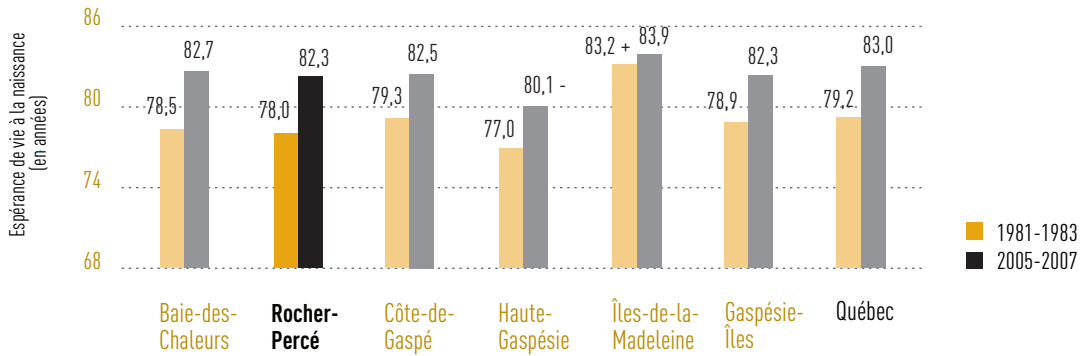
Depuis le début des années 80, l'espérance de vie s'est accrue de près de quatre ans et demi chez les femmes et de près de six ans et demi chez les hommes de Rocher-Percé (figures 52). Ainsi, en 2005-2007, les femmes peuvent s'attendre à vivre 82,3 ans et les hommes, 75,9 ans. Depuis le début des années 90, l'espérance de vie des femmes de Rocher-Percé, calculée sur des périodes de trois ans, ne s'est jamais différenciée de celle des Québécoises et ceci est encore le cas en 2005-2007 (82,3 ans contre 83,0 ans). Une seule exception en 2002-2004 où les femmes de Rocher-Percé ont obtenu une espérance de vie plus faible que celle de leurs homologues provinciales. Ce constat relativement favorable chez les femmes est celui qu'on a généralement aussi observé chez les femmes de tous les RLS.

De leur côté, les hommes de Rocher-Percé obtiennent en 2005-2007 une espérance de vie inférieure à celle des Québécois (75,9 ans contre 78,1 ans), comme c'est le cas chez les hommes de tous les territoires locaux à l'exception de ceux de La Haute-Gaspésie (figures 52). Pour les hommes de Rocher-Percé, cette situation n'est pas nouvelle; elle a été observée à quelques reprises depuis le début des années 90 dont en 2002-2004. Au cours des dernières périodes, cette moindre espérance de vie des hommes de Rocher-Percé par rapport aux Québécois est principalement attribuable à leur surmortalité par suicide, par accident de transport et par cancers.

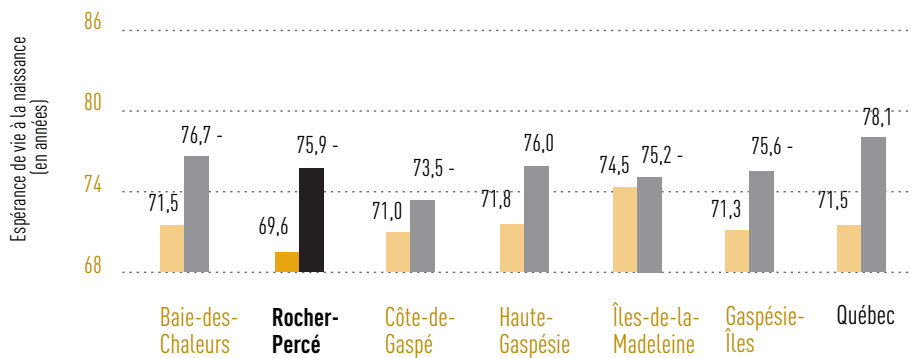
Figures
52

Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1981-1983 et 2005-2007

FEMMES



HOMMES



Sources : Pour 1981-1983 : MSSS, Fichier des décès. Pour 2005-2007 : INSPQ, Infocentre de santé publique.
+ Espérance de vie de ce territoire significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.
- Espérance de vie de ce territoire significativement inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

L'espérance de vie en santé

Non disponible à l'échelle des RLS

Au Québec comme dans la région, non seulement les femmes vivent-elles plus longtemps que les hommes, elles peuvent aussi espérer vivre plus d'années en santé que leurs homologues masculins. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, l'espérance de vie en santé en 2005-2007 chez les femmes est de 69,9 ans contre 66,7 ans chez les hommes (figure 53). Par contre, les femmes vivront aussi plus longtemps en mauvaise santé que les hommes, et ce, dans la région et au Québec (figure 53).

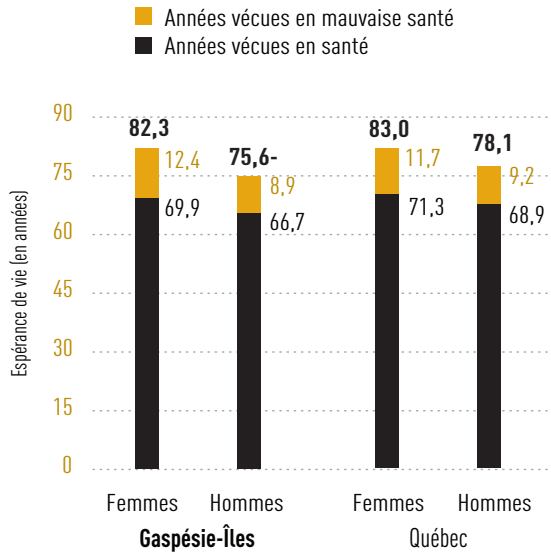
Finalement, comme le montre aussi la figure 32, les femmes et les hommes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine peuvent en 2005-2007 espérer vivre un peu moins longtemps en santé que les Québécoises et les Québécois.

L'espérance de vie en santé

L'espérance de vie en santé est une estimation du nombre d'années pendant lesquelles un individu peut s'attendre à vivre en santé. Il existe plusieurs indicateurs de l'espérance de vie en santé, dont l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé. C'est ce dernier indicateur que nous retenons ici, l'état de santé étant mesuré à partir des problèmes de santé fonctionnelle déclarés par la personne à compter de huit items : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (usage des mains et des doigts), la connaissance (mémoire et pensée), les émotions (sentiments) ainsi que la douleur et l'inconfort (INSPQ en collaboration avec MSSS et ISQ, 2006).

Figure 53

Espérance de vie à la naissance (en années) selon le nombre d'années vécues en santé (espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé 2007-2008) et en mauvaise santé et selon le sexe, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2005-2007



Sources : MSSS, Fichier des décès. Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

La perception de sa santé

La population de Rocher-Percé se perçoit en moins bonne santé que celle du Québec

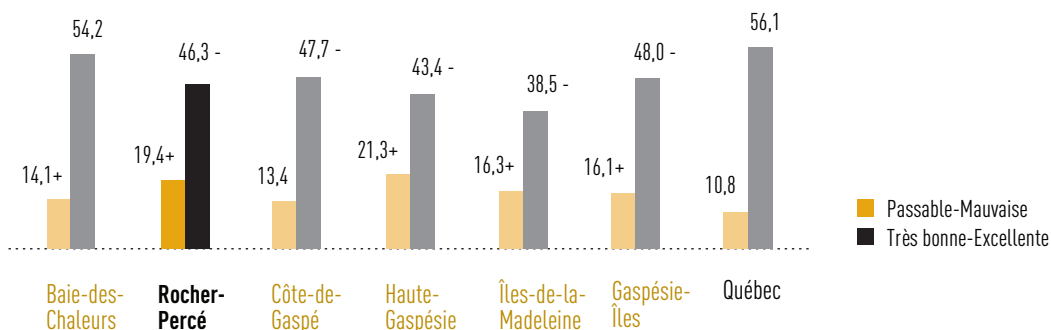
En 2008, moins de gens dans le Rocher-Percé qu'au Québec perçoivent leur santé comme étant très bonne ou excellente et à l'opposé, davantage la considèrent comme passable ou même mauvaise (19 % contre 11 %) (figure 54). Comme le montre aussi cette figure, cette moins bonne perception en général de sa santé par rapport à la population québécoise s'observe dans tous les RLS de la région.

Comme l'indiquent les données du tableau 33, le bilan plus négatif que fait la population de Rocher-Percé de sa santé par rapport à celle du Québec s'observe chez les femmes et chez les hommes ainsi que dans tous les groupes d'âge à compter de 25 ans, bien que seul l'écart chez les 45-64 ans ne soit significatif.

À titre indicatif, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la moins bonne perception qu'ont les gens de leur santé par rapport aux Québécoises et Québécois est vraie à la fois chez les femmes et chez les hommes, chez les 45-64 ans et les aînés et peu importe le statut tabagique des individus, leur statut pondéral et leur satisfaction à l'égard de leur vie sociale.

Figure 54

Proportion (en %) des 15 ans et plus percevant passable ou mauvaise leur santé et la proportion la percevant très bonne ou excellente, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

Note : Nous n'indiquons pas dans cette figure la proportion des personnes considérant leur santé comme étant bonne dans un souci d'alléger la figure.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

**Tableau
33**

Proportion (en %) des 15 ans et plus percevant leur santé passable ou mauvaise selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	21,3+	11,7
Hommes	17,5*+	9,9
Groupe d'âge		
15-24 ans	X	5,5
25-44 ans	11,2**	6,1
45-64 ans	22,9+	13,0
65 ans et plus	31,5*	21,7
TOTAL	19,4+	10,8

Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

La satisfaction eu égard à sa vie

Non disponible à l'échelle des RLS

Autant de gens satisfaits de leur vie en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec

Malgré une moins bonne perception de leur santé, les femmes et les hommes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont aussi nombreux, en proportion, à être satisfaits, voire très satisfaits de leur vie que les Québécois (95 % contre 93 % au Québec selon l'ESCC 2007-2008).

La santé maternelle et infantile

La mortalité infantile

21.

Non présentée à l'échelle des RLS,
car données insuffisamment précises.

Bien que les données sur la mortalité infantile soient disponibles localement, elles reposent sur de trop faibles effectifs pour pouvoir tirer des conclusions fiables. D'ailleurs, des experts estiment « qu'il faut plus de 10 000 naissances au dénominateur pour obtenir une estimation précise de la mortalité infantile » (Van de Walle, 1990, tiré de INSPQ en collaboration avec MSSS et ISQ, 2006). C'est pourquoi nous ne présentons dans cette fiche que les données régionales et provinciales. Et même régionalement, la prudence s'impose, car le taux calculé pour la période 2004-2008 n'est basé que sur 3 644 naissances au dénominateur.

Le taux de mortalité infantile dans la région ne se distingue pas de celui du Québec

Comme c'est le cas depuis de nombreuses années, le taux d'enfants décédant avant l'âge d'un an en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne se différencie pas de celui du Québec en 2004-2008. Plus précisément, au cours de ces cinq ans, 22 enfants de la région sont morts au cours de leur première année de vie, ce qui correspond à un taux de 6,0 pour 1 000 naissances vivantes (4,6 pour 1 000 au Québec) (figure 55).

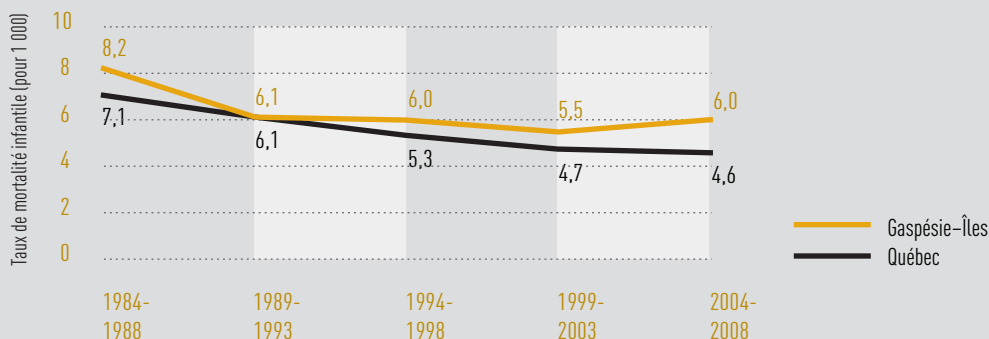
Comme le montre par ailleurs la figure 55, la mortalité infantile au Québec a régressé au cours des quelque 25 dernières années en passant 7,1 en 1984-1988 à 4,6 en 2004-2008. Dans la région, bien qu'il faille être prudent, le taux de mortalité avant un an présente aussi une tendance à la baisse sur l'ensemble de la période.

Ce que reflète la mortalité infantile

« La mortalité infantile est un indicateur établi de longue date, et qui mesure non seulement la santé infantile, mais aussi le bien-être d'une société. Elle reflète le niveau de mortalité, de l'état de santé et de prestation de soins de santé d'une population, ainsi que l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. » (Statistique Canada et ICIS, 2005, tiré de INSPQ en collaboration avec le MSSS et l'ISQ, 2006).

Figure
55

Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1984-1988 à 2004-2008



La prématurité et l'insuffisance de poids

22.

Cette fiche aborde deux indicateurs de la santé des nouveau-nés pouvant avoir des répercussions sur leur développement ultérieur, soit la prématurité et l'insuffisance pondérale. Rappelons que les bébés nés prématurément sont ceux dont la durée de gestation est inférieure à 37 semaines de grossesse et que ceux de poids insuffisant sont ceux dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes. Également, les données concernent les nouveau-nés de mères gaspésiennes et madeliniennes, peu importe leur lieu de naissance.

La prématurité

Hausse générale de la prématurité

Au Québec d'abord, la proportion de bébés nés avant terme a connu une hausse importante du début des années 80 au milieu des années 2000 (figure 56). La prématurité est en effet passée de 5,9 % en 1982-1984 à 8,1 % en 2004. Après quoi, le pourcentage de bébés prématurés s'est plutôt maintenu entre 7,4 et 7,6 % et bien qu'il soit encore trop tôt pour parler d'une stabilité du phénomène, la hausse ne s'est tout de même pas poursuivie de 2005 à 2008 (résultats non présentés par année).

Dans le Rocher-Percé, la prématurité est passée de 4,8 % à 10,1 % de 1982-1984 à 2006-2008 et les données ne permettent pas de dire que ce pourcentage s'est stabilisé dans les dernières années (figure 56). Ce constat est le même dans la région et dans tous les RLS.

Comment expliquer la hausse de la prématurité

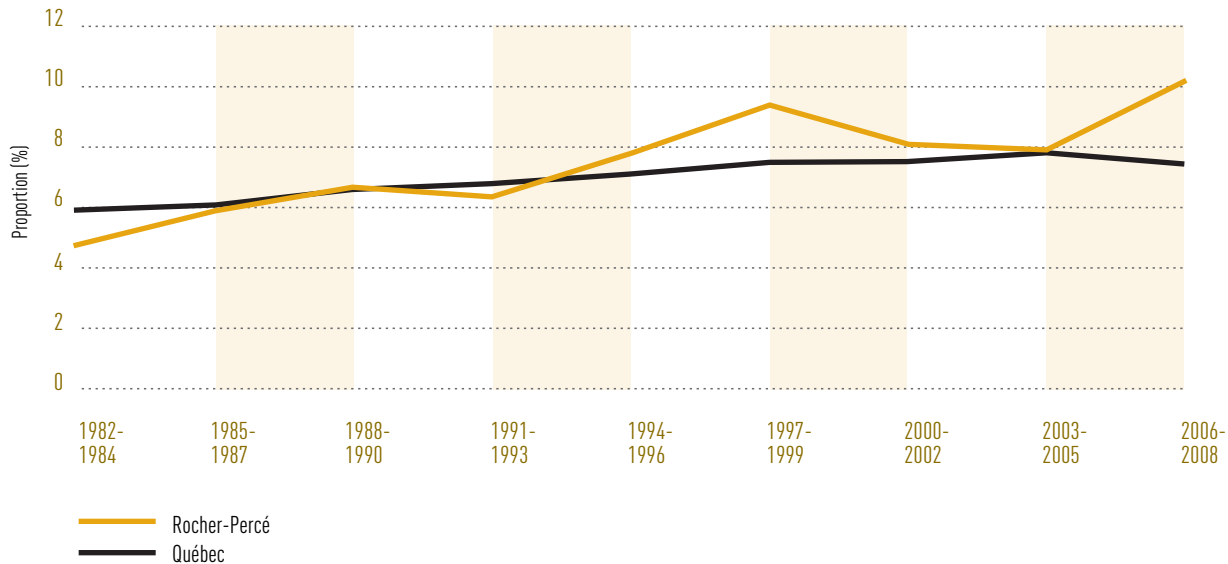
L'augmentation de la prématurité serait notamment attribuable :

« ... à l'utilisation accrue d'interventions obstétricales, qui font en sorte que certains enfants, qui seraient mort-nés il y a quelques années, vivent à la naissance et comptent parmi les naissances prématurées. L'augmentation de la prématurité est également liée à une augmentation des grossesses multiples, ce qui diminue la probabilité d'une gestation complète. » (Lefebvre, 2004, Joseph et autres, 2001, tirés de MSSS, 2005).

Pour ce qui est de la hausse des grossesses multiples, elle s'expliquerait notamment par le recours accru aux techniques de procréation assistée et à l'augmentation des grossesses au-delà de 35 ans, les femmes de ce groupe d'âge ayant un risque plus élevé de grossesses multiples (MSSS, 2008).

Figure
56

Proportion (en %) des bébés prématurés, Rocher-Percé et Québec, 1982-1984 à 2006-2008



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

En 2006-2008, la proportion de bébés nés prématurés dans le Rocher-Percé ne se différencie pas de celle du Québec

Au cours des quelque 25 dernières années, la proportion de bébés nés prématurément dans le Rocher-Percé ne s'est jamais distinguée d'un point de vue statistique de celle du Québec et c'est encore le cas en 2006-2008 (figure 56). Pour cette dernière période triennale, 42 nouveau-nés de mères de Rocher-Percé sont nés avant 37 semaines de grossesse, soit 10,1 % des bébés contre 7,5 % au Québec (figure 57).

L'insuffisance de poids

En 2006-2008, la proportion de bébés de poids insuffisant à la naissance dans le Rocher-Percé ne se différencie pas de celle du Québec

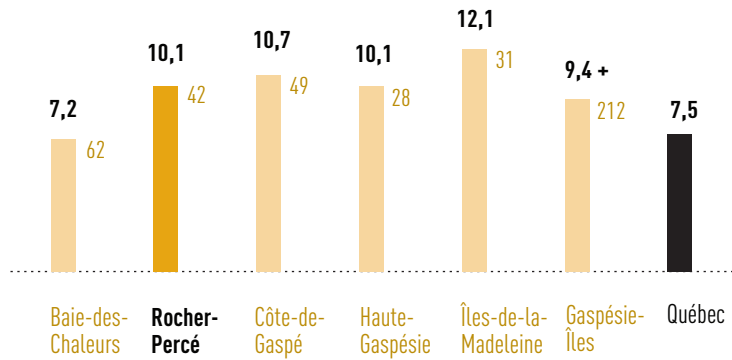
Comme c'est le cas pour la prématurité, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés de Rocher-Percé ne s'est jamais différenciée, au sens statistique, de celle du Québec depuis le début des années 80 et ceci est encore vrai en 2006-2008 (figures 58 et 59). Plus précisément en 2006-2008, 34 bébés de mères de Rocher-Percé sont nés avec un poids insuffisant, soit 8,2 % de l'ensemble des naissances vivantes (5,7 % au Québec) (figure 58).

Pour ce qui est de l'évolution de l'insuffisance pondérale, on note peu de variation de cet indicateur au Québec de 1982-1984 à 2006-2008, lequel se maintient généralement autour des 6,0 % (figure 59). Toutefois, comme le remarque judicieusement l'INSPQ, au cours des années 80, le pourcentage des bébés de faible poids à la naissance s'est, d'année en année, systématiquement maintenu au-dessus de 6,0 %, tandis que depuis 1999, il est toujours inférieur à ce pourcentage (INSPQ, 2010).

En dépit des plus faibles effectifs dans le Rocher-Percé, l'évolution de l'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés de ce RLS montre une certaine similitude avec celle du Québec, seule la période 2006-2008 faisant exception (figure 59). Ainsi, comme au Québec, on ne peut parler d'une baisse du pourcentage des bébés de petit poids dans le Rocher-Percé. Les données des prochaines années seront cependant intéressantes pour voir comment cet indicateur continuera d'évoluer.

Figure
57

Proportion (en %) des bébés prématurés, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006-2008

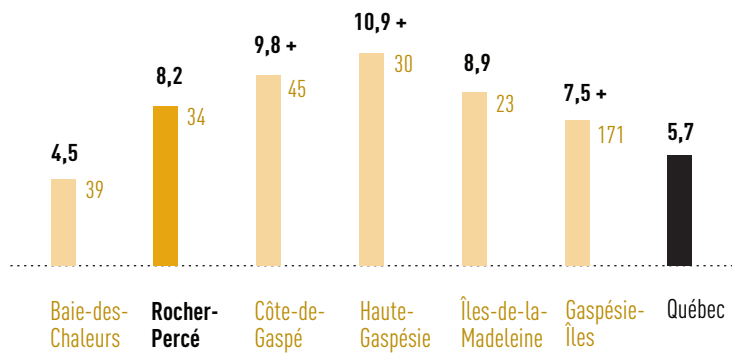


Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total de bébés nés prématurément au cours de la période 2006-2008.
+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celle du Québec au seuil de 0,05.

Figure
58

Proportion (en %) des bébés de faible poids à la naissance, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006-2008

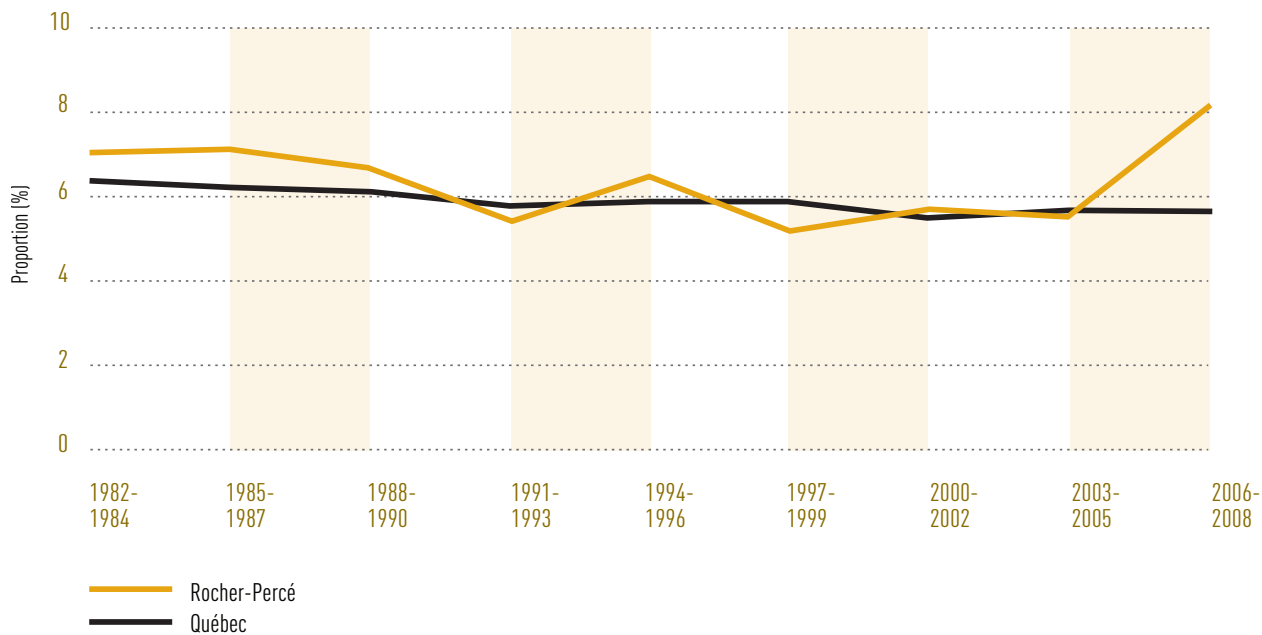


Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total de bébés nés avec un faible poids au cours de la période 2006-2008.
+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celle du Québec au seuil de 0,05.

Figure
59

Proportion (en %) des bébés de faible poids à la naissance, Rocher-Percé et Québec, 1982-1984 à 2006-2008



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Les problèmes de développement et d'adaptation sociale

23.

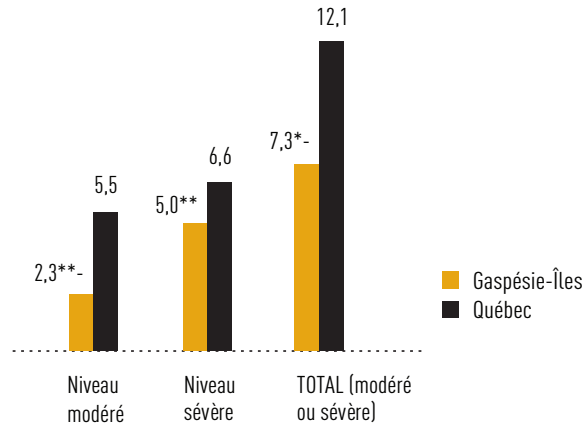
Les problèmes socioémotionnels chez les enfants

*Non présentés à l'échelle des RLS,
car données insuffisamment précises.*

Grâce à l'EQSP 2008, nous disposons pour la première fois de données populationnelles sur les problèmes socioémotionnels chez les enfants gaspésiens et madelinots. Plus précisément, ces données portent sur les enfants de 3 à 14 ans et ont trait à : 1) la proportion éprouvant des difficultés socioémotionnelles; 2) la proportion ayant un comportement prosocial limite ou anormal; 3) la proportion ayant reçu un diagnostic médical d'autisme, de dépression ou de trouble anxieux, de problème de comportement, de retard de développement ou de déficience physique, ou encore de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH). Précisons que les données ont été recueillies auprès des parents (incluant les beaux-parents et les parents adoptifs) ou des tuteurs des enfants qui vivent au moins la moitié du temps dans le foyer. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les données présentées ici reposent ainsi sur 296 enfants. Cette taille d'échantillon a été déterminée pour permettre des estimations relativement précises sans croisement à l'échelle régionale seulement (ISQ en collaboration avec INSPQ et MSSS, 2010), c'est pourquoi nous ne présentons aucune donnée par RLS.

Figure
60

Proportion (en %) des enfants de 3 à 14 ans ayant des difficultés socioémotionnelles selon le niveau, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Tableau
34

Proportion (en %) des enfants de 3 à 14 ans ayant un niveau modéré ou sévère de difficultés socioémotionnelles selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	7,0**	9,6
Hommes	7,6**	14,5
Groupe d'âge		
3-5 ans	X	12,9
6-8 ans	10,3**	11,7
9-11 ans	X	12,5
12-14 ans	11,8**	11,4
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	X	6,4**
Français	7,2**	12,7
Revenu du ménage		
Inférieur	12,8**	14,8
Moyen	7,5**	12,4
Supérieur	X	8,1*
TOTAL	7,3*-	12,1

Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Les difficultés socioémotionnelles

La proportion d'enfants ayant des difficultés socioémotionnelles est moindre dans la région qu'au Québec

Comme le montre en effet la figure 60, 7,3 % des enfants de 3 à 14 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine présentent des difficultés socioémotionnelles contre 12 % au Québec, c'est-à-dire des enfants qui, selon le parent, ont des difficultés dans l'une ou plusieurs des sphères suivantes : émotions, comportement, concentration et relation avec les pairs. Cela dit, bien qu'il faille être prudent en raison de la grande imprécision des données, il semble que cet écart en faveur de la région soit surtout attribuable au moindre pourcentage d'enfants gaspésiens et madelinots ayant un niveau modéré de difficultés.

La mesure des difficultés socioémotionnelles

L'indicateur sur les difficultés socioémotionnelles présenté dans cette fiche est mesuré à compter du *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), lequel établit le niveau de difficultés socioémotionnelles de l'enfant (faible, modéré ou sévère). Le SDQ est composé de vingt questions réparties en quatre échelles de cinq questions chacune. Les quatre échelles permettent de mesurer : 1) les difficultés émotionnelles; 2) les difficultés de comportement; 3) l'hyperactivité/l'inattention; 4) les troubles relationnels avec les pairs (ISQ et autres, 2010).

Au Québec, les garçons, les francophones et les moins nantis sont les plus touchés par ces difficultés

On peut lire au tableau 34 que ce sont en effet les garçons qui présentent la plus forte proportion avec des difficultés de cette nature (15 % contre 9,6 % chez les filles). De même, la prévalence des difficultés socioémotionnelles est supérieure chez les francophones (13 % contre 6,4 % chez les anglophones) et chez les moins nantis (15 % contre 8,1 % chez les mieux nantis). Toujours au Québec, la proportion d'enfants touchés par ces troubles ne varie pas de manière significative selon le groupe d'âge, celle-ci oscillant de 11 à 13 % selon le groupe d'âge. Les résultats régionaux ne sont présentés qu'à titre indicatif seulement.

Les comportements prosociaux limites ou anormaux

La proportion d'enfants ayant un niveau limite ou anormal de comportement prosocial dans la région ne se différencie pas de celle du Québec

En 2008, 2,6 %¹⁵ des enfants de 3 à 14 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont, de l'avis de leurs parents, un niveau limite ou même anormal de comportement prosocial, une proportion ne se distinguant pas de celle du Québec (5,0 %). Au Québec, les garçons sont plus nombreux que les filles à présenter des difficultés de cet ordre (6,3 % contre 3,7 %¹⁶). Par contre, les analyses ne mettent en évidence aucune différence entre les divers groupes d'âge ni entre les francophones et les anglophones, ni entre les diverses catégories de revenu.

Cela dit, ce qu'il faut retenir avant tout c'est que la très grande majorité des enfants se situe à un niveau tout à fait normal de comportement prosocial.

L'importance d'un comportement prosocial de qualité

Précisons d'abord que le comportement prosocial se définit comme « la capacité de l'enfant à démontrer de la sensibilité à l'égard des besoins des autres, de comprendre leur point de vue et de rechercher l'interaction sociale. » (Parrila et autres, 2002, tiré de l'ISQ et autres, 2010) En d'autres mots, il s'agit là d'une dimension des compétences sociales des enfants, lesquelles, rappelons-le, sont essentielles pour que ceux-ci vivent des expériences positives et de qualité dans la vie et plus spécifiquement à l'école (ISQ et autres, 2010).

La mesure des comportements prosociaux

La prévalence des enfants ayant un niveau limite ou anormal de comportement prosocial est aussi mesurée auprès des parents à l'aide du SDQ, plus précisément à compter de l'échelle de comportement social comportant cinq questions (ISQ et autres, 2010).

Les diagnostics médicaux à divers troubles

Dans le cadre de l'EQSP 2008, on a aussi demandé aux parents d'enfants de 3 à 14 ans si un médecin ou un professionnel de la santé leur avait déjà dit que leur enfant présentait un des troubles suivants : TDA/TDAH, dépression ou trouble anxieux, problèmes de comportement, autisme et retard de développement ou déficience physique. Voici les résultats à cet égard.

Environ 11 % des enfants de la région ont déjà reçu un diagnostic de TDA/TDAH

Comme le montre la figure 61, cette proportion ne se différencie pas de celle du Québec. Par ailleurs, au Québec, les garçons sont plus nombreux que les filles, en proportion, à avoir déjà reçu un diagnostic de TDA/TDAH (13 % contre 4,6 %). Cette même tendance est observée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (16 %¹⁷ chez les garçons contre 5,8 %¹⁸ chez les filles). De plus, la prévalence de ces troubles, minime avant l'entrée à l'école (1,4 %¹⁹ chez les 3-5 ans), passe à 7,0 % chez les jeunes québécois de 6 à 8 ans pour atteindre 12 % et 13 % respectivement chez les 9-11 ans et les 12-14 ans. Toutefois, la prévalence provinciale des TDA/TDAH ne varie pas de manière significative selon la langue parlée à la maison ni le revenu du ménage.

Par ailleurs, environ 73 % des enfants de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ayant un diagnostic de TDA/TDAH et 57 % de ceux du Québec prennent un médicament pour ces troubles en 2008. Rapporté à l'ensemble des enfants de 3 à 14 ans, ceci signifie que 8,3 %²⁰ des enfants de la région prennent un médicament pour un TDA/TDAH. La proportion correspondante pour le Québec est de 5,0 %, laquelle ne se différencie pas significativement de celle de la région.

15 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

16 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

17 Idem.

18 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

19 Idem.

20 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

La proportion d'enfants ayant déjà reçu un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux est plus élevée dans la région qu'au Québec

Comme on peut en effet le voir à la figure 61, un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux a déjà été posé pour 6,7 % des enfants de 3 à 14 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, une prévalence supérieure à celle du Québec (2,4 %).

Cela dit, contrairement aux autres indicateurs vus jusqu'ici dans cette fiche, la prévalence de ces troubles est identique chez les garçons et les filles du Québec. De même, en faisant abstraction des tout-petits de 3 à 5 ans chez qui la prévalence est marginale (0,5 %²¹), ces troubles ne sont pas plus, ni moins diagnostiqués dans un groupe d'âge particulier entre 6 et 14 ans. Le revenu du ménage ne semble pas non plus influencer la prévalence de la dépression et des troubles anxieux chez les enfants québécois. Toutefois, les jeunes francophones au Québec sont plus nombreux, en proportion, que les jeunes anglophones à avoir déjà reçu ce type de diagnostic (2,5 % contre 0,2 %²²)

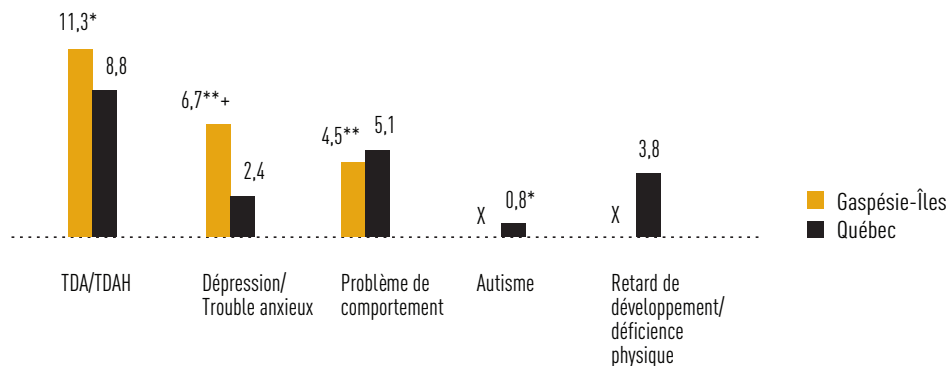
Pas plus de diagnostics de problème de comportement chez les enfants de la région que chez ceux du Québec

Toujours selon les parents, la proportion des enfants de 3 à 14 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ayant déjà reçu un diagnostic de problème de comportement n'est pas différente de celle du Québec (figure 61). Précisons qu'au Québec, la proportion des problèmes de comportement est plus élevée chez les garçons que chez les filles (7,0 % contre 3,2 %²³) et augmente progressivement avec l'âge : de 1,6 %²⁴ chez les enfants de 3 à 5 ans, elle passe à 4,2 %²⁵ à 6-8 ans pour atteindre 8,2 %²⁶ chez les 12-14 ans.

Pour ce qui est finalement des diagnostics d'autisme et de retard de développement ou de déficience physique, l'EQSP les estime à 0,8 % et 3,8 % respectivement chez les enfants de 3 à 14 ans au Québec. Les données régionales ne peuvent être présentées pour des raisons de confidentialité.

Figure 61

Proportion (en %) des enfants de 3 à 14 ans ayant reçu un diagnostic médical selon divers troubles, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

21 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

22 Idem.

23 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

24 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

25 CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

26 Idem.

Le décrochage scolaire

24.

Les données présentées dans cette fiche ont trait aux élèves qui ont quitté temporairement ou définitivement l'enseignement secondaire sans diplôme ni qualification parmi l'ensemble des sortants. Il s'agit d'une estimation du taux de décrochage annuel. À titre d'information, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) a changé, au cours des dernières années, la façon de mesurer cet indicateur, de sorte que les données présentées ici ne peuvent être comparées à celles des années antérieures à 2007-2008. Selon le MELS ces anciennes données surestimaient pour certaines commissions scolaires (CS) le taux de décrochage annuel.

En 2008-2009, parmi les sortants du secondaire de la CS René-Lévesque, 12 % n'ont pas de diplôme ni qualification

Ce taux de décrochage des élèves de la CS René-Lévesque est inférieur à celui obtenu par l'ensemble des élèves du réseau public québécois (21 %) et du Québec (18 %). Ce constat en faveur de la CS René-Lévesque est vrai à la fois chez les filles et chez les garçons (tableau 35).

On notera par ailleurs qu'au Québec, comme dans toutes les CS francophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le taux de sorties sans diplôme ni qualification des garçons est supérieur à celui des filles en 2008-2009.

Signification de l'indicateur

Les sortants sans diplôme ni qualification sont des élèves qui n'ont pas obtenus, en 2008-2009, de DES, de diplôme d'études professionnelles ou d'attestation de spécialisation professionnelle ni de qualification comme un certificat de formation en entreprise de récupération ou une attestation de formation professionnelle, et qui n'étaient pas réinscrits, nulle part au Québec, en 2009-2010, en formation générale (jeunes ou adultes), en formation professionnelle ou au collégial (MELS, 2010). Ainsi, cela ne veut pas dire que ce sont des jeunes qui ont définitivement quitté l'école. Cet indicateur est en fait un taux de décrochage scolaire annuel.

**Tableau
35**

Taux (en %) de sorties sans diplôme ni qualification parmi les sortants en formation générale des jeunes selon le sexe (ou taux de décrochage annuel), CS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine¹ et Québec, 2008-2009

	CS René-Lévesque	CS des Chic-Chocs	CS des Îles	CS Eastern Shores ²	Réseau public du Québec (72 CS)	Établissements privés Québec	Ensemble du Québec
Filles	9,5	10,1	7,0	32,8	16,5	6,0	14,3
Garçons	15,2	23,3	14,6	31,5	26,1	7,3	22,6
TOTAL	12,3	16,7	9,8	32,2	21,3	6,6	18,4

Source : Statistique Canada, Recensement 2006.

1. Les données 2008-2009 ne sont pas connues pour l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

2. Les données de la CS Eastern Shores ne sont pas propres à la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, mais à tous les territoires couverts par cette CS.

25.

Les grossesses précoces

Nous abordons dans cette fiche trois indicateurs en lien avec les grossesses chez les jeunes femmes de moins de 20 ans, à savoir : 1) le taux de grossesse précoce, c'est-à-dire les jeunes femmes devenant enceintes peu importe l'issue de la grossesse (à terme ou interrompu); 2) le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG); 3) le taux de jeunes femmes donnant effectivement naissance, appelé couramment le taux de fécondité. Nous parlerons cependant de taux de maternité, car le taux de fécondité peut facilement être confondu avec le taux de grossesse.

165 ont interrompu volontairement leur grossesse, soit 45 %. Chez les jeunes québécoises, la grossesse s'est soldée par un IVG dans 67 % des cas. À titre indicatif, mentionnons que le recours aux IVG est moins fréquent en général dans la région qu'au Québec peu importe l'âge des femmes.

La maternité à l'adolescence

Taux de maternité chez les jeunes filles de 15 à 19 ans de Rocher-Percé supérieur à celui du Québec

Au cours des cinq années 2004-2008, 47 jeunes filles de 15 à 19 ans du territoire de Rocher-Percé ont donné naissance pour un taux de maternité de 20,6 pour 1 000, un taux supérieur à celui du Québec (figure 62). Cette situation n'est pas nouvelle dans le Rocher-Percé, le taux de maternité à l'adolescence s'étant maintenu dans les 25 dernières années à un niveau supérieur sinon égal à celui du Québec (figure 63).

De plus, cette situation n'est pas propre au territoire de Rocher-Percé; elle est aussi observée dans la Baie-des-Chaleurs et La Haute-Gaspésie ainsi que, de façon générale, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. En effet, malgré un taux de grossesse précoce moindre en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec, l'attitude différente, si on veut, des jeunes filles de la région eu égard à la grossesse fait en sorte qu'à terme, le taux de jeunes filles devenant mères dans la région est supérieur à celui du Québec en 2004-2008 comme ce fut le cas en général depuis le début des années 80.

Les grossesses précoces

Non disponible à l'échelle des RLS

Taux de grossesse précoce plus bas en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec

Depuis les quelque 25 dernières années, le taux régional de grossesse chez les jeunes filles de 14 à 19 ans a toujours été inférieur à celui du Québec et c'est encore le cas en 2003-2007. Au cours de ces cinq années, 369 jeunes gaspésiennes et madeliniennes sont devenues enceintes pour un taux de grossesse de 21,0 pour 1 000 contre 28,3 au Québec.

Les interruptions volontaires de grossesse

Non disponible à l'échelle des RLS

Les jeunes femmes de la région qui deviennent enceintes ont traditionnellement eu tendance à davantage poursuivre leur grossesse que les jeunes québécoises dans la même situation, un constat encore observé en 2003-2007. Autrement dit, les jeunes de la région ont moins souvent recours aux IVG que les Québécoises. En effet, le taux d'IVG en 2003-2007 est de 9,4 pour 1 000 jeunes femmes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine contre 19,0 chez les jeunes québécoises. Plus concrètement, sur les 369 jeunes filles enceintes entre 2003 et 2007 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine,

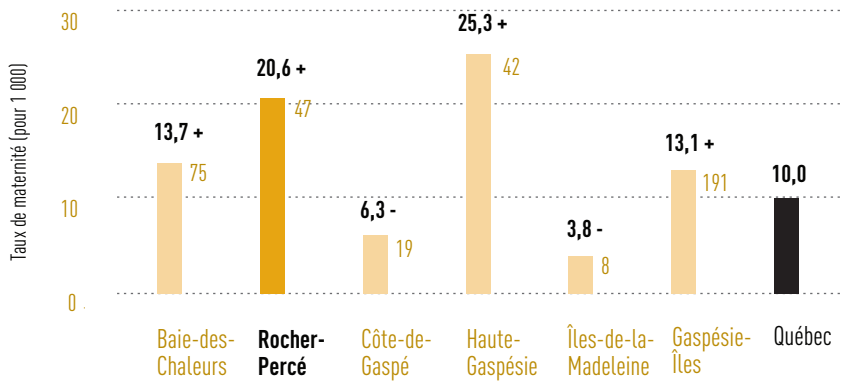
Baisse du taux de jeunes filles devenant mères au Québec

Depuis le milieu des années 90 environ, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec connaissent une diminution du taux de maternité chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans (figure 63 pour le Québec). Fait intéressant, cette baisse semble surtout attribuable à la diminution du nombre de jeunes femmes devenant enceintes plutôt qu'à un plus grand recours aux IVG, et ce, dans la région comme au Québec.

Dans le territoire de Rocher-Percé, le taux de maternité chez les 15-19 ans a connu de grandes variations comme le montre la figure 63 sans présenter de tendance globale à la hausse ou à la baisse sur l'ensemble de la période.

Figure 62

Taux de maternité (pour 1 000) chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2004-2008



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

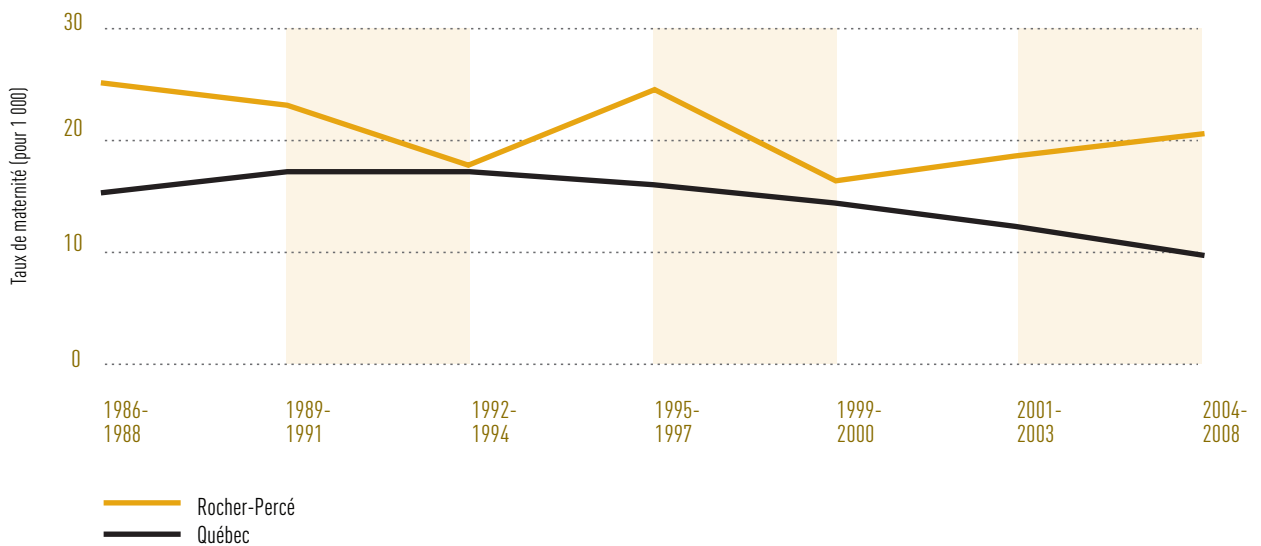
Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total de naissances vivantes au cours de la période de cinq ans.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Taux de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 63

Taux de maternité (pour 1 000) chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, Rocher-Percé et Québec, 1986-1988 à 2004-2008



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

La maltraitance à l'endroit des enfants

26.

Les données présentées dans cette fiche ont trait aux enfants qui ont reçu des mesures de protection de la part des centres jeunesse en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse parce que leur sécurité ou leur développement étaient compromis en raison de maltraitance, c'est-à-dire de négligence, d'abandon, d'abus physique ou d'abus sexuel. En juillet 2007, quatre nouveaux motifs de signalement ont été introduits dans la loi, des motifs qui auparavant étaient généralement inclus dans le motif de signalement pour négligence. Ces motifs sont le risque d'abus physique, le risque d'abus sexuel, le risque de négligence et les mauvais traitements psychologiques. Aux fins de comparaison à travers les années, nous continuons d'inclure les prises en charge pour ces quatre motifs dans la négligence. Précisons finalement que les données présentées n'incluent pas celles relatives aux Autochtones vivant dans les réserves, mais incluent celles des Autochtones vivant hors réserve, alors que les données provinciales incluent les clientèles autochtones.

En 2009-2010, le taux de prise en charge pour maltraitance dans le Rocher-Percé est supérieur à celui du Québec

En 2009-2010, 97 jeunes de 17 ans et moins de Rocher-Percé ont été pris en charge par les services sociaux en raison de la maltraitance dont ils étaient victimes. Ce nombre correspond à un taux de 35,9 pour 1 000, le double de celui du Québec (figure 64). D'ailleurs, depuis 2004-2005, le taux de prise en charge dans ce territoire local s'est maintenu à un niveau supérieur à celui du Québec (tableau 36).

De plus en plus d'enfants pris en charge pour maltraitance dans le Rocher-Percé

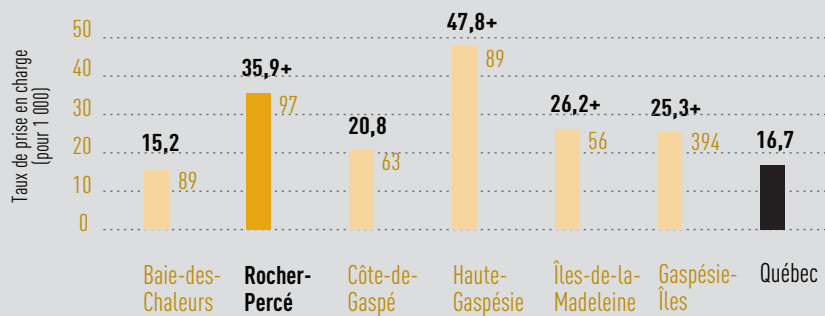
Dans les dix dernières années, le taux de prise en charge a en effet connu une progression comme c'est le cas dans tous les territoires locaux de la région (tableau 36). Au Québec, le taux de prise en charge pour maltraitance ne s'est que légèrement accru dans les dernières années.

La négligence : principal motif de prises en charge des enfants

Au Québec comme partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine dont à Rocher-Percé, la négligence est le principal motif de prises en charge. Au cours des trois années 2007-2008 à 2009-2010, 78 % des enfants de Rocher-Percé pris en charge par le centre jeunesse le sont en raison de la négligence dont ils sont victimes. L'abus sexuel constitue le second motif en importance avec 12,8 % des situations, suivi de l'abus physique avec 7,6 % et de l'abandon avec 2,1 %.

Figure
64

Taux d'enfants de 17 ans et moins (pour 1 000) pris en charge pour cause de maltraitance, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2009-2010



Sources : Compilation spéciale faite par le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles; Association des centres jeunesse du Québec, *Bilan des directeurs de protection de la jeunesse/ Directeurs provinciaux 2010*.

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total de prises en charge durant l'année.
+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Mise en garde

Les données sur la maltraitance ont trait aux enfants pris en charge par les services sociaux. Or, si ces données traduisent en partie la réalité de la maltraitance infligée aux enfants, elles reflètent aussi notamment la sensibilité et la tolérance de la population (parents, voisins, amis, professeurs et autres intervenants) qui signale aux autorités ces gestes de violence, ainsi que la capacité de notre système à prendre en charge la situation de ces enfants. C'est pourquoi il faut user de prudence quand on compare des territoires entre eux ou quand on examine l'évolution du phénomène dans le temps sur la base de ces données.

Tableau 36

Taux d'enfants de 17 ans et moins (pour 1 000) pris en charge pour cause de maltraitance, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2001-2002 à 2009-2010

Années	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
2001-2002	11,1	13,5	11,9	20,9	12,1	12,5	n.d.
2002-2003	11,6	15,3	13,0	24,4	15,9	14,7	n.d.
2003-2004	10,9-	18,8	12,3	28,2+	17,1	15,5	15,4
2004-2005	11,8	22,8+	12,1	32,3+	16,4	16,9+	14,6
2005-2006	10,9	24,3+	15,2	33,6+	14,2	17,2	16,2
2006-2007	12,8-	28,3+	16,5	42,1+	17,4	20,3+	16,2
2007-2008	14,7	33,3+	18,1	42,2+	18,8	22,4+	16,3
2008-2009	12,1-	35,2+	22,1+	41,6+	23,7+	23,1+	16,4
2009-2010	15,2	35,9+	20,8	47,8+	26,2+	25,3+	16,7

Sources : Compilation spéciale faite par le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles; Association des centres jeunesse du Québec, Bilans des directeurs de protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2004 à 2010.

Note : Les données du Québec ne sont pas connues en 2001-2002 et 2002-2003.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Taux de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

27.

Les troubles de comportement et la délinquance juvénile

Les données de cette fiche ont d'abord trait aux jeunes de 0 à 17 ans ayant reçu des mesures de protection de la part des centres jeunesse en raison d'un trouble de comportement, et ce, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ensuite, nous présentons les données sur les jeunes de 12 à 17 ans qui ont fait l'objet d'une intervention de la part des services sociaux en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), anciennement la Loi sur les jeunes contrevenants. Rappelons que les jeunes contrevenants au sens de la LSJPA sont des jeunes qui ont contrevenu au Code criminel ou à d'autres lois fédérales à caractère pénal (Association des centres jeunesse du Québec, 2010). Puis, précisons que les données relatives à la région, tant celles sur les troubles de comportement que celles sur la délinquance, excluent les jeunes autochtones vivant dans une réserve, mais incluent ceux vivant hors réserve, alors que les données provinciales incluent les clientèles autochtones.

Les troubles de comportement

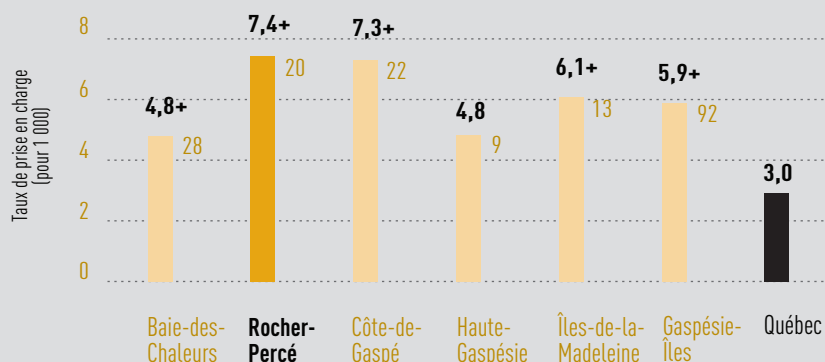
Taux de prise en charge pour troubles de comportement dans le Rocher-Percé supérieur à celui du Québec

Comme ce fut le cas dans les dernières années, le taux de prise en charge pour troubles de comportement enregistré dans le Rocher-Percé en 2009-2010 est plus élevé que celui du Québec. Plus précisément, 20 jeunes de 17 ans et moins ont reçu une intervention de la part des services sociaux en 2009-2010 en raison d'un trouble de comportement pour un taux de prise en charge de 7,4 pour 1 000 (3,0 au Québec) (figure 65).

Cette prévalence supérieure de prise en charge pour ces problèmes est observée dans tous les RLS, sauf dans La Haute-Gaspésie (figure 65). Comme nous le voyons plus loin, cette situation dans La Haute-Gaspésie s'explique peut-être, en partie, par le fait que des enfants avec des troubles de comportement ne sont pas classés sous cet article de loi, mais plutôt sous l'article de négligence.

Figure
65

Taux d'enfants de 17 ans et moins (pour 1 000) pris en charge pour troubles de comportement, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2009-2010



Sources : Compilation spéciale faite par le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles; Association des centres jeunesse du Québec, *Bilan des directeurs de protection de la jeunesse/ Directeurs provinciaux 2010*

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre de prises en charge au cours de l'année.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec en seuil de 0,05.

Baisse du taux de prise en charge pour troubles de comportement

Depuis quelques années, on assiste à une baisse générale du taux de prise en charge pour troubles de comportement, et ce, dans le Rocher-Percé comme dans l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec (tableau 37).

À ce sujet toutefois, la directrice de la protection de la jeunesse Gaspésie/Les Îles nous met en garde contre une erreur possible de classification entre la négligence et les troubles de comportement. En effet, des enfants aux prises avec des troubles de comportement seraient classés à tort sous l'article de négligence en-

traînant ainsi une baisse des prises en charge pour troubles de comportement et par ailleurs une hausse de celles pour maltraitance. Nous ne pouvons vérifier l'ampleur de ce biais, mais en additionnant tous les enfants pris en charge, peu importe le motif (maltraitance ou troubles de comportement), on constate que le taux global de prise en charge a progressé de près de 50 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine entre 2001-2002 et 2009-2010 (tableau 38). Outre la Baie-des-Chaleurs qui n'a pas connu de variations importantes de son taux durant la période, la hausse s'est faite dans tous les RLS et de façon particulièrement importante dans La Haute-Gaspésie, le Rocher-Percé et aux Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 37

Taux d'enfants de 17 ans et moins (pour 1 000) pris en charge pour troubles de comportement, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2001-2002 à 2009-2010

Années	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
2001-2002	9,8	9,4	9,2	7,1	4,5	8,6	n.d.
2002-2003	8,9	10,1	9,4	8,7	4,7	8,6	n.d.
2003-2004	9,3+	11,8+	8,2+	12,3+	4,0	9,1+	5,0
2004-2005	10,6+	11,9+	5,8	13,1+	5,3	9,5+	4,4
2005-2006	8,5+	11,0+	5,8	13,1+	5,0	8,5+	4,4
2006-2007	6,9+	8,9+	5,2	12,2+	4,1	7,1+	4,0
2007-2008	5,5+	8,4+	5,4	8,1+	4,3	6,1+	3,7
2008-2009	4,3	5,4+	6,8+	5,3	4,0	5,1+	3,2
2009-2010	4,8+	7,4+	7,3+	4,8	6,1+	5,9+	3,0

Sources : Compilation spéciale faite par le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles; Association des centres jeunesse du Québec, Bilans des directeurs de protection de la jeunesse/ Directeurs provinciaux 2004 à 2010.

Note : Les données du Québec ne sont pas connues en 2001-2002 et 2002-2003.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Tableau 38

Taux d'enfants de 17 ans et moins (pour 1 000) pris en charge pour maltraitance ou troubles de comportement, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2001-2002 à 2009-2010

Années	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
2001-2002	20,9	22,9	21,1	28,0	16,6	21,1	n.d.
2002-2003	20,5	25,4	22,4	33,1	20,6	23,3	n.d.
2003-2004	20,2	30,6	20,5	40,5	21,1	24,6	20,4
2004-2005	22,4	34,7	17,9	45,4	21,7	26,3	19,0
2005-2006	19,4	35,3	21,0	46,7	19,2	25,7	20,6
2006-2007	19,7	37,2	21,7	54,3	21,5	27,5	20,2
2007-2008	20,2	41,7	23,5	50,3	23,1	28,5	20,0
2008-2009	16,4	40,6	28,9	46,9	27,7	28,2	19,6
2009-2010	20,0	43,3+	28,1+	52,6+	32,3+	31,2+	19,7

Sources : Compilation spéciale faite par le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles, Association des centres jeunesse du Québec, Bilans des directeurs de protection de la jeunesse/ Directeurs provinciaux 2004 à 2010.

Note : Dans ce tableau, des tests statistiques pour comparer les RLS et la région avec le Québec n'ont été faits que pour l'année 2009-2010.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

La délinquance juvénile

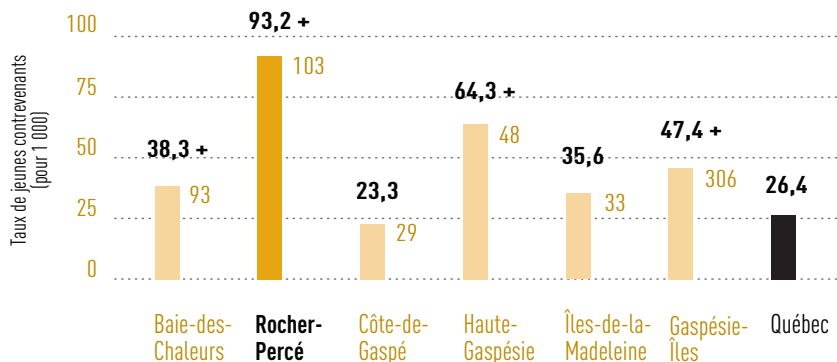
Au cours des dernières années, le nombre de jeunes de 12 à 17 ans dans le Rocher-Percé ayant fait l'objet d'une intervention des services sociaux en vertu de la LSJPA a connu une hausse notable et aucun RLS de la région n'y a échappé, sauf celui de La Côte-de-Gaspé où le taux est demeuré assez stable. Dans le Rocher-Percé plus précisément, alors qu'entre 44 et 52 adolescents, garçons et filles confondus, ont reçu, annuellement, une intervention de cette nature au cours des années 2003-2004 à 2007-2008, ce nombre a grimpé à 113 jeunes dès 2008-2009 et se situe à 103 en 2009-2010. Ce dernier nombre obtenu en 2009-2010 correspond à un taux de 93,2 pour 1 000 jeunes, lequel est nettement supérieur à celui du Québec (figure 66).

Les troubles de comportement versus la délinquance juvénile

Les troubles de comportement incluent les fugues, l'intimidation, la violence envers les autres et traduisent en quelque sorte les difficultés relationnelles qu'entretiennent les jeunes avec leur entourage (MSSS, 2005). Lorsque les troubles de comportement contreviennent au Code criminel ou à d'autres lois comme c'est le cas du vandalisme, des vols et des voies de fait, on parle alors de délinquance juvénile.

Figure
66

Taux de jeunes de 12 à 17 ans (pour 1 000) ayant fait l'objet d'une intervention en vertu de la LSJPA, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2009-2010



Sources : Compilation spéciale faite par le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles; Association des centres jeunesse du Québec, *Bilan des directeurs de protection de la jeunesse/ Directeurs provinciaux 2010*.

Notes : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre de jeunes de 12 à 17 ans ayant fait l'objet d'une intervention en 2009-2010.

Les données provinciales incluent non seulement les jeunes de 12 à 17 ans mais aussi de 18 ans et plus.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Depuis 1997, tendance générale à la hausse du taux d'infractions sexuelles dans la région

Comme le montre la figure 67, le taux d'infractions sexuelles a progressé de façon assez importante dans la région de 1997 à 2005 pour revenir, dans les années suivantes, au même niveau que celui enregistré en 2004, « soit juste avant qu'il n'augmente fortement à la suite de la médiatisation en 2005 de cas d'abus sexuels impliquant des personnes connues du grand public. » (MSP, 2009, p. 3)

De plus, bien que fluctuant davantage au fil des ans en raison de notre plus petite population, le taux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a suivi, de façon générale, le patron d'évolution du taux québécois. On note d'ailleurs à la figure 67 que le taux québécois en 2009 est du même ordre de grandeur que celui qui prévalait dans les années 2002 à 2004, c'est-à-dire avant le phénomène médiatique dont nous parlions plus tôt.

En 2009, taux d'infractions sexuelles plus élevé dans la région qu'au Québec

Depuis 1998, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a enregistré un taux d'infractions sexuelles tantôt semblable à celui du Québec, tantôt supérieur comme c'est le cas en 2009. Pour cette dernière année, 82 infractions ont été signalées aux autorités policières ce qui correspond à un taux de 87 pour 100 000 contre 68 au Québec. Cet écart entre la région et le Québec en 2009 est attribuable aux filles et aux garçons de moins de 18 ans, lesquels obtiennent des taux supérieurs à ceux

28.

Les agressions sexuelles

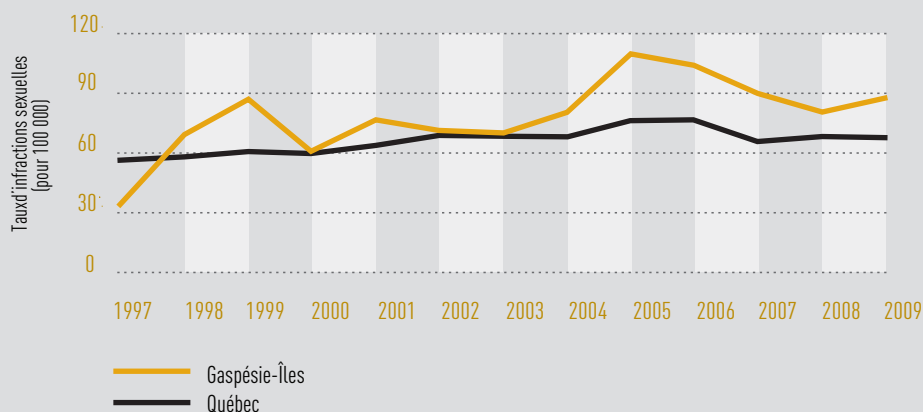
Non disponible à l'échelle des RLS

Les données présentées dans cette fiche sont issues des données publiées par le ministère de la Sécurité publique (MSP) et concernent les infractions sexuelles déclarées aux autorités policières. Les infractions sexuelles comprennent les agressions sexuelles de même que les contacts sexuels, l'incitation à des contacts sexuels, l'exploitation sexuelle, l'inceste, les relations sexuelles anales non consentantes ou entre personnes de 17 ans et moins, la bestialité et, depuis 2008, la corruption d'enfant, le leurre d'un enfant au moyen d'un ordinateur et le voyeurisme (MSP, 2009).

des jeunes québécoises et québécois (figure 68) comme c'est le cas depuis plusieurs années déjà. Quant aux taux chez les adultes, ceux obtenus par les femmes et les hommes de la région en tant que victimes ne se différencient pas de ceux des Québécoises et des Québécois (figure 68).

Figure
67

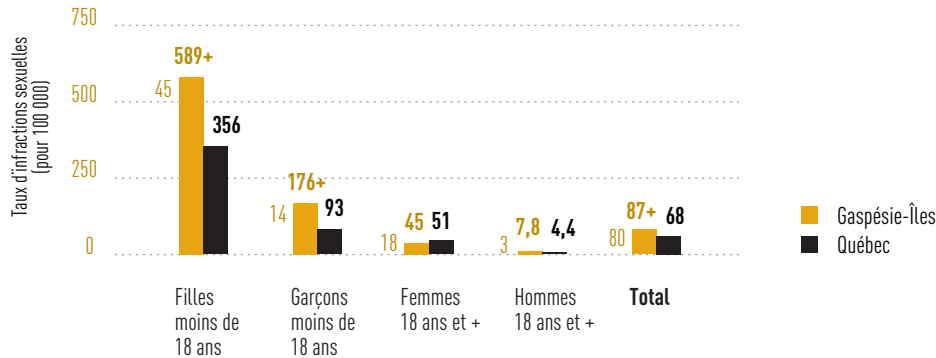
Taux (pour 100 000) d'infractions sexuelles, ensemble de la population, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1997 à 2009



Source : MSP, Rapports statistiques annuels sur les agressions sexuelles au Québec.

Figure
68

Taux (pour 100 000) d'infractions sexuelles selon le sexe et l'âge¹ des victimes, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2009



Source : MSP, Statistiques 2009 sur les agressions sexuelles au Québec.

Note : Les chiffres à gauche des bâtonnets indiquent le nombre d'infractions sexuelles commises dans ce groupe en 2009 dans la région.

1. L'âge n'est pas connu pour deux victimes.

+ Taux de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les jeunes filles, particulièrement vulnérables aux infractions sexuelles

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, les jeunes filles de 17 ans et moins sont de loin les plus touchées par les agressions sexuelles comme en témoignent les hauts taux d'infractions qu'elles enregistrent (figure 68). D'ailleurs, plus de la moitié de ces actes criminels, voire même les deux tiers selon les années, sont commis envers des jeunes filles. Les jeunes garçons constituent le deuxième groupe le plus à risque, et ce, dans la région et au Québec, suivis des femmes et plus loin derrière, des hommes.

Au Québec plus précisément, de tous les groupes d'âge y compris les adultes, les adolescentes de 12 à 14 ans semblent particulièrement vulnérables à ce genre de crimes : de 2001 à 2009, c'est dans ce groupe que le taux d'infractions est de loin le plus élevé chez les femmes, suivi de celui des 15-17 ans puis des 6-11 ans. Chez les hommes, c'est plutôt ce dernier groupe des 6-11 ans qui obtient généralement le taux le plus élevé, suivi de celui des 12-14 ans (résultats non illustrés).

Une victime sur cinq a subi des blessures physiques

En 2009, sur les 82 personnes de la région ayant déclaré une infraction sexuelle, 23 ont subi des blessures physiques, soit 28 %. Au Québec, le pourcentage correspondant est de 31 %. Nous ne connaissons pas le sexe ni l'âge de ces personnes, mais nous savons par ailleurs que les adultes sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles que les jeunes, surtout d'agressions sexuelles armées et graves, lesquelles sont plus susceptibles de générer des blessures physiques (MSP, 2009). Évidemment, cela ne tient pas compte des blessures ou des conséquences psychologiques sur la vie des victimes.

Le profil des auteurs présumés

« Selon les règles de déclaration du Programme DUC 2, les infractions sont considérées comme étant classées lorsque l'enquête policière permet d'amasser suffisamment de preuves et d'identifier au moins un auteur présumé impliqué dans une infraction. » (MSP, 2009, p. 37).

Au Québec, 46 % des infractions sexuelles enregistrées en 2009 étaient classées en fin d'année, de sorte que le profil des auteurs présumés ne porte que sur ces infractions. Dans la région, le pourcentage correspondant est de 48 % (39 sur 82).

Ces précisions faites, 37 des 39 auteurs présumés des infractions commises envers des personnes de la région en 2009 sont des hommes, plus des trois quarts étant des adultes. Au Québec, plus de 97 % des auteurs présumés en 2009 sont des hommes, une forte majorité des adultes et 20 % des jeunes de moins de 18 ans. Toutefois, les jeunes garçons sont autant susceptibles que les hommes de commettre ce genre de crime, le taux d'auteurs présumés ne se différenciant pas entre ces deux groupes au Québec. Mais, étant donné le poids démographique plus élevé des adultes, c'est eux qui commettent la plupart des infractions.

En 2009, le taux régional d'infractions en contexte conjugal est inférieur à celui du Québec

Dans les dernières années, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a enregistré, en général, un taux de crimes en contexte conjugal ne se différenciant pas de celui du Québec. Or, ceci n'est pas le cas en 2009, année durant laquelle 194 crimes commis en contexte conjugal ont été déclarés aux autorités policières dans la région. Ce nombre correspond à un taux de 228 sur 100 000 habitants, lequel est significativement inférieur à celui du Québec (265 sur 100 000). Cette même tendance, bien que non significative au sens statistique, est observée à la fois chez les femmes (374 contre 428 pour 100 000 chez les Québécoises) et chez les hommes (79 contre 97 pour 100 000 chez les Québécois).

Depuis 2002, le taux régional de crimes en contexte conjugal est légèrement à la baisse chez les femmes, tandis qu'aucune tendance ne se dégage chez celui des hommes

Au Québec comme dans la région, le taux de crimes en contexte conjugal a connu sa plus forte hausse de 1997 à 2002 (figure 69), soit dans les années qui ont suivi l'adoption par le gouvernement du Québec de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale en 1995. Selon le MSP :

« Une prise de conscience du caractère criminel de cette forme de violence ainsi que la mise en place d'interventions concertées pour lutter contre ce phénomène sont des facteurs qui ont contribué à cette hausse. »
(MSP, 2009, p. 16)

À compter de 2002, le taux d'infractions en contexte conjugal commises envers des Gaspésiennes et Madeliniennes a légèrement diminué d'année en année entre 2002 et 2009, seule l'année 2007 faisant exception en atteignant le même niveau que celui de 2002. Quant au taux d'infractions commises envers des Gaspésiens et Madelinots, il a connu des fluctuations durant cette période sans qu'aucune tendance à la hausse ou la baisse ne se dégage clairement (figure 69). Pour ce qui est du taux chez les Québécoises, il a connu quelques variations sans qu'aucune tendance à la hausse ou à la baisse ne se dégage jusqu'en 2009, tandis que le taux des Québécois a poursuivi une légère tendance à la hausse.

29.

La violence conjugale

Non disponible à l'échelle des RLS

Les données présentées sur la violence conjugale sont celles du MSP et concernent les crimes commis contre la personne en contexte conjugal déclarés à la police. À ce sujet, rappelons que seulement 36 % des victimes féminines de violence conjugale et 17 % des victimes masculines signalent l'incident à la police (Statistique Canada, 2004). Précisons aussi que depuis le 1^{er} mars 2008, les appels téléphoniques indécents ou harasants et l'intimidation sont classés dans les infractions contre la personne et non plus dans les autres catégories du Code criminel. Pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ce changement ajoute deux infractions commises en contexte conjugal en 2008 et cinq en 2009, de sorte que cela ne compromet pas la validité des comparaisons dans le temps.

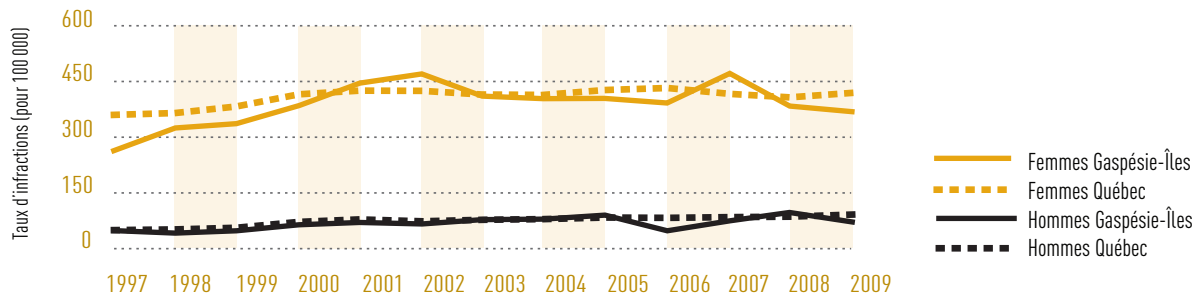
Définition

Selon la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale :

« La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extraconjugale ou amoureuse à tous les âges de la vie. » (Gouvernement du Québec, 1995, p. 23)

Figure
69

Taux d'infractions (pour 100 000) commises en contexte conjugal envers les 12 ans et plus selon le sexe des victimes, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1997 à 2009



Source : MSP, Rapports statistiques annuels sur les crimes commis en contexte conjugal au Québec.

La situation des adolescentes

Au Québec, dans les dix dernières années, c'est chez les jeunes filles de 12 à 17 ans que la hausse du taux d'infractions commises en contexte conjugal a été la plus forte. En 2009, cela représente 748 adolescentes québécoises, dont 11 de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Selon le MSP, plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à cette augmentation :

« Il est possible que des adolescentes fassent plus qu'avant la différence entre une relation amoureuse harmonieuse et égalitaire et une relation empreinte de violence, que les campagnes de sensibilisation contre la violence amoureuse les aient davantage touchées et qu'elles soient plus portées à chercher de l'aide ou à joindre la police lorsqu'elles subissent des actes violents. » (MSP, 2009, p. 24)

Toutefois, on ne peut exclure l'hypothèse suivante :

« L'hypersexualisation dans la publicité destinée aux jeunes et les stéréotypes sexuels qu'elle véhicule, tels qu'ils ont été dénoncés par le Conseil du statut de la femme en 2008, permet aussi d'envisager que de plus en plus de jeunes filles peuvent éprouver de la difficulté à établir des relations égalitaires et respectueuses avec leur ami intime et soient ainsi plus vulnérables, entre autres, face à l'abus sexuel ou aux relations sexuelles précoces. » (MSP, 2009, p. 25)

La majorité des actes commis sont des voies de fait

Dans la région et au Québec, les voies de fait constituent les infractions les plus souvent déclarées en 2009, et ce, chez les femmes comme chez les hommes. Par ailleurs, 24 % des femmes de la région ayant déclaré un acte de violence conjugale l'ont fait pour cause de harcèlement criminel, enlèvement ou séquestration, agression sexuelle et même pour tentative de meurtre alors que ce genre d'agressions n'a été déclaré que par 9 % des hommes (3 sur 33).

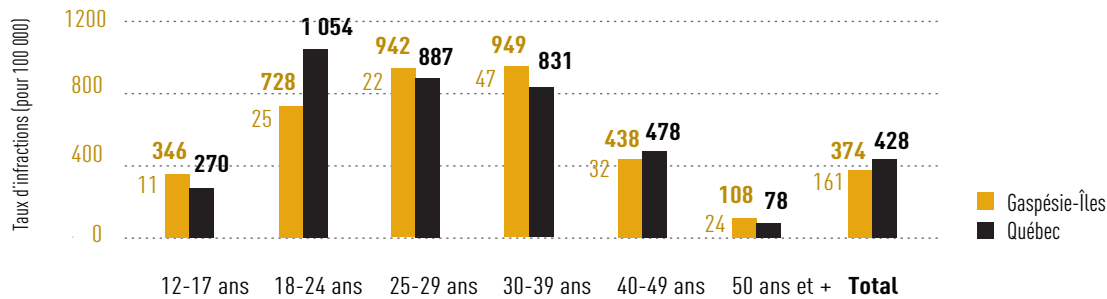
Les femmes, particulièrement celles de 25 à 39 ans, sont surreprésentées dans les statistiques régionales de déclaration

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, le taux de crimes en contexte conjugal déclarés aux autorités a toujours été plus élevé chez les femmes que chez les hommes et c'est encore le cas en 2009 (374 contre 79 pour 100 000 dans la région) (figure 69). En fait, bon an, mal an, les femmes représentent de 80 à 90 % des victimes de ces actes de violence dénoncés à la police. Une partie de cette différence entre les femmes et les hommes serait attribuable au fait que les femmes ont davantage tendance à déclarer ces actes de violence aux autorités que les hommes, et ce, pour les raisons suivantes :

« Les femmes signaleraient plus souvent à la police les actes de violence qu'elles subissent dans un contexte conjugal parce que ceux-ci seraient plus graves et répétitifs que ceux visant les hommes, qu'ils occasionneraient plus souvent des blessures nécessitant des soins médicaux et qu'ils entraîneraient plus souvent des séquelles psychologiques. » (Mihorean, 2007, tiré de MSP, 2009).

**Figure
70**

Taux d'infractions (pour 100 000) commises en contexte conjugal envers les FEMMES de 12 ans et plus selon l'âge des victimes, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2009



Source : MSP, Statistiques 2009 sur les crimes commis en contexte conjugal au Québec.
Notes : Les chiffres à gauche des bâtonnets indiquent le nombre de crimes commis dans le groupe d'âge correspondant en 2009 dans la région.
Dans cette figure, aucun des taux régionaux ne se différencient de ceux du Québec.
Le taux total est un taux brut.

Par ailleurs, chez les Gaspésiennes et Madeliniennes, deux groupes d'âge se distinguent franchement des autres en 2009 pour leur plus haut taux d'infractions, soit les 25-29 ans et les 30-39 ans (figure 70). Plus de 40 % des infractions ont été commises envers des femmes appartenant à ces groupes d'âge. Au Québec, comme le montre la figure 70, ce sont plutôt les 18-24 ans qui sont les plus à risque suivies des 25-29 ans et des 30-39 ans. Chez les hommes de la région, les groupes d'âge les plus touchés varient d'une année à l'autre en raison du nombre moins élevé de crimes commis envers ce groupe. Mais, à titre indicatif, en 2009, c'est chez les 40-49 ans que le taux de dénonciation est le plus élevé, suivis des 30-39 ans. Ces deux groupes d'âge totalisent les deux tiers des infractions commises envers les hommes de la région en 2009 (22 sur 33 crimes) (résultats non illustrés).

La majorité des auteurs présumés des actes de violence conjugale sont des hommes

Au Québec, en 2008, 85 % des auteurs présumés étaient des hommes, un pourcentage qui n'a pas beaucoup varié dans les dix dernières années. De plus, presque tous les crimes en contexte conjugal sont commis dans le cadre d'une relation hétérosexuelle, seulement 4 % l'ayant été dans une relation homosexuelle en 2008. Ce dernier pourcentage est toutefois plus élevé chez les hommes (14 %) que chez les femmes (1 %) (MSP, 2009). Ces données ne sont pas connues pour la région ni pour l'année 2009 au Québec.

Ajoutons qu'en général, dans la région et au Québec, les femmes sont plus souvent agressées par leur conjoint que les hommes, tandis que ceux-ci le sont plus fréquemment par leur ex-conjointe. Ceci est encore le cas en 2009.

Les victimes indirectes de la violence conjugale

Au Québec, en 2009, près de 10 % des actes de violence conjugale ont fait des victimes indirectes. Plus précisément, près du tiers de ces victimes étaient des enfants de 17 ans et moins et parmi eux, la majorité était les enfants de l'auteur présumé (MSP, 2010). Ces données ne sont pas connues pour la région.

Les problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale

30.

Nous présentons dans cette fiche la perception qu'ont les gens de leur santé mentale, l'indice de détresse psychologique et quelques données d'hospitalisation pour troubles mentaux. Rappelons que le soutien social et la satisfaction eu égard à sa vie sociale sont traités à la fiche 4. Mentionnons aussi que l'instrument utilisé pour mesurer la dépression dans l'ESCC 2007-2008 n'ayant jamais été validé, Statistique Canada déconseille d'utiliser les données sur ce thème en tant qu'indicateur de probabilité de dépression ou pour calculer la prévalence de cette affection dans la population (Statistique Canada, 2010). C'est pourquoi cet indicateur n'est pas abordé dans cette fiche.

La perception de sa santé mentale

Non disponible à l'échelle des RLS

La population gaspésienne et madelinienne se perçoit en aussi bonne santé mentale que celle du Québec

En 2007-2008, les trois quarts de la population régionale de 12 ans et plus perçoivent leur santé mentale très bonne ou excellente et à l'opposé, moins de 4 % la considère comme passable ou mauvaise, des pourcentages ne se différenciant pas de ceux du Québec (figure 71).

De façon générale au Québec, les femmes ne se distinguent pas de leurs homologues masculins quant à la proportion percevant leur santé mentale passable ou mauvaise (3,1 % contre 3,7 %).

Par ailleurs, bien qu'avec l'âge, le bilan ait tendance à devenir un peu plus négatif, il reste que la majorité des personnes, peu importe leur âge, a une perception très positive de sa santé mentale. De plus, les anglophones et les francophones au Québec ne se différencient pas les uns des autres à cet égard. Par contre, le revenu exerce une influence très nette : 5,8 % des moins nantis au Québec perçoivent leur santé mentale passable ou mauvaise contre 2,6 % chez les personnes à revenu moyen et 1,8 % chez celles à revenu supérieur (résultats non illustrés).

Les effectifs insuffisants dans la région ne permettent pas de faire ces analyses selon les diverses variables.

La détresse psychologique

Le Rocher-Percé obtient une proportion de personnes avec un niveau élevé de détresse plus élevée que celle du Québec

En 2008, 27 % de la population de 15 ans et plus dans le territoire de Rocher-Percé enregistre un indice élevé de détresse psychologique (résultat de 7 ou plus à l'échelle Kessler [voir l'encadré à la page 116]). Ce pourcentage est supérieur à celui du Québec (22 %) principalement en raison des hommes (tableau 39).

De plus, cet écart en défaveur de Rocher-Percé demeure vrai même en prenant le seuil de 13. En effet, comme le montre la figure 72, la proportion à avoir un

indice très élevé de détresse psychologique est plus élevée chez la population de Rocher-Percé que chez celle du Québec. En d'autres mots, on estime à 7,2 % la prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur chez la population de 15 ans et plus de Rocher-Percé contre 4,2 % au Québec. Et dans ce cas, non seulement le territoire de Rocher-Percé se distingue-t-il défavorablement du Québec, ceux de la Baie-des-Chaleurs et de La Haute-Gaspésie aussi. Les Îles-de-la-Madeleine obtiennent, pour leur part, une prévalence moindre que celle du Québec (figure 72).

Tableau
39

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique (K6 ≥ 7) selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	29,3	26,0
Hommes	25,3+	18,2
Groupe d'âge		
15-24 ans	29,4**	24,4
25-44 ans	25,9*	24,3
45-64 ans	30,9+	20,6
65 ans et plus	19,4*	18,8
TOTAL	27,4+	22,2

Source : ISQ, EQSP 2008.

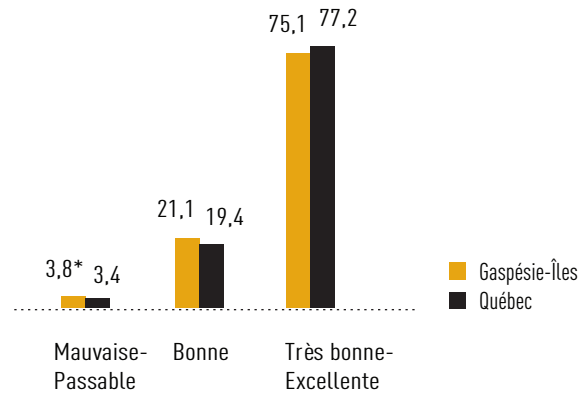
+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Figure
71

Répartition (en %) des 12 ans et plus selon la perception de leur santé mentale, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

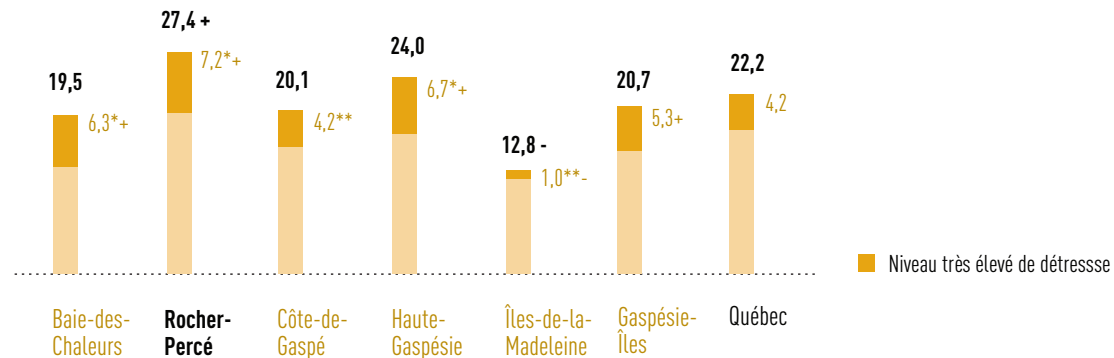


Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Figure
72

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant un niveau élevé et très élevé de détresse psychologique, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

L'indice de détresse psychologique

Dans l'EQSP 2008, la détresse psychologique est mesurée à compter de l'échelle de Kessler (K6) (Kessler et autres, 2002), une échelle de dépistage reconnue pour sa brièveté d'administration et son efficacité à détecter certains troubles mentaux, dont la dépression et l'anxiété. Les six questions composant l'échelle permettent d'établir à quelle fréquence, durant le dernier mois, la personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire, a eu l'impression que tout lui demandait un effort ou a eu l'impression d'être bonne à rien (Légaré et Camirand, 2010). Les résultats à cette échelle s'étendent de 0 (aucune détresse) à 24 (niveau de détresse le plus élevé). Aux fins des analyses des données provinciales, Légaré et Camirand (2010) ont retenu la méthode des quintiles pour déterminer le seuil à compter duquel le niveau de détresse psychologique est élevé. Avec cette méthode, un résultat de 7 ou plus à cette échelle correspond à la valeur du quintile supérieur de la distribution de l'échantillon provincial (plus précisément le 22 % supérieur), donc à un niveau de détresse élevé.

Pour les analyses régionales, nous avons aussi retenu ce seuil de 7 afin de rendre les comparaisons possibles entre les données publiées dans ce portrait de santé et celles d'autres publications québécoises. Cependant, si cette méthode des quintiles est utile pour rendre les comparaisons possibles, elle ne permet pas de détecter ou de dépister au sein d'une population les personnes effectivement les plus susceptibles de vivre un trouble mental. Or, Kessler et autres (2003) ont établi que la valeur 13 sur l'échelle constitue le seuil optimal de prédiction des troubles anxieux ou de l'humeur tels que diagnostiqués selon les critères du DSM IV par le Structured Clinical Interview. Nous avons donc également retenu ce seuil pour nos analyses, un résultat de 13 ou plus signifiant un niveau de détresse très élevé et une très forte probabilité de troubles anxieux ou de l'humeur.

Les femmes et les moins nantis, groupes où la prévalence de la détresse est la plus élevée

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se situer à un niveau élevé de détresse et même à un niveau très élevé. À titre indicatif, précisons que la prévalence supérieure de détresse psychologique élevée chez les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine par rapport aux hommes ressort dans tous les groupes d'âge jusqu'à 64 ans et de façon particulière chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Une tendance semblable est observée au niveau très élevé de détresse (résultats non illustrés). Dans le Rocher-Percé toutefois, nous ne détectons aucune différence significative entre les femmes et les hommes eu égard à la proportion se situant à un niveau élevé de détresse psychologique, à tout le moins au sens statistique (valeur $p = 0,41$) (tableau 39).

Pour ce qui est de l'âge, Légaré et Camirand (2010) rappellent les constats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* et de l'ESCC 2005 qui, avec l'indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ14) dans le premier cas et l'échelle de Kessler (K10 ≥ 9) dans le second, avaient mis en évidence les jeunes de 15 à 24 ans comme étant un groupe particulièrement vulnérable à la détresse psychologique. Or, les données obtenues en 2008 avec l'échelle de Kessler (K6) ne vont pas du tout dans ce sens. Au contraire, au Québec, c'est plutôt le groupe des 45-64 ans qui obtient la plus forte proportion de détresse très élevée avec 4,8 % (K6 ≥ 13), les jeunes ne se démarquant pas, pour leur part, des autres groupes d'âge. Bien que non significatifs, les résultats régionaux vont aussi dans ce sens. Et même en fixant le seuil à 7, aucun groupe d'âge ne se distingue des autres au sens statistique, pas même les jeunes, eu égard à la proportion se situant au niveau élevé de détresse psychologique, et ce, dans la région comme dans le Rocher-Percé (réf. : tableau 39). Au Québec toutefois, bien que les 15-24 ans ne soient pas le groupe qui obtient la plus forte proportion ayant un niveau élevé de détresse, ils partagent le premier rang avec les 25-44 ans; les aînés enregistrant pour leur part la plus faible proportion comme le montre le tableau 39 (K6 ≥ 7).

Finalement, les analyses régionales et provinciales font ressortir que les moins nantis présentent en général un niveau de détresse supérieur aux mieux nantis. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 29 % des moins nantis ont un niveau élevé de détresse psychologique contre 12 % chez les mieux nantis. Qui plus est, 8,8 %²⁷ des personnes évoluant dans des ménages à faible revenu présentent un niveau très élevé de détresse psychologique alors que cette proportion est de 3,4 %²⁸ chez les personnes appartenant à des ménages plus aisés (résultats non illustrés).

Les hospitalisations pour troubles mentaux

Les troubles mentaux et du comportement occupent le 9^e rang des hospitalisations

Au cours des deux années 2008-2009 et 2009-2010, 205 hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement ont été faites chez des personnes de Rocher-Percé faisant de ces troubles la 9^e cause d'hospitalisation. De ce nombre, 46 % concernent des femmes et 56 % des hommes. À titre indicatif, ceci signifie que 6,0 hospitalisations pour 1 000 personnes ont été faites en raison des troubles mentaux et du comportement durant les deux années étudiées (figure 73). Précisons qu'un écart dans les taux d'hospitalisation de deux territoires ne traduit pas nécessairement un écart de santé, mais peut aussi refléter une organisation et une utilisation différente des services.

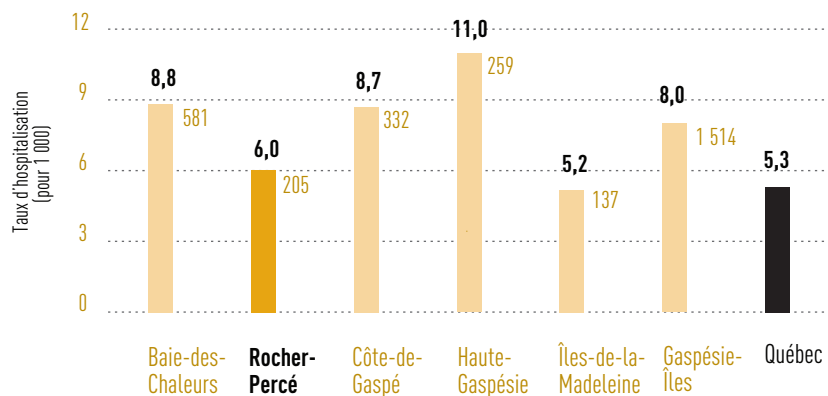
Finalement, les problèmes à l'origine de l'hospitalisation sont, pour la population de Rocher-Percé :

- La schizophrénie, les troubles schizotypiques et les troubles délirants (20 % des cas d'avril 2008 à mars 2010).
- Les troubles de l'humeur dont font partie les épisodes maniaques, les troubles affectifs bipolaires et les troubles dépressifs (17 % des cas).
- Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (17 % des cas).
- Les troubles névrotiques, les troubles liés à des facteurs de stress et les troubles somatoformes dont font partie les troubles anxieux, les troubles obsessionnels-compulsifs et les troubles de l'adaptation (17 % des cas).

Viennent ensuite les troubles mentaux organiques dont font partie les démences (16 %), les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (9,3 %).

Figure
73

Taux annuel moyen (pour 1 000) d'hospitalisation pour troubles mentaux et du comportement, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, avril 2008 à mars 2010



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO.

Notes : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total d'hospitalisations au cours des deux années. Aucun test statistique n'a été fait pour comparer les taux des RLS et de la région avec celui du Québec.

31.

Le suicide

Nous présentons dans cette fiche les données les plus récentes sur les décès par suicide ainsi que celles sur les idées et tentatives de suicide issues de l'EQSP 2008. De plus, compte tenu des inquiétudes soulevées dans les médias relativement aux décès par suicide chez les 50 ans et plus, une attention particulière est portée à ce groupe à l'intérieur de cette fiche.

Les décès par suicide

L'analyse de la mortalité par suicide à l'échelle locale est difficile, car elle est soumise à de grandes fluctuations d'une année à l'autre et même d'une période à l'autre. En effet, depuis le début des années 80, 15 décès par suicide sont survenus en moyenne sur des périodes de trois ans dans le Rocher-Percé, cette moyenne triennale variant de 9 à 22 selon la période. C'est pourquoi, dans cette section, nous présentons d'abord l'évolution des décès par suicide au Québec, puis en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ce n'est qu'après que nous illustrons comment ce problème de santé publique a évolué dans le Rocher-Percé depuis le début des années 80 et comment se situe ce territoire local par rapport au Québec au cours des années les plus récentes. De la même manière, l'analyse des caractéristiques des personnes décédées par suicide et des moyens utilisés repose principalement sur les données régionales, les effectifs à l'échelle locale étant trop instables pour tirer des conclusions fiables à cet égard. Cela dit, voici comment le suicide a évolué au Québec et dans l'ensemble de la région.

Contrairement au Québec, le taux de suicide en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine tarde à s'incliner

Au tournant des années 2000, le taux de suicide au Québec amorçait une baisse, laquelle se poursuit encore en 2006-2008 (figure 74) et même en 2009 selon les données provisoires. Concrètement, le nombre de suicides est passé de 1 620 en 1999 à 1 068 en 2009 au Québec. Bien qu'avec une amplitude différente, cette diminution est observée chez les hommes de tous les groupes d'âge ainsi que chez les femmes de 15 à 19 ans et de 35 à 49 ans. Les Québécoises des autres groupes d'âge n'ont, pour leur part, pas connu de variations significatives de leur taux ni à la baisse, ni à la hausse depuis la fin des années 90 (INSPQ, 2010).

Cette régression du taux de suicide ne s'est pas encore produite en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Toutefois, la hausse s'est interrompue de sorte que depuis 2000-2002 on parle plutôt d'une relative stabilisation du taux régional de suicide (pour une moyenne annuelle de 21 suicides, laquelle varie entre 11 et 31 selon les années). Cela dit, bien qu'il soit encore trop tôt pour parler de baisse du suicide dans la région, les données provisoires des années 2008, 2009 et 2010 sont encourageantes avec 16, 17 et 17 suicides respectivement.

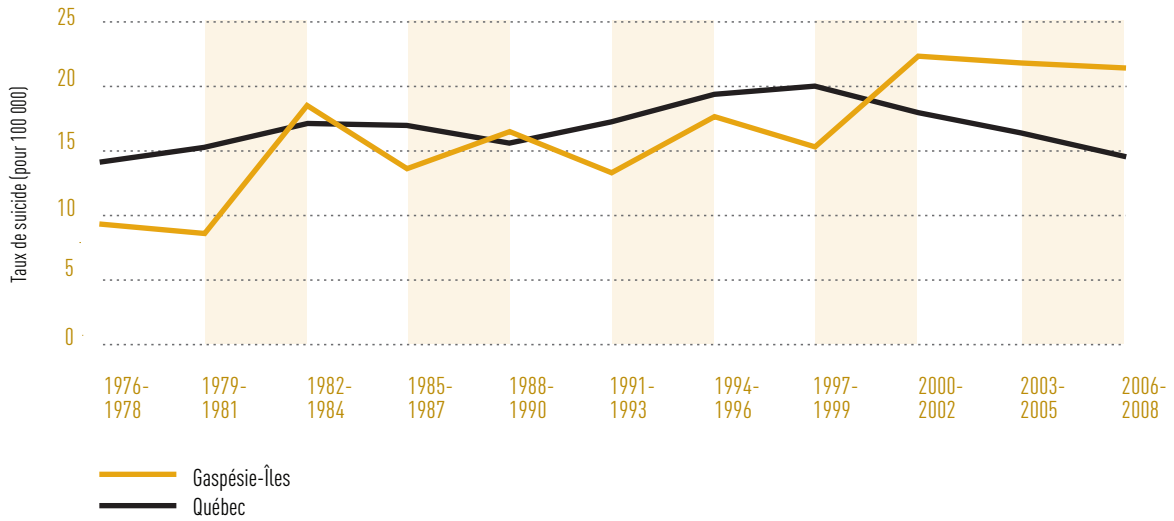
Ajoutons au passage que, du milieu des années 70 jusqu'à la fin des années 90, le taux régional de suicide s'est toujours maintenu à un niveau inférieur, sinon semblable à celui du Québec. Or, en 2000-2002, nous assistions à un renversement de cette situation et ceci s'est maintenu en 2003-2005 et 2006-2008 (figure 74).

La situation dans le Rocher-Percé

À l'échelle locale, les données sont, comme nous le disions, plus difficiles à interpréter en raison de leur variation importante comme en témoigne la courbe à la figure 75. Ce que nous pouvons dire cependant c'est qu'après avoir atteint un sommet en 2000-2002, avec un taux annuel moyen de 40,2 pour 100 000 correspondant à 22 suicides en trois ans, le taux de suicide dans le Rocher-Percé a connu deux baisses consécutives. Se faisant, il s'est rapproché du taux provincial tout en lui étant encore supérieur comme nous le voyons plus loin.

Figure 74

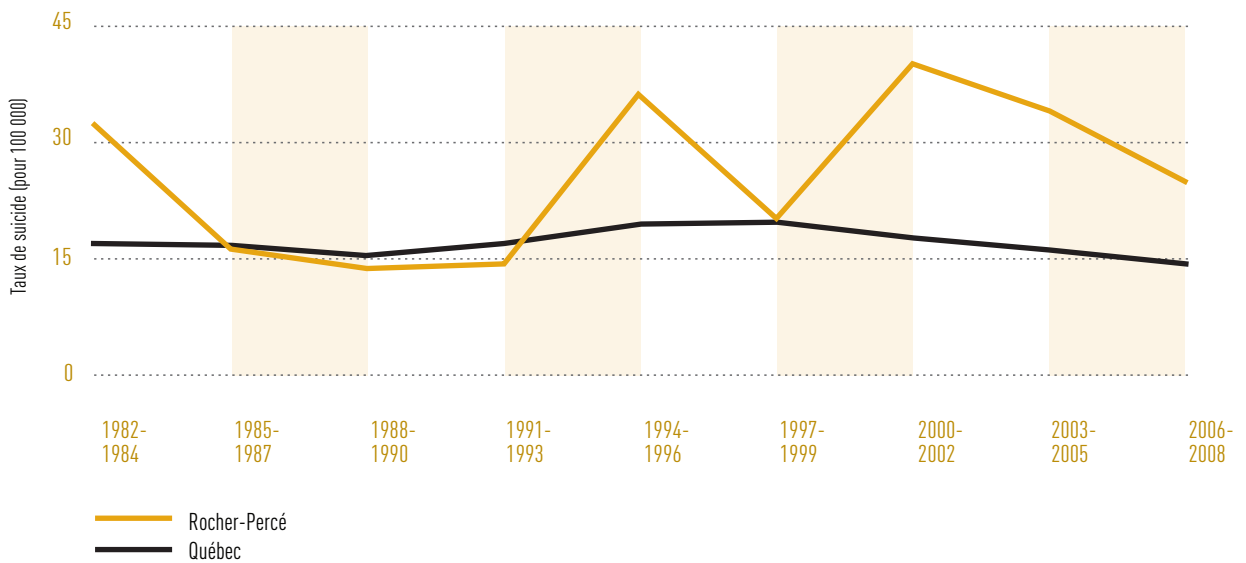
Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1976-1978 à 2006-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Figure 75

Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000), Rocher-Percé et Québec, 1982-1984 à 2006-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

En 2004-2008, le taux de suicide dans le Rocher-Percé est plus élevé que celui du Québec

Au cours des cinq années 2004-2008, 25 personnes de Rocher-Percé, 19 hommes et 6 femmes, ont intentionnellement mis fin à leur jour pour un taux annuel moyen de suicide de 28,8 pour 100 000. Ce taux obtenu au cours de la période la plus récente est supérieur à celui du Québec (figure 76) comme ce fut aussi le cas au cours des deux périodes quinquennales antérieures.

Le suicide : un phénomène plus marqué chez les hommes, particulièrement entre 20 et 34 ans

Encore en 2004-2008, les hommes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistrent un taux de suicide supérieur à celui des femmes. Exprimé autrement, 77 % des suicides dans la région ont été commis par des hommes. Le même constat se pose dans le Rocher-Percé puisque 76 % des suicides en 2004-2008 sont le fait des hommes.

De plus, comme c'est le cas depuis quelques années, les hommes de 20 à 34 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine semblent particulièrement à risque ou vulnérables à ce problème de santé publique en obtenant le plus haut taux de suicide de toute la population (résultat non illustré).

Doit-on s'inquiéter de la situation des 50 ans et plus?

Depuis quelques années, les médias soulèvent certaines inquiétudes relativement à l'augmentation du suicide chez les 50 ans et plus. Cette inquiétude est-elle fondée? Avec la hausse démographique de ce groupe, on s'attend à ce qu'un plus grand nombre d'aînés mettent fin à leurs jours. Pour voir ce qu'il en est, nous comparons à la figure 77 le taux de suicide des 50 ans et plus d'aujourd'hui avec celui des aînés de jadis pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec.

Au Québec d'abord, les 50 ans et plus ne se suicident pas plus en 2004-2008 qu'au cours des périodes antérieures, au contraire (figure 77). Cela reste vrai même quand on examine les 50-64 ans et les 65 ans et plus séparément (résultats non illustrés). Ainsi, l'impression voulant qu'il y ait une hausse de suicides chez les personnes de 50 ans et plus au Québec est simplement le reflet de la part de plus en plus grande que ce groupe occupe dans la population.

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la situation est différente, en ce sens que le taux de suicide chez les 50 ans et plus en 2004-2008 est supérieur à celui obtenu dans les périodes antérieures (sauf 1981-1983) (figure 77). Cette progression du taux de suicide chez les 50 ans et plus dans la région en 2004-2008 s'est produite à la fois chez les 50-64 ans et chez les 65 ans et plus. En nombre absolu, 50 personnes de 50 ans et plus dans la région se sont suicidées en 2004-2008 contre 34 en 1999-2003.

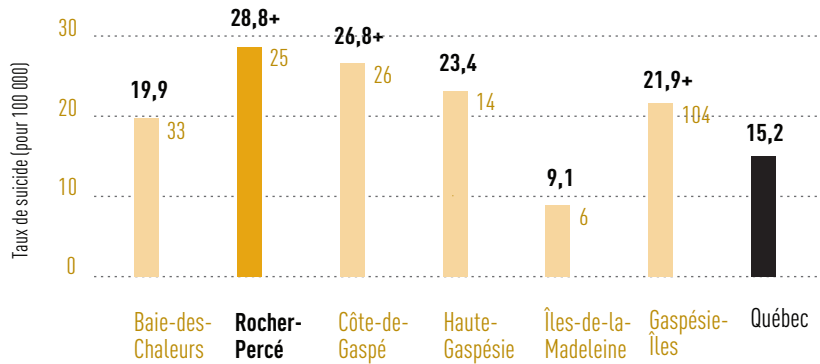
Cela dit, il faudra attendre les prochaines années pour voir comment continuera d'évoluer le taux de suicide dans ce groupe d'âge particulier. D'ici là, mentionnons que d'autres groupes d'âge dans la région ont vu leur taux de suicide augmenter en 2004-2008 et que le groupe des 50 ans et plus n'est pas celui où le risque de mettre fin à ses jours est le plus élevé.

Conclusion à tirer pour l'intervention

Si on veut, par nos interventions, cibler ou viser les groupes plus vulnérables ou à risque de mettre fin à leurs jours, on les identifiera en prenant ceux enregistrant les plus hauts taux de suicide, dans ce cas-ci les 20-34 ans dans la région. Ce faisant, il faut cependant savoir que, bien que ce groupe ait le plus haut taux de suicide, son poids démographique au sein de la population totale est tel qu'il faudra obtenir une diminution importante du taux de suicide dans ce groupe pour avoir une influence notable sur le taux global de la population. Ainsi, pour avoir une diminution plus substantielle du taux de suicide global dans la région, il faudra aussi agir là où il y a plus d'occurrences du suicide, dans ce cas chez les 50 ans et plus (en retenant que ce groupe n'est cependant pas le plus à risque).

Figure 76

Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000), RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2004-2008

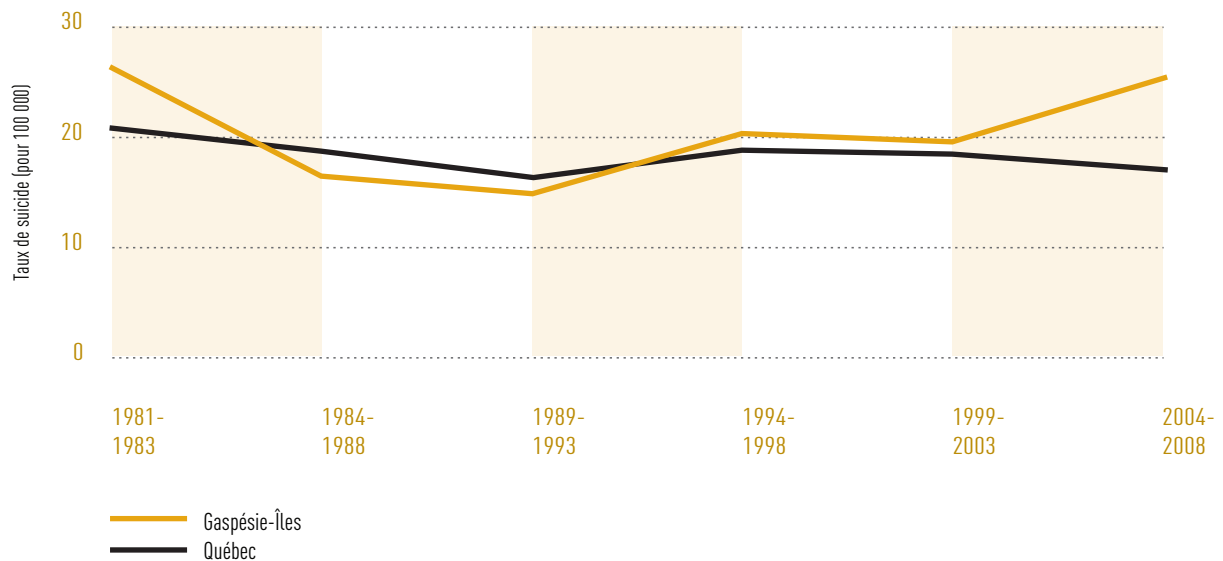


Source : MSSS, Fichier des décès.

Note : Les nombres à droite des bâtonnets correspondent au nombre total de décès par suicide survenus durant la période de cinq ans.
+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 77

Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000) chez les 50 ans et plus, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1981-1983 à 2004-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

L'arme à feu : de moins en moins utilisée pour mettre fin à ses jours

Comme le montre la figure 78 et à l'image de la situation provinciale, le taux de suicide par arme à feu a eu tendance à diminuer en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine au cours des dernières décennies en passant de 8,7 à 5,5 pour 100 000 de 1981-1983 à 2004-2008. Cette baisse du recours à l'arme à feu n'a cependant pas suffi, rappelons-le, pour infléchir le taux global de suicide dans la région. En fait, il semble qu'on ait assisté à une substitution des moyens pour se suicider, le taux de suicide par pendaison et celui attribuable aux autres moyens dont les empoisonnements et la noyade ayant plutôt connu une hausse durant ces années (figure 78).

Cela dit, on constate, par ailleurs, qu'alors que l'arme à feu était le moyen le plus souvent utilisé pour mettre fin à ses jours jusqu'au début des années 90, c'est maintenant la pendaison qui représente le principal moyen, et ce, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 78) et au Québec. À titre indicatif, dans la région, 39 % des suicides en 2004-2008 sont commis par pendaison et 25 %, par arme à feu. Ce dernier constat est aussi vrai dans le Rocher-Percé où 40 % des suicides commis en 2004-2008 l'ont été par pendaison et 16 %, par arme à feu.

Malgré la baisse du recours à l'arme à feu, la région continue d'enregistrer un taux de suicide par arme à feu supérieur à celui du Québec

En effet, depuis le début des années 80, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a toujours obtenu des taux de suicide par arme à feu plus élevés que ceux du Québec et ceci est encore vrai en 2004-2008 (5,5 pour 100 000 contre 2,0 au Québec).

Les pensées suicidaires sérieuses

En 2008, près de 5 % de la population de Rocher-Percé a sérieusement pensé à se suicider

Parmi les personnes de 15 ans et plus dans le Rocher-Percé interrogées dans le cadre de l'EQSP 2008, 4,8 % ont déclaré avoir eu des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois sans toutefois faire une tentative de suicide. Cette proportion obtenue en 2008 est supérieure d'un point de vue statistique à celle du Québec (2,3 %) (figure 79).

Les idées suicidaires : plus fréquentes avant 65 ans, chez les personnes sans emploi, les moins nantis, les personnes seules et celles vivant dans une famille monoparentale

Les résultats présentés dans ce qui suit sont ceux du Québec, mais comme le montre le tableau 40, des tendances similaires se dégagent pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, malgré la plus grande imprécision des estimations. Les données à l'échelle locale doivent, pour leur part, demeurer confidentielles.

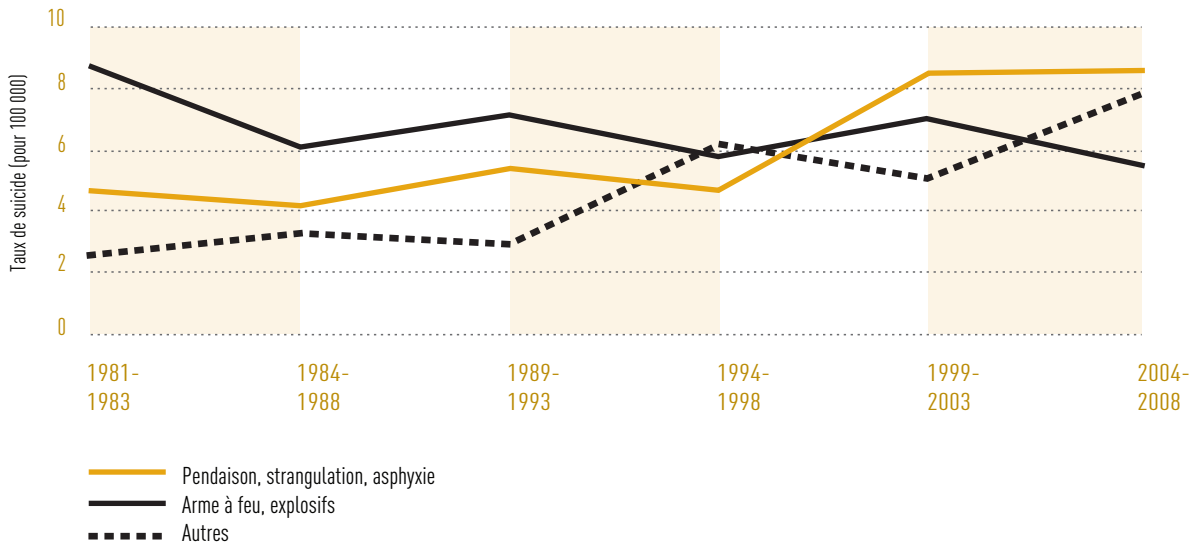
Cela dit, au Québec, les idéations suicidaires ne sont pas liées à la langue d'usage ni au sexe (tableau 40). D'ailleurs, même dans les analyses multivariées où l'on tient compte à la fois du sexe, de l'âge et du revenu des personnes, la prévalence des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois ne varie pas de manière significative entre les hommes et les femmes (Kairouz et autres, 2007, tiré de Camirand et Légaré, 2010).

Toujours au Québec, c'est avant 65 ans que les proportions de gens à avoir sérieusement pensé à s'enlever la vie en 2008 sont les plus élevées comparativement aux aînés où la proportion est la plus faible (1,3 %). De plus, les personnes sans emploi présentent la proportion la plus élevée (4,7 %) alors qu'à l'opposé, les retraités enregistrent la plus basse (1,5 %), ce dernier résultat reflétant la situation des 65 ans et plus. Ajoutons à cela que ce sont les personnes vivant dans les ménages les plus pauvres qui sont les plus nombreuses à avoir eu des idées suicidaires sérieuses en 2008 (tableau 40).

Mentionnons finalement que les personnes seules et celles vivant dans une famille monoparentale semblent plus vulnérables eu égard aux idéations suicidaires (4,0 % et 4,4 % respectivement) que les personnes appartenant à d'autres types de ménage (tableau 40), les hommes seuls l'étant particulièrement avec 5,4 % contre 3,1 % des femmes dans la même situation.

Figure 78

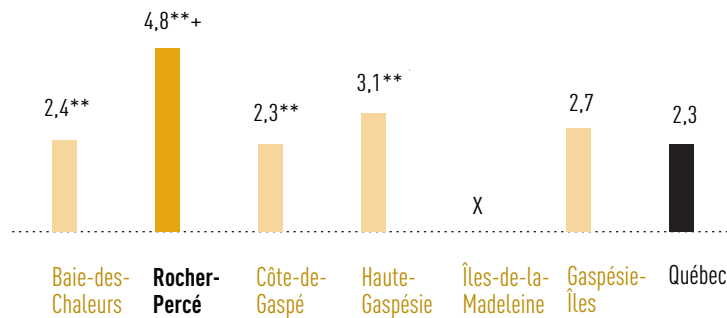
Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000) selon le moyen utilisé, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1981-1983 à 2004-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Figure 79

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant eu des idées suicidaires sérieuses sans toutefois avoir fait une tentative¹, au cours d'une période de 12 mois, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

¹ La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la période 12 mois.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

**Tableau
40**

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant eu des idées suicidaires sérieuses sans toutefois avoir fait une tentative¹, au cours d'une période de 12 mois, selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	2,9	2,2
Hommes	2,4	2,5
Groupe d'âge		
15-24 ans	5,0**	2,9*
25-44 ans	2,3**	2,5
45-64 ans	2,8*	2,4
65 ans et plus	1,5**	1,3*
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	X	3,0*
Français	2,7*	2,3
Occupation principale		
Travailleurs-ses	2,3*	2,1
Étudiants	X	3,1*
Sans emploi	5,0**	4,7
Retraités	1,6**	1,5
Revenu du ménage		
Inférieur	3,5*	3,7
Moyen-supérieur	2,2*	2,0
Composition du ménage		
Personne seule	3,7*	4,0
Couple sans enfant	1,5**	1,6
Couple avec enfants	2,6**	1,7
Famille monoparentale	3,8**	4,4
Autre	4,9**	4,2**
TOTAL	2,7	2,3

Source : ISQ, EQSP 2008.

¹ La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la période de 12 mois.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Les tentatives de suicide

Dans le Rocher-Percé, près de 5 % des gens ont déjà tenté à leurs jours

En effet, 4,8 % des 15 ans et plus dans le Rocher-Percé ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, une proportion ne se différenciant pas, dans ce cas-ci, de celle du Québec (figure 80).

Les femmes attentent davantage à leur vie que les hommes

Au Québec, il se dégage que :

« ... la population des personnes vulnérables est la même pour les tentatives de suicide et pour les idées suicidaires sérieuses, à une exception près. En effet, un lien est décelé entre le sexe et les tentatives de suicide sur douze mois, contrairement à ce qui a été observé pour les idées suicidaires. Toutes proportions gardées, les femmes ont davantage attenté à leurs jours que les hommes, que ce soit au cours de leur vie (5,3 % c. 3,5 %) ou sur une période de douze mois (0,7 % c. 0,2 %). »
(Camirand et Légaré, 2010, p. 78)

Bien que non significatifs, les résultats pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vont aussi dans ce sens, à tout le moins pour les tentatives à vie : 5,1 % chez les femmes contre 3,4 %²⁹ chez les hommes. Les pourcentages correspondants dans le Rocher-Percé sont respectivement de 4,0 %³⁰ et 5,6 %³¹ et la différence entre ceux-ci n'est pas significative statistiquement.

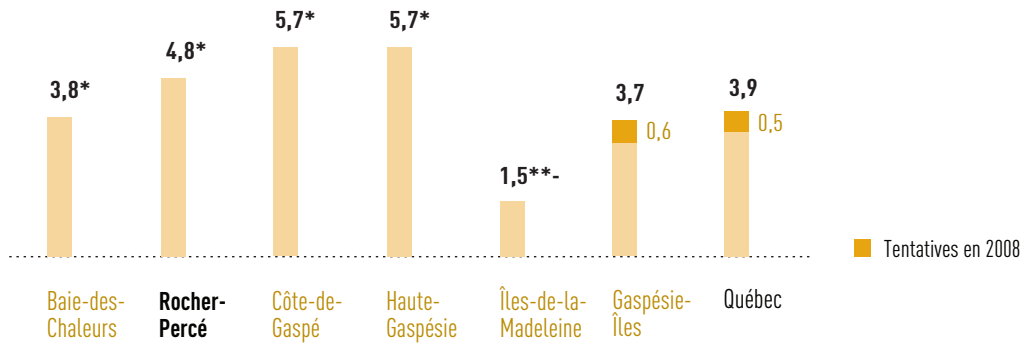
²⁹ CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

³⁰ CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

³¹ Idem.

Figure
80

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, et au cours d'une période de 12 mois, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée présentée à titre indicatif seulement.

Les maladies chroniques

32.

Le portrait global des maladies chroniques

Avant de présenter les données relatives à chacune des maladies chroniques, nous brossons à l'intérieur de cette fiche un portrait global des trois maladies chroniques générant le plus de décès à savoir les cancers, les MCV et les maladies respiratoires.

Trois grandes causes sont responsables de sept décès sur dix

En 2006-2008, les trois principales causes de mortalité partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec sont dans l'ordre les cancers, les MCV et les maladies respiratoires. À elles seules, ces maladies sont responsables de 74 % des décès survenus dans le Rocher-Percé en 2006-2008 (figure 81).

Les cancers : première cause de décès

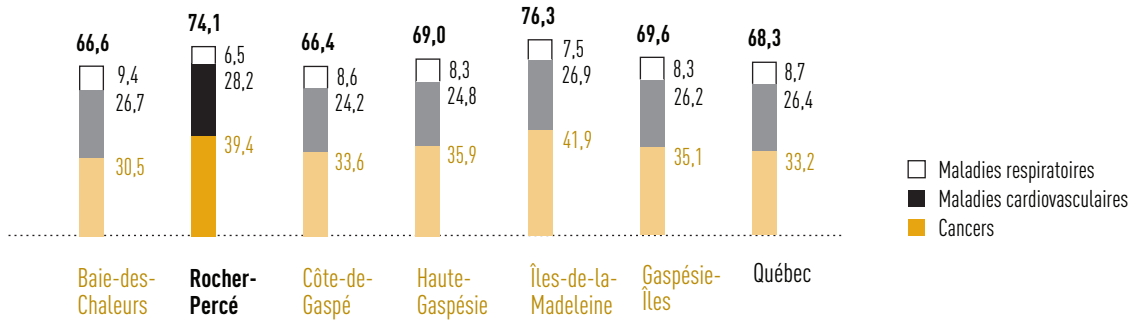
On s'en souviendra, au tournant des années 2000, les cancers ont surpassé les MCV pour s'établir au premier rang des décès à Rocher-Percé de même que dans l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (Dubé et Parent, 2007). Comme partout ailleurs, ce phénomène de substitution est attribuable au fait qu'il y a de moins en moins de gens dans le Rocher-Percé qui décèdent de MCV, tandis que le nombre de personnes qui meurent de cancers a constamment augmenté dans les quelque 25 dernières années.

L'accroissement des décès par cancers s'explique en grande partie par le vieillissement de la population

Comme nous le disions, le nombre de décès par cancers augmente d'année en année depuis le début des années 80, ceci est un fait que nous illustrons aux figures 82 par les taux bruts en jaune. Toutefois, cette progression est presque uniquement le reflet du vieillissement de la population, car si ce n'était de ce phénomène démographique, les cancers feraient à peu près le même nombre de décès aujourd'hui qu'au début des années 80, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes de Rocher-Percé comme en témoignent les taux ajustés en noir (figures 82).

Figure 81

Contribution (en %) des cancers, des MCV et des maladies respiratoires à l'ensemble des décès, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006-2008

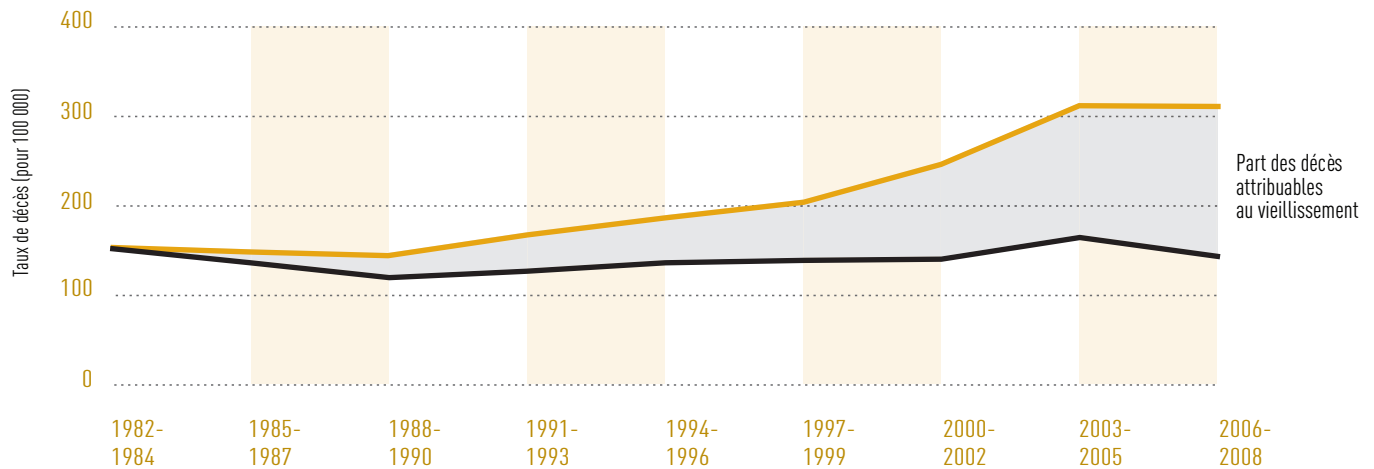


Source : MSSS, Fichier des décès.

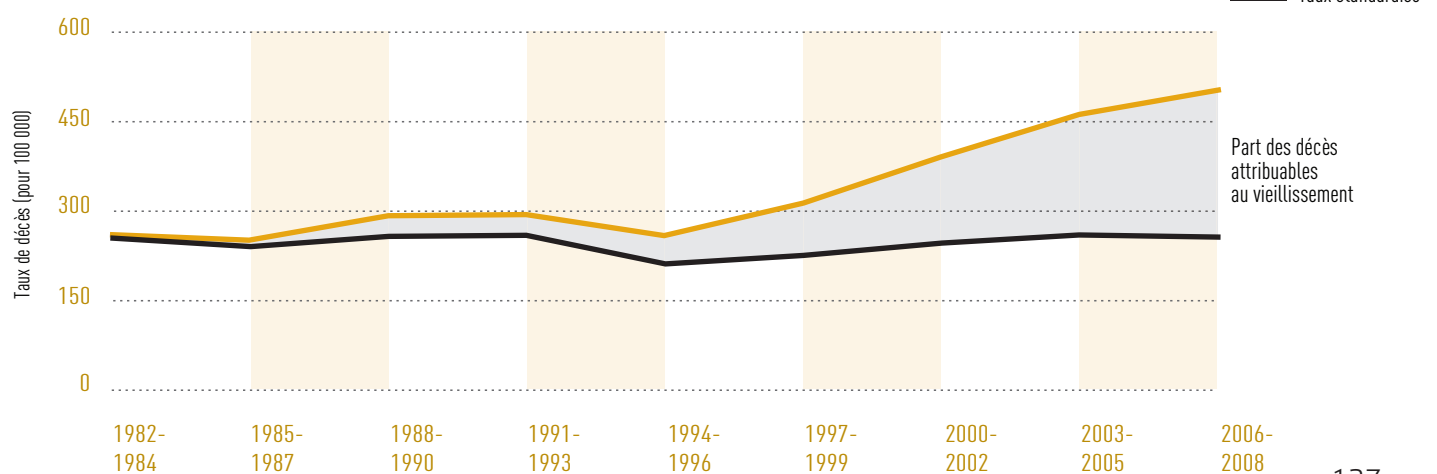
Figures 82

Taux brut et ajusté (pour 100 000) de décès par cancers toutes causes selon le sexe, Rocher-Percé, 1982-1984 à 2006-2008

FEMMES



HOMMES



Source : MSSS, Fichier des décès.

Les cancers

33.

Nous présentons dans cette fiche les données les plus récentes sur l'incidence du cancer et la mortalité associée tout en examinant de quelle manière ces deux indicateurs ont évolué dans les dernières décennies.

Les variations des taux d'incidence et de décès : ce qu'elles nous apprennent

Rappelons d'abord que l'incidence correspond au nombre de nouveaux cas diagnostiqués au cours d'une période donnée. Ainsi, les **variations de l'incidence** peuvent indiquer des changements dans la prévalence des facteurs de risque ou de protection au sein de la population, ou encore des changements dans les pratiques diagnostiques et de dépistage. Les **variations des taux de mortalité** peuvent, pour leur part, être à la fois le reflet des variations de l'incidence et de la survie au cancer et permettent d'apprécier les progrès de la lutte contre le cancer (Société canadienne du cancer, 2010).

Première cause de décès

Depuis quelques années, les cancers ont dépassé les maladies circulatoires et sont devenus la première cause de mortalité dans le Rocher-Percé comme partout dans la région et au Québec. Ainsi, chaque année, en moyenne, 70 personnes de Rocher-Percé décèdent des suites d'un cancer (2006-2008) et plus de 130 apprennent qu'elles en sont atteintes (2004-2006). À ce chapitre, les hommes sont surreprésentés dans les statistiques d'incidence (56 % des nouveaux cas sont des hommes) et de mortalité (62 %).

Hausse de l'incidence du cancer chez les femmes de Rocher-Percé sans progression de la mortalité associée

Chez les femmes de Rocher-Percé, on note une tendance générale à la hausse de l'incidence du cancer au cours des quelque vingt dernières années, laquelle est davantage prononcée depuis le début des années 2000. Cette progression de l'incidence du cancer ne s'accompagne cependant pas d'une hausse de la mortalité associée à ces maladies, les variations dans la courbe ne présentant aucune tendance ni à la hausse, ni à la baisse (figures 83).

Les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine de même que les Québécoises ont aussi connu une légère progression de leur taux ajusté d'incidence du cancer depuis 1995-1997. Au Québec, cette situation s'expliquerait principalement par la hausse du cancer du poumon (attribuable sans doute aux effets du tabagisme chez les femmes dans les années 70) et les efforts de détection précoce du cancer du sein (Daigle et Beaupré, 2008). Toutefois, la mortalité féminine par cancers progresse depuis le début des années 90 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine alors que le taux des Québécoises est plutôt stable. Mais si ce n'était de la hausse des décès par cancers du poumon, la mortalité globale par cancers serait à la baisse chez les Québécoises et plutôt stable chez les Gaspésiennes et Madelinienues, car la mortalité notamment pour les deux autres principaux sièges de cancers (sein et colorectal) est en régression ou, à tout le moins, assez stable.

**Aucune tendance à la hausse ou à la baisse
de l'incidence du cancer et de la mortalité associée
chez les hommes de Rocher-Percé**

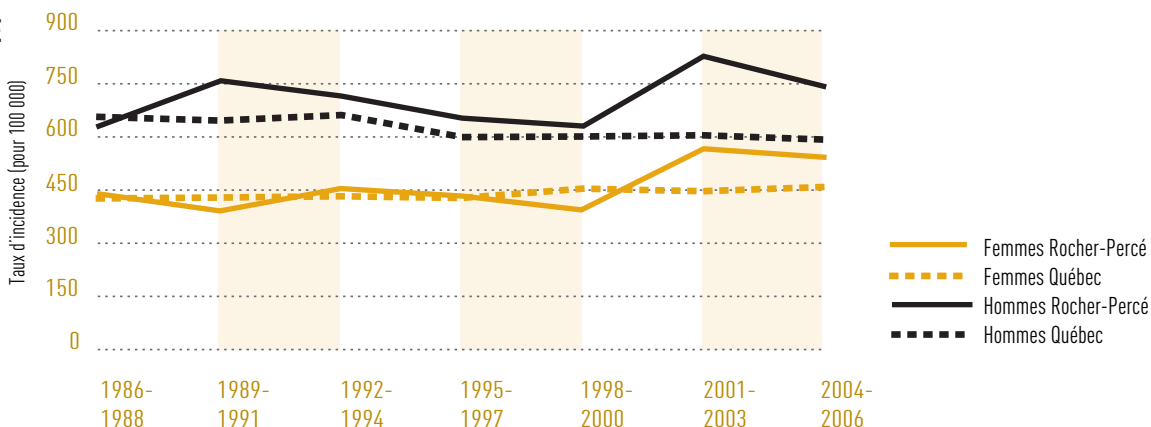
Chez les hommes de Rocher-Percé, l'incidence du cancer a connu de bonnes variations depuis le milieu des années 80 sans qu'aucune tendance claire ne se dégage ni à la baisse, ni à la hausse comme c'est aussi le cas chez les Gaspésiens et les Madelinots ainsi que chez les Québécois. On notera toutefois que les taux

d'incidence obtenus au cours des dernières périodes au Québec sont, en général, plus faibles que ceux qui prévalaient du milieu des années 80 au milieu des années 90. Mais depuis 1997, l'INSPQ parle d'une stagnation de l'incidence du cancer chez les Québécois. Quant à la mortalité, alors qu'elle est en régression en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, elle ne présente aucune tendance à la baisse à Rocher-Percé, ni à la hausse (figures 83).

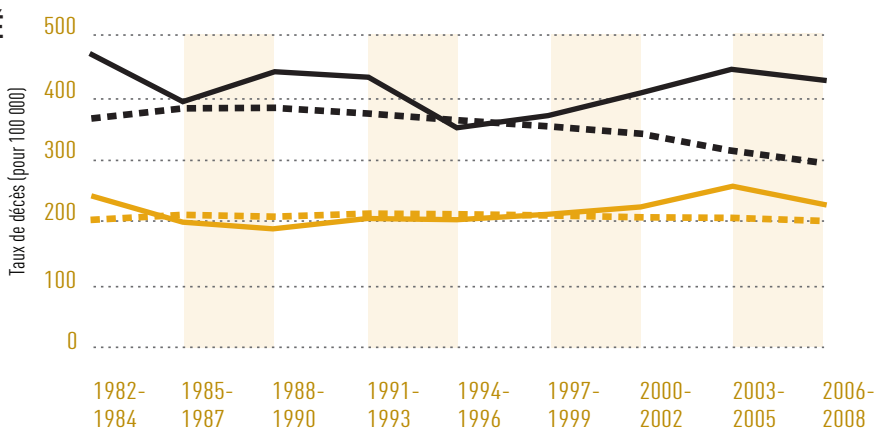
**Figures
83**

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence et de décès par cancers selon le sexe, Rocher-Percé et Québec

INCIDENCE



MORTALITÉ

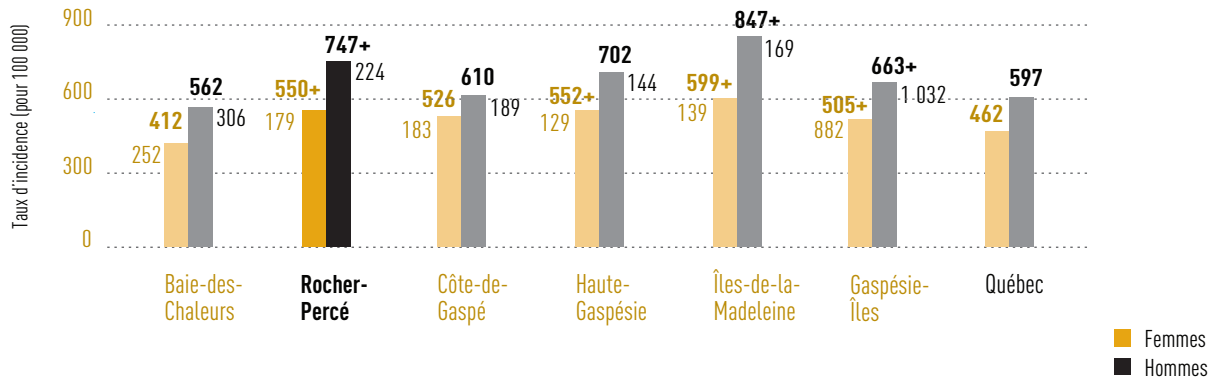


Sources : MSSS, Fichier des tumeurs. MSSS, Fichier des décès.

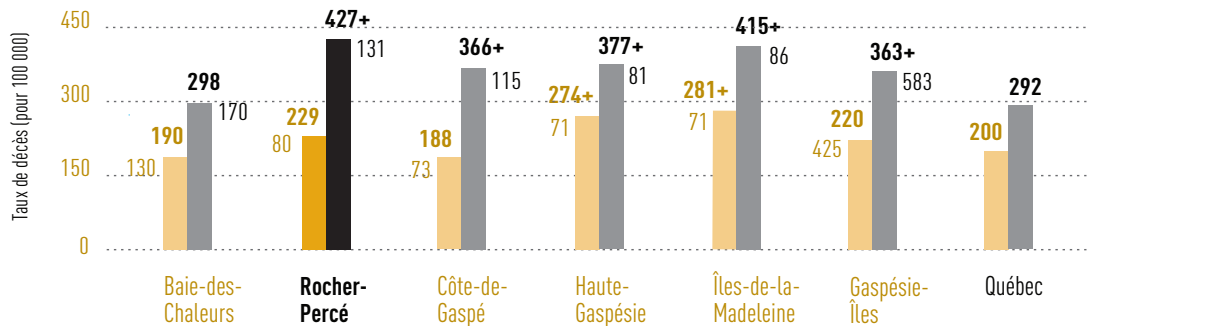
Figures
84

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer en 2004-2006 et de décès par cancers en 2006-2008 selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec

INCIDENCE



MORTALITÉ



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs. MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à gauche et à droite des bâtonnets indiquent le nombre de nouveaux cas ou de décès survenus sur la période de trois ans.
+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Comparativement au Québec, plus de nouveaux cas de cancers à la fois chez les femmes et chez les hommes et surmortalité chez les hommes

Ces écarts en défaveur de Rocher-Percé sont illustrés aux figures 84. Puis, comme on peut le voir aux figures 83, cette surincidence du cancer chez les femmes et chez les hommes de Rocher-Percé et la surmortalité associée chez les hommes prévalaient aussi au cours de la période antérieure. Mais avant cela, les taux d'incidence et de mortalité par cancers au sein de la population de Rocher-Percé se sont pratiquement toujours maintenus à des niveaux semblables à ceux du Québec, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes.

Comme l'indiquent par ailleurs les tableaux 41, l'incidence plus élevée de cancers chez les femmes de Rocher-Percé est principalement attribuable au cancer du poumon et dans une moindre mesure, à un léger surplus, non significatif toutefois, à plusieurs sièges. Quant aux hommes, une part importante de la surincidence et de la surmortalité par cancers chez ceux de Rocher-Percé est attribuable au cancer du poumon et dans une moindre mesure, au cancer de l'estomac.

Tableaux
41

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer en 2004-2006 et de décès par cancers en 2006-2008 selon les principaux sièges et le sexe, Rocher-Percé et Québec

INCIDENCE 2004-2006

Sièges de cancers	Rocher-Percé	Québec
Femmes		
Tous les sièges	550,4+	462,2
Sein	163,1	133,6
Poumon	113,9+	69,4
Colorectal	65,7	56,5
Thyroïde	20,3	16,1
Rein	15,8	11,0
Estomac	8,3	7,1
Pancréas	15,4	12,3
Hommes		
Tous les sièges	747,3+	596,8
Poumon	230,8+	120,2
Colorectal	84,9	84,7
Prostate	81,3-	127,7
Rein	38,5+	21,3
Estomac	42,9+	16,0
Pancréas	23,3	15,2
Sexes réunis		
Tous les sièges	638,8+	513,4

MORTALITÉ 2006-2008

Sièges de cancers	Rocher-Percé	Québec
Femmes		
Tous les sièges	228,5	200,0
Sein	22,8	29,8
Poumon	71,4	55,6
Colorectal	24,3	22,9
Estomac	10,9	5,0
Pancréas	19,4	11,4
Hommes		
Tous les sièges	427,1+	292,1
Poumon	201,5+	97,9
Colorectal	37,8	35,5
Prostate	13,2	24,3
Estomac	32,1+	10,1
Pancréas	10,1	14,4
Sexes réunis		
Tous les sièges	317,5+	236,3

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs; MSSS, Fichier des décès.
+ Taux de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.
- Taux de Rocher-Percé significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Le poumon : le plus grand responsable des décès par cancers chez les femmes comme chez les hommes

Comme en font foi les taux de décès aux tableaux 41, c'est le cancer du poumon qui entraîne effectivement le plus de décès par cancers, et ce, dans le Rocher-Percé comme dans tous les RLS de la région et au Québec. En fait, plus de 40 % des personnes décédées par cancers dans le Rocher-Percé en 2006-2008 l'ont été des suites d'un cancer du poumon, de sorte que globalement, le cancer du poumon a été responsable d'environ un décès sur six dans le Rocher-Percé au cours des dernières années. C'est aussi le type de cancer le plus souvent détecté chez les hommes de ce territoire local avec 31 % des nouveaux cas en 2004-2006. Chez les femmes c'est plutôt le cancer du sein qui constitue le type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué, suivi du cancer du poumon. Plus précisément, 29 % des nouveaux cas de cancer détectés chez les femmes de Rocher-Percé en 2004-2006 étaient des cancers du sein et 21 %, des cancers pulmonaires.

En dépit d'un ordre différent pour l'incidence et la mortalité, les quatre sièges de cancers occasionnant à la fois le plus de nouveaux cas et de décès sont le poumon, le colorectal, le sein et la prostate. À eux seuls, ces quatre sièges contribuent pour plus de la moitié des nouveaux cas et des décès par cancers dans l'ensemble de la population gaspésienne et madelinienne, au cours des dernières années, ainsi que dans le Rocher-Percé. C'est pourquoi nous consacrons une fiche propre à chacun de ces sièges (voir les fiches 34 à 37).

Quelques mots sur le cancer de l'estomac

Depuis le moment où nous avons des données sur le cancer (début des années 80), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a presque toujours enregistré une incidence et une mortalité par cancer gastrique supérieures à celles du Québec, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Ceci est encore le cas pour les périodes plus récentes. Cette situation est surtout attribuable à La Côte-de-Gaspé et aux Îles-de-la-Madeleine et, depuis 1998-2000, au territoire de Rocher-Percé.

Rappelons que les facteurs de risque au cancer de l'estomac sont une forte consommation d'aliments fumés, de poissons salés et de viandes et légumes marinés; le tabagisme, l'abus d'alcool (qui aggrave les effets du tabagisme sur le risque de cancer gastrique) ainsi que l'infection par la bactérie *Helicobacter pylori* (Société canadienne du cancer, 2010). Par ailleurs, une alimentation riche en fruits et légumes frais, en produits de grains entiers et en vitamine C constitue une protection contre ce type de cancer (Tominaga et autres, 1994, tiré de Dubé, Parent et Deck, 2005).

34.

Le cancer du poumon

Dans cette fiche et les suivantes, nous présentons les données sur les principaux sièges de cancer, c'est-à-dire les cancers faisant le plus de décès ou de nouveaux cas, soit les cancers du poumon, du sein chez les femmes, colorectal et le cancer de la prostate. Voici les données sur le cancer du poumon. Nous rappelons au lecteur que des données sur le tabagisme dans les RLS sont présentées à la fiche 10.

Cancer faisant le plus de décès

Le cancer du poumon est responsable de 42 % des décès par cancers en 2006-2008 dans le Rocher-Percé et c'est aussi le cancer le plus souvent détecté dans l'ensemble de la population en 2004-2006. Plus précisément, en 2006-2008, 88 personnes de Rocher-Percé sont mortes de ce cancer, tandis qu'en 2004-2006, 107 ont appris qu'elles en sont atteintes. Bien que l'écart se soit amenuisé entre les sexes au cours des dernières années, les hommes reçoivent encore plus souvent un diagnostic de cancer pulmonaire que les femmes : dans le Rocher-Percé, 64 % des nouveaux cas en 2004-2006 sont des hommes.

Le cancer du poumon : toujours en hausse chez les femmes, mais aucune tendance à la hausse ni à la baisse chez les hommes

À l'image de la situation provinciale et régionale, on détecte de plus en plus de cancers pulmonaires chez les femmes de Rocher-Percé, une conséquence sans doute des habitudes tabagiques des femmes durant les années 70 (Daigle et Beaupré, 2008). Puisqu'il s'agit d'un cancer très léthal, la mortalité féminine associée à ce cancer est aussi en progression (figure 85). Pour ce cancer, nous illustrons uniquement l'évolution de la mortalité, car puisque ce cancer est très léthal, l'évolution de l'incidence suit de très près celle de la mortalité. D'ailleurs, chez les femmes comme chez les hommes et peu importe le territoire considéré, les conclusions sur l'évolution de l'incidence sont semblables à celle sur l'évolution de la mortalité.

Chez les Québécois, nous assistons depuis une vingtaine d'années à une baisse à la fois de l'incidence du cancer du poumon et de la mortalité associée. Ce constat provincial ne s'est cependant pas encore manifesté chez les hommes de Rocher-Percé ni d'ailleurs chez ceux de la Gaspésie-Îles-de-Madeleine. Comme l'illustre en effet la figure 85, le taux de décès par cancer pulmonaire a connu des fluctuations importantes chez les hommes de ce RLS sans qu'aucune tendance claire à la hausse ou à la baisse ne se dégage sur l'ensemble de la période.

Les facteurs associés au cancer pulmonaire

Les facteurs de risque au cancer du poumon sont assez bien connus, le tabagisme étant certes le plus important : 80 % des cancers du poumon lui seraient attribuables. Le radon, un élément radioactif présent dans le sous-sol terrestre, serait pour sa part responsable de 10 à 14 % des cancers pulmonaires (*National Research Council, 1999*, tiré de Dubé, Parent et Deck, 2005). L'amiante, un carcinogène environnemental et occupationnel, ainsi que divers métaux comme le béryllium et le plomb sont aussi associés au développement du cancer du poumon (Dubé, Parent et Deck, 2005). Par ailleurs, une consommation riche en fruits et légumes constituerait un facteur de protection contre ce type de cancer.

La population de Rocher-Percé est davantage touchée par le cancer du poumon que celle du Québec

Comme c'est le cas pour l'ensemble des cancers, les femmes de Rocher-Percé obtiennent un taux d'incidence du cancer pulmonaire supérieur à celui des Québécoises en 2004-2006 (figures 86). Notons que c'est le seul RLS qui présente ainsi un écart significatif avec le Québec. C'est cependant la première fois qu'un tel résultat est observé chez les femmes de ce territoire depuis les quelque vingt dernières années étudiées.

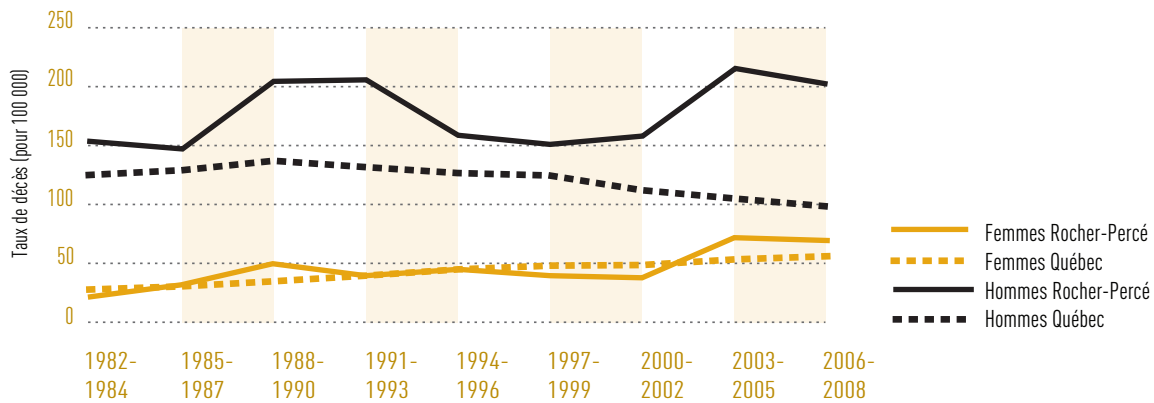
De leur côté, les hommes de Rocher-Percé enregistrent par rapport aux Québécois à la fois une surincidence et une surmortalité par cancer du poumon au cours des dernières périodes (figures 86). Cette situa-

tion en défaveur des hommes de ce territoire n'est pas nouvelle; ceux-ci ayant obtenu des taux d'incidence et de décès pour ce type de cancer pratiquement toujours supérieurs à ceux des Québécois depuis la fin des années 80.

À titre indicatif, mentionnons que les hommes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine présentent une surincidence de cancer pulmonaire et une surmortalité associée par rapport aux Québécois depuis le milieu des années 90 environ. De leur côté, les Gaspésiennes et Madeliniennes ont généralement enregistré, au cours des quelque vingt dernières années, des taux d'incidence et de décès par cancer du poumon semblables sinon inférieurs même, à ceux des Québécoises; les dernières périodes ne faisant pas exception (figures 86).

Figure 85

Taux ajusté (pour 100 000) de décès par cancer du poumon selon le sexe, Rocher-Percé et Québec, 1982-1984 à 2006-2008

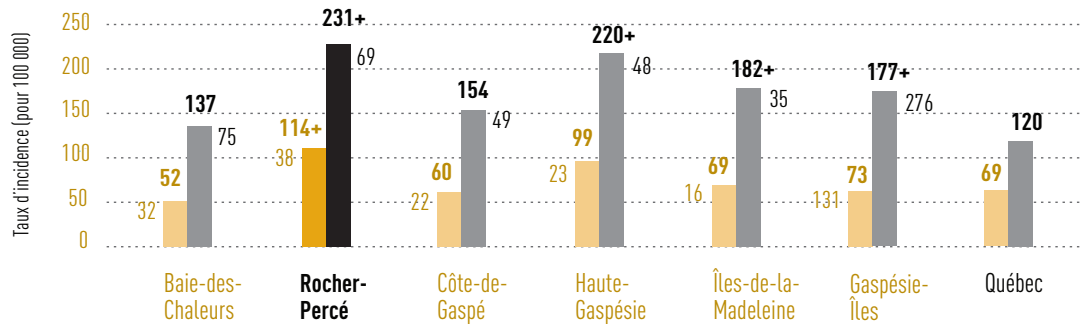


Source : MSSS, Fichier des décès.

Figures
86

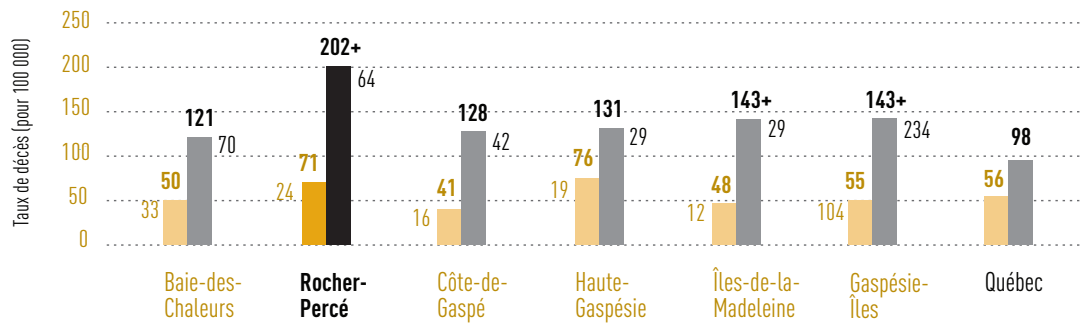
Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer du poumon en 2004-2006 et de décès par cancer du poumon en 2006-2008 selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec

INCIDENCE



■ Femmes
■ Hommes

MORTALITÉ



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs. MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à gauche et à droite des bâtonnets indiquent le nombre de nouveaux cas ou décès survenus au cours de la période.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Le cancer du sein chez les femmes

35.

Nous voyons dans cette fiche les données les plus récentes sur l'incidence et les décès associés au cancer du sein chez les femmes ainsi que la façon selon laquelle ces indicateurs ont évolué dans les dernières décennies. Précisons que les données sur la participation des femmes de 50 à 69 ans à la mammographie de dépistage du PQDCS sont présentées à la fiche 19.

Les facteurs de risque au cancer du sein

De tous les facteurs de risque connus au cancer du sein, le fait d'être une femme et d'avoir plus de 50 ans demeurent les principaux. Parmi les autres facteurs, mentionnons : les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein; une durée d'exposition accrue à l'œstrogène induite par un âge précoce à la ménorrhée, une ménopause tardive, une hormonothérapie substitutive ou par le fait de ne pas avoir eu de grossesse; une consommation même modérée d'alcool; l'obésité chez les femmes postménopausées (Société canadienne du cancer, 2010, site Internet consulté en octobre 2010).

Cancer le plus détecté chez les femmes

Dans le Rocher-Percé, comme dans tous les RLS de la région et au Québec, le cancer du sein est celui qui entraîne le plus de nouveaux cas chez les femmes en 2004-2006 (réf. : fiche 33). Chez les femmes de Rocher-Percé, 29 % des cancers détectés en 2004-2006 étaient des cancers du sein, ce qui représente un total de 52 nouveaux cas au cours de ces trois années. De plus, après le cancer du poumon, le cancer du sein est le cancer entraînant le plus de décès chez les femmes de ce RLS comme d'ailleurs partout dans la région : en 2006-2008, 8 femmes de Rocher-Percé sont décédées des suites de ce type de cancer.

L'incidence du cancer du sein est en hausse à Rocher-Percé

Précisons d'abord qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, l'incidence du cancer du sein a progressé dans les vingt dernières années. Le Québec a aussi connu une hausse de l'incidence de ce cancer jusqu'à la fin des années 90 pour se stabiliser par la suite (figures 87). Selon Daigle et Beupré (2008), l'augmentation du cancer du sein au Québec serait attribuable aux efforts de détection précoce de ce cancer. D'ailleurs, la progression de l'incidence s'est accompagnée, au Québec, d'une régression de la mortalité associée depuis la fin des années 80. De son côté, le taux de décès par cancer du sein en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a connu de bonnes variations sans qu'aucune tendance à la hausse ou à la baisse ne se dégage sur l'ensemble de la période.

Ce dernier constat observé en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine quant à l'évolution de la mortalité par cancer du sein semble refléter la situation de chaque RLS dont celui de Rocher-Percé bien qu'il soit plus difficile de conclure à l'échelle locale compte tenu des très faibles effectifs et des fluctuations importantes des taux d'une période à l'autre (figures 87). Toutefois, les femmes de Rocher-Percé ont enregistré une hausse de l'incidence de ce type de cancer, comme c'est aussi le cas, rappelez-le, dans la région et au Québec (figures 87).

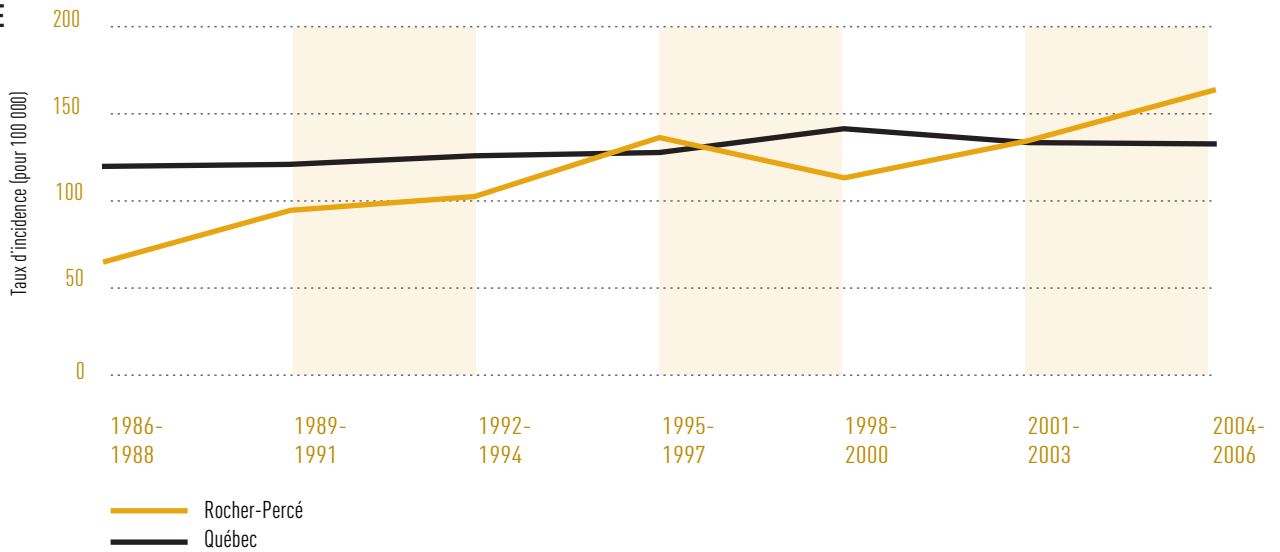
Les femmes de Rocher-Percé ne se distinguent pas des Québécoises eu égard au cancer du sein

Depuis les années 80, les taux d'incidence et de mortalité par cancer du sein chez les femmes de Rocher-Percé ne se sont jamais différenciés de ceux des Québécoises (figures 87) et cela est encore vrai pour les périodes plus récentes (figures 88). Une exception seulement au milieu des années 80 où elles obtenaient à la fois une incidence et une mortalité moindre que les Québécoises (figures 87).

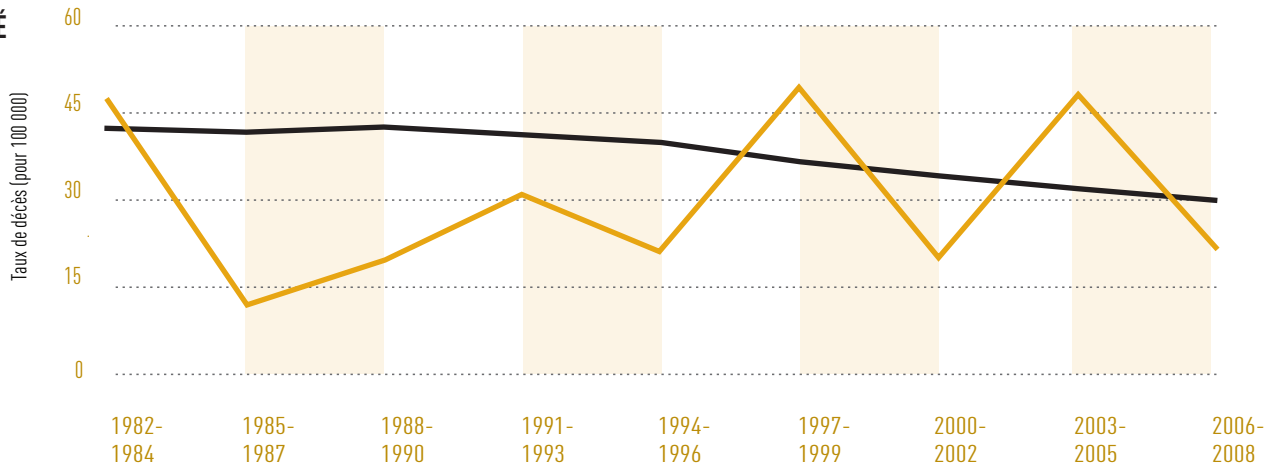
Figures
87

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence et de décès par cancer du sein, Rocher-Percé et Québec

INCIDENCE



MORTALITÉ

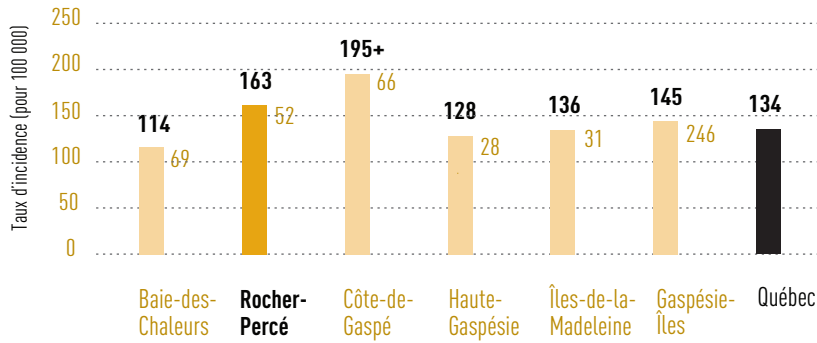


Sources : MSSS, Fichier des tumeurs. MSSS, Fichier des décès.

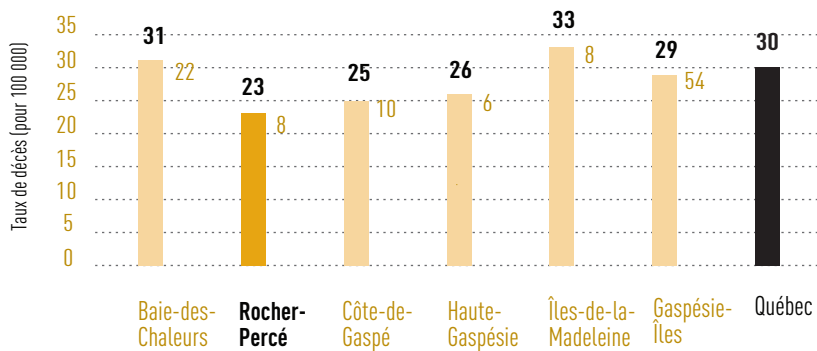
Figures
88

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer du sein en 2004-2006 et de décès par cancer du sein en 2006-2008, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec

INCIDENCE



MORTALITÉ



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs. MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre de nouveaux cas ou de décès survenus sur la période de trois ans.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Le cancer colorectal

36.

Troisième siège de cancer abordé dans ce portrait de santé, le cancer colorectal pour lequel, rappelons-le, aucun programme de dépistage systématique n'est encore implanté au Québec.

Les facteurs de risque et de protection au cancer colorectal

En plus de l'âge, qui constitue le principal facteur de risque à ce type de cancer, les personnes ayant une histoire familiale de cancer colorectal ont un risque deux à quatre fois plus élevé de développer ce cancer (Ballinger et Anggiansah, 2007, tiré de Miller et autres, 2008). Dans ce groupe plus à risque, celui-ci est aussi modulé par le degré de parenté avec le parent malade, l'âge au diagnostic du parent malade et le nombre de parents atteints (Miller, 2008). De plus, quelques syndromes génétiques et maladies inflammatoires de l'intestin, comme la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn, augmentent le risque de développer ce cancer (Burt, 2000, tiré de Miller et autres, 2008). Finalement, le risque est accru par l'obésité ainsi que par certaines habitudes alimentaires, dont la consommation de viande rouge et la consommation importante d'alcool.

En contrepartie, la pratique d'activités physiques et la consommation de fruits et de légumes, d'aliments riches en fibre ou en calcium, l'ail et le lait, sont des facteurs de protection (*World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research*, 2007, tiré de Miller et autres, 2008).

Troisième cancer le plus diagnostiqué chez les femmes et chez les hommes

Après le poumon et le sein chez les femmes et le poumon et la prostate chez les hommes, le cancer colorectal est le troisième siège de cancer le plus souvent détecté au sein de la population de Rocher-Percé en 2004-2006. Ce type de cancer est aussi responsable d'environ 9 % de la mortalité par cancers en 2006-2008. Plus précisément, durant cette dernière période, 20 personnes de Rocher-Percé sont décédées d'un cancer colorectal alors que 47 apprenaient qu'elles en souffrent en 2004-2006 dont 53 % sont des hommes.

Dans le Rocher-Percé, aucune tendance claire ne se dégage dans l'évolution à la fois de l'incidence du cancer colorectal et de la mortalité associée

Les faibles effectifs à l'échelle locale rendent plus délicates les conclusions à tirer sur l'évolution des taux chez les femmes et chez les hommes séparément. Et même sexes réunis, comme nous le faisons aux figures 89, la prudence s'impose. Mais de façon générale, dans le Rocher-Percé, on ne peut conclure ni à une hausse, ni à une baisse de l'incidence du cancer colorectal et de la mortalité associée.

À titre indicatif, au Québec et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les courbes d'évolution de l'incidence depuis 1986-1988 présentent somme toute une relative stabilité, sauf chez les Québécoises où on note plutôt une tendance à la baisse. Quant à la mortalité associée au cancer colorectal, elle régresse au Québec et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Cette amélioration au Québec serait attribuable aux traitements de plus en plus efficaces (MSSS, 2007, Direction de lutte contre le cancer, Orientations prioritaires).

Le cancer colorectal n'affecte pas plus, ni moins les femmes et les hommes de Rocher-Percé que les Québécoises et Québécois

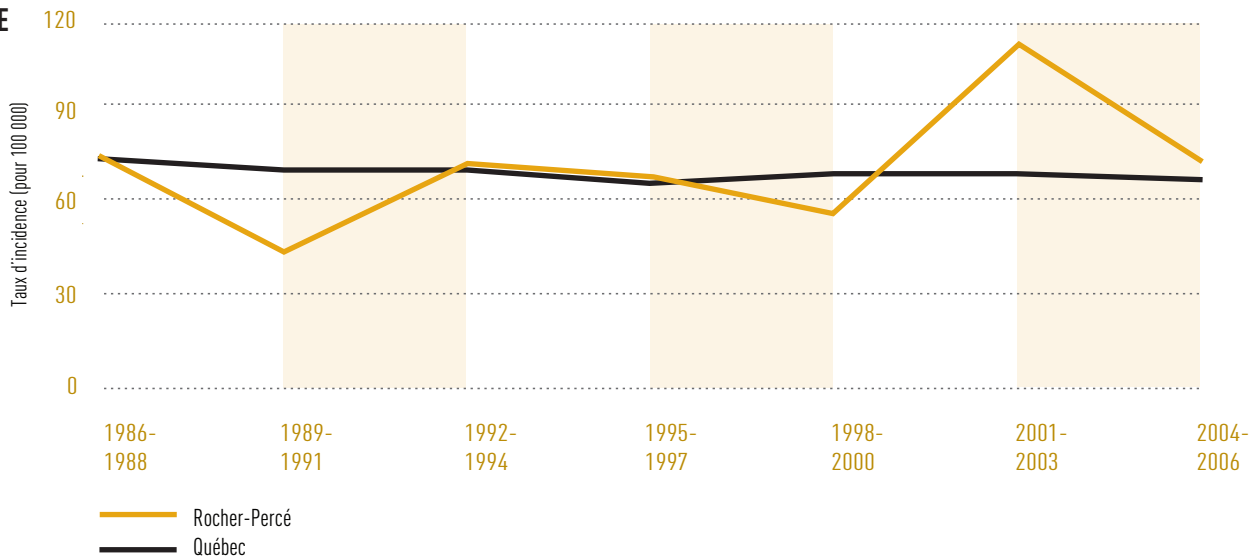
La population de Rocher-Percé a généralement obtenu, dans les quelque 25 dernières années, des taux d'incidence et de mortalité associés au cancer colorectal ne se différenciant pas de ceux de la population québécoise. Et ceci est vrai à la fois chez les femmes et chez les hommes. Les données des dernières périodes étudiées n'indiquent pas non plus de différence entre les taux de Rocher-Percé et les taux québécois eu égard au cancer colorectal (figures 90).

Ces constats pour le Rocher-Percé reflètent la situation des autres RLS à l'exception seulement des îles-de-la-Madeleine où les hommes de ce territoire enregistrent, en 2006-2008, une mortalité supérieure à celle des Québécois (figures 90). Précisons toutefois que c'est la première fois qu'un tel écart sépare les Madelinots des Québécois relativement aux décès pour ce type de cancer.

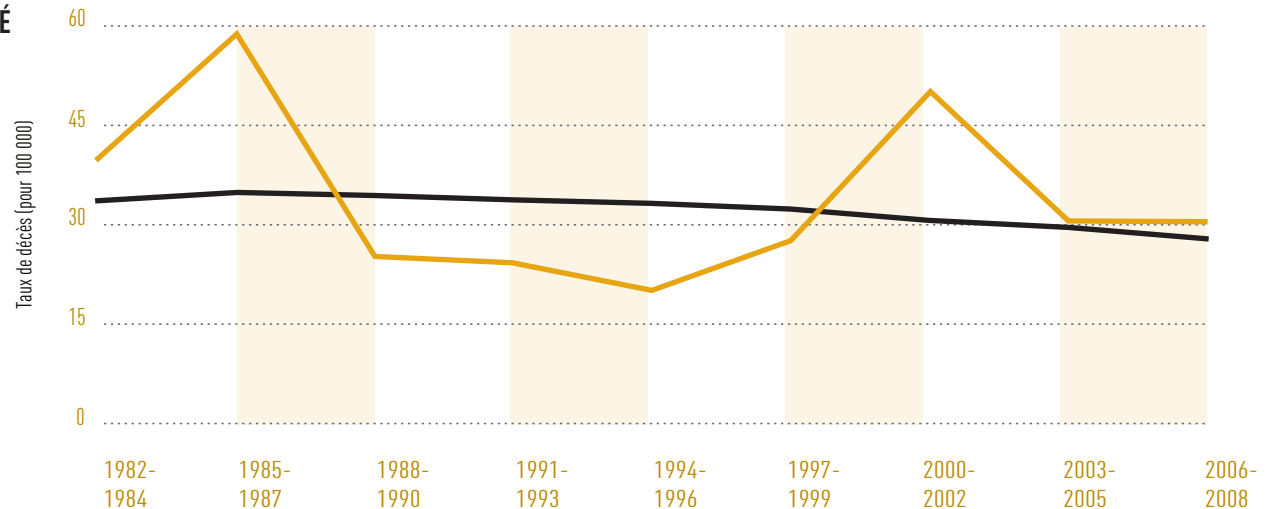
Figures 89

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence et de décès par cancer colorectal, sexes réunis, Rocher-Percé et Québec

INCIDENCE



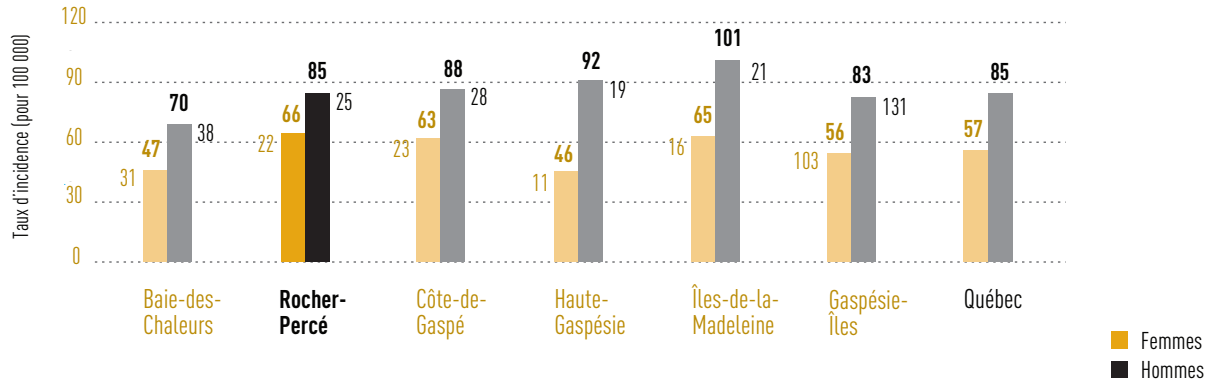
MORTALITÉ



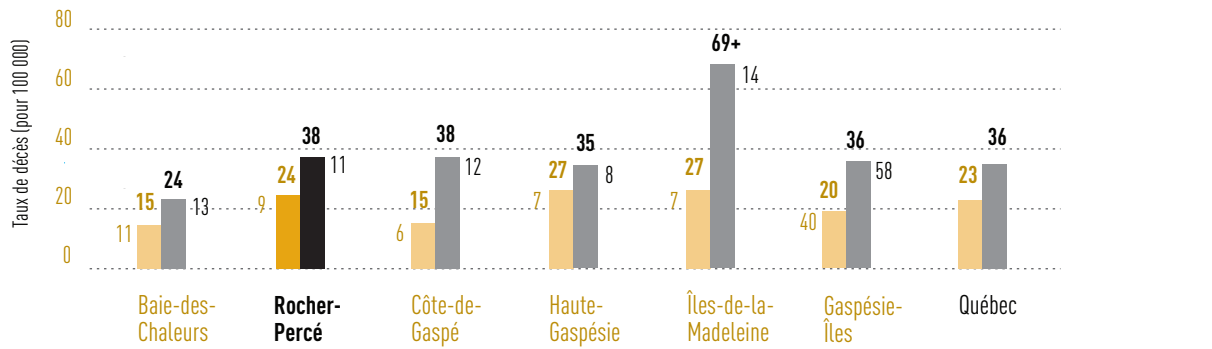
Figures
90

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence et de décès par cancer colorectal selon le sexe, RLS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec

INCIDENCE



MORTALITÉ



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs. MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à gauche et à droite des bâtonnets indiquent le nombre de nouveaux cas ou décès survenus au cours de la période.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Le cancer de la prostate

37.

Nous terminons cette série de fiches sur les cancers par le cancer de la prostate.

Les facteurs de risque au cancer de la prostate

On sait très peu de choses sur la nature des facteurs de risque et de protection à ce cancer, si ce n'est que le risque s'accroît après 65 ans ainsi que chez les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate (Société canadienne du cancer, site Internet visité en octobre 2010).

Troisième cancer le plus diagnostiqué chez les hommes de Rocher-Percé

En 2004-2006, après le cancer du poumon et le cancer colorectal, le cancer de la prostate est le cancer le plus souvent détecté chez les hommes de ce territoire local. Plus précisément, en 2004-2006, plus d'un homme sur dix à qui on apprenait un diagnostic de cancer souffrait d'un cancer de la prostate, soit un total de 24 hommes de Rocher-Percé durant ces trois années. Il s'agit toutefois d'un cancer entraînant peu de décès : 4 au cours des trois années 2006-2008.

Aucune tendance ne se dégage de l'incidence du cancer de la prostate dans le Rocher-Percé

Alors que le Québec connaît une légère tendance à la hausse de l'incidence du cancer de la prostate, aucune tendance claire ne se dégage des taux régionaux et de ceux de Rocher-Percé au cours des vingt années étudiées (figures 91). Comme on peut aussi le voir sur ces dernières figures, deux hausses marquent la courbe provinciale : la première en 1992-1994 et la suivante en 2001-2003. Ces deux augmentations pourraient correspondre aux deux vagues d'intensification du dépistage par le dosage de l'antigène prostatique spécifique (Société canadienne du cancer, 2010; MSSS, 2007). Rappelons que la pertinence et l'efficacité de cette pratique systématique dans le cas du cancer de la prostate ne sont pas encore bien établies scientifiquement, de sorte que cette pratique n'est pas recommandée au Canada (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs).

Quant à la mortalité attribuable au cancer de la prostate, elle régresse depuis le début des années 90 chez les Québécois (figures 91) de même que chez les Gaspésiens et Madelinots. Pour ce qui est des hommes de Rocher-Percé, leur taux de décès associés à ce type de cancer repose sur de trop faibles effectifs (entre 3 et 10 décès sur des périodes de trois ans) pour tirer des conclusions fiables relativement à l'évolution de cet indicateur. Nous ne présentons la courbe d'évolution de la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes de ce RLS qu'à titre indicatif aux figures 91.

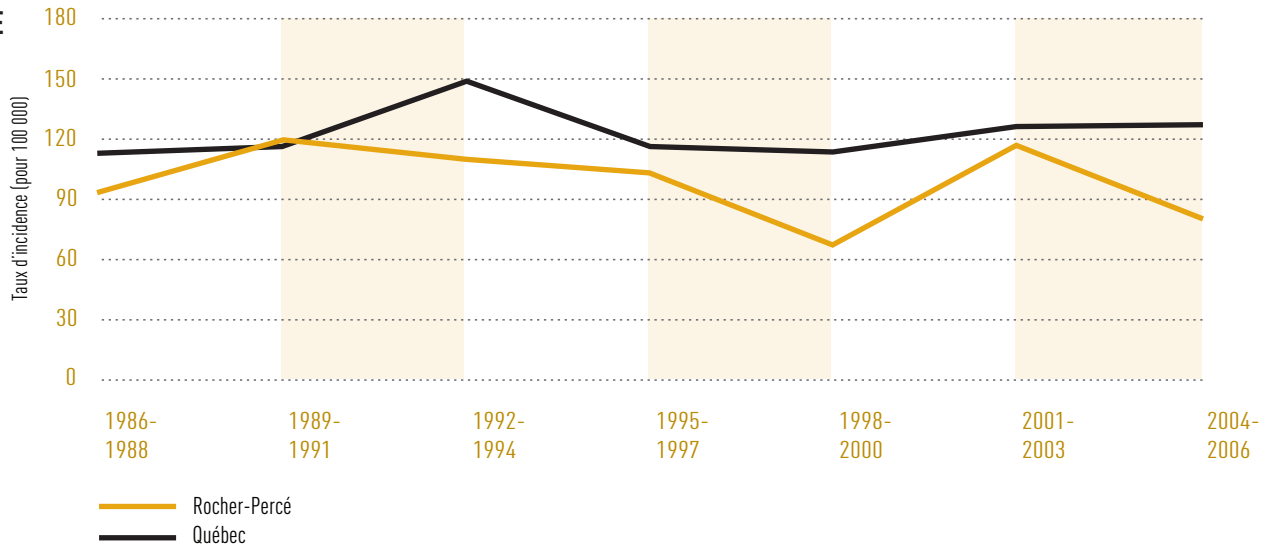
Le cancer de la prostate : moins fréquent dans le Rocher-Percé qu'au Québec

Comme le montrent les figures 92, l'incidence du cancer de la prostate en 2004-2006 chez les hommes de Rocher-Percé est inférieure à celle des Québécois, tandis que la mortalité liée à ce cancer ne présente pas de différence entre ces deux territoires.

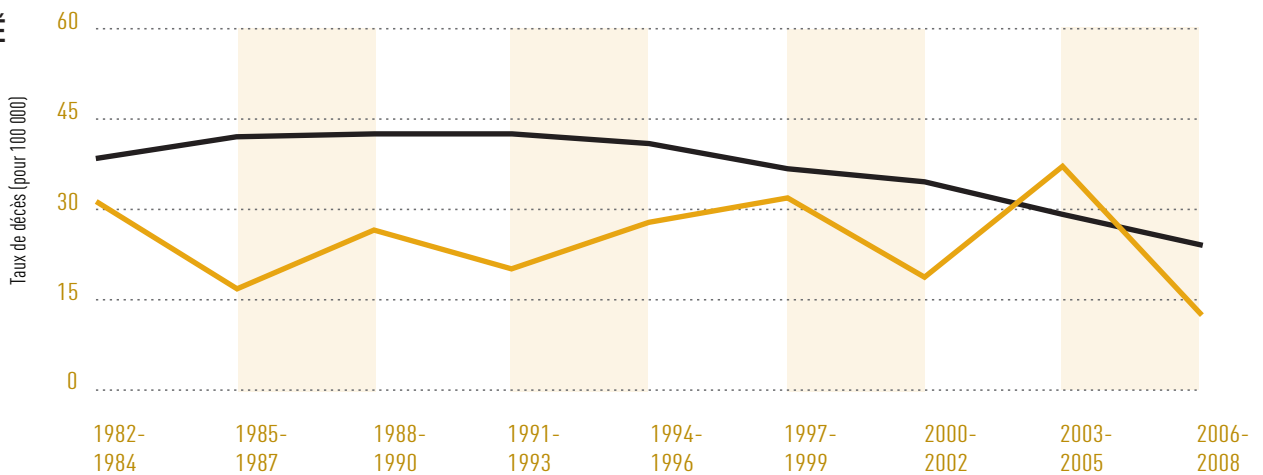
Figures
91

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence et de décès par cancer de la prostate, Rocher-Percé et Québec

INCIDENCE



MORTALITÉ

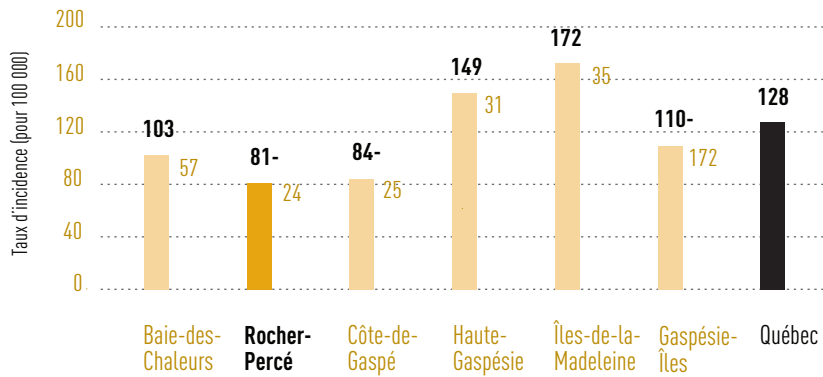


Sources : MSSS, Fichier des tumeurs. MSSS, Fichier des décès.

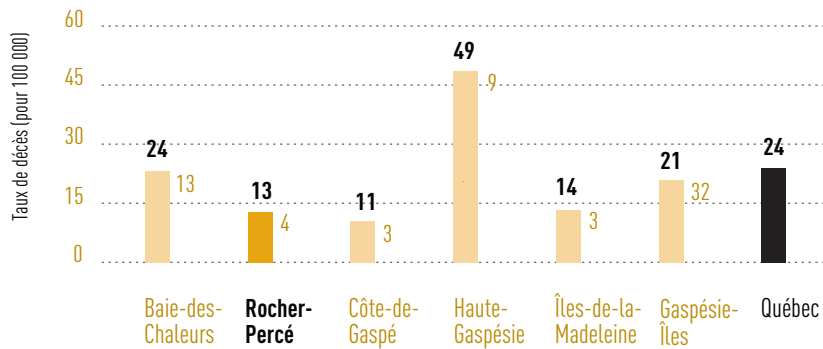
Figures
92

Taux ajusté (pour 100 000) d'incidence du cancer de la prostate en 2004-2006 et de décès par cancer de la prostate en 2006-2008, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec

INCIDENCE



MORTALITÉ



Sources : MSSS, Fichier des tumeurs. MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre de nouveaux cas ou de décès survenus sur la période de trois ans.

- Taux de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

La prévalence des maladies cardiovasculaires

Non disponible à l'échelle des RLS

Plus du quart des personnes de la région souffrent d'une MCV

En 2007-2008, 26 % de la population de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine déclare souffrir depuis au moins 6 mois d'HTA, d'une maladie cardiaque ou avoir déjà été victime d'un AVC (tels que diagnostiqués par un professionnel de la santé), une proportion significativement supérieure à celle du Québec (19 %) (tableau 42). Cette différence en défaveur de la région est surtout attribuable aux femmes et demeure vraie quand on ajuste la prévalence pour la structure d'âge.

Les facteurs associés aux MCV

La survenue de ces maladies est étroitement associée au tabagisme et à l'obésité, tandis que la pratique régulière d'activités physiques et une alimentation riche en fruits et légumes et une consommation modérée par ailleurs de viande rouge et de gras saturés constituent de bons facteurs de protection contre ces maladies.

Le fait d'être une femme ou de vivre dans un ménage à faible revenu est associé à une prévalence plus élevée de MCV

Les femmes de la région sont plus nombreuses que les hommes à déclarer une MCV (tableau 42) comme c'est le cas d'ailleurs pour toutes les maladies chroniques en général documentées dans l'ESCC. Dans le cas des MCV, la différence entre les sexes est en partie le reflet de l'âge, car lorsqu'on contrôle pour cette variable, l'écart diminue, mais demeure tout de même présent (24 % chez les femmes contre 19 % chez les hommes de la région). Cette différence persistante peut être le reflet d'une prévalence effectivement plus élevée de ces maladies chez les femmes, mais aussi celui d'une meilleure connaissance de leur état de santé ou d'une plus grande consultation de professionnels de la santé (voir la fiche 49).

Comme toutes les maladies chroniques, la prévalence des MCV augmente progressivement avec l'âge. De plus, un faible revenu est aussi associé à une prévalence plus élevée des MCV : 38 % des personnes à revenu inférieur dans la région sont atteintes d'une affection de ce genre contre environ 22 % des personnes à revenu moyen ou supérieur. La prévalence de ces affections ne varie cependant pas selon la langue parlée le plus souvent à la maison (tableau 42).

38.

Les maladies cardiovasculaires

Les MCV regroupent principalement les cardiopathies, dont l'infarctus et l'angine, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les maladies des vaisseaux sanguins et lymphatiques et les maladies hypertensives. Cela dit, nous examinons dans cette fiche les données sur la prévalence de ces affections dans la population selon l'ESCC ainsi que celles sur les décès leur étant associés.

Tableau
42

Proportion (en %) des 12 ans et plus souffrant d'HTA, d'une maladie cardiaque ou ayant été victime d'un AVC selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	29,9+	19,6
Hommes	22,5	18,7
Groupe d'âge		
12-17 ans	X	X
18-34 ans	X	2,6
35-44 ans	X	7,7
45-64 ans	33,1	25,7
65 ans et plus	57,7	54,7
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	27,6*	17,8
Français	26,6	19,5
Revenu du ménage		
Inférieur	38,4	23,8
Moyen	22,3	18,2
Supérieur	21,3	14,7
TOTAL	26,2+	19,2

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

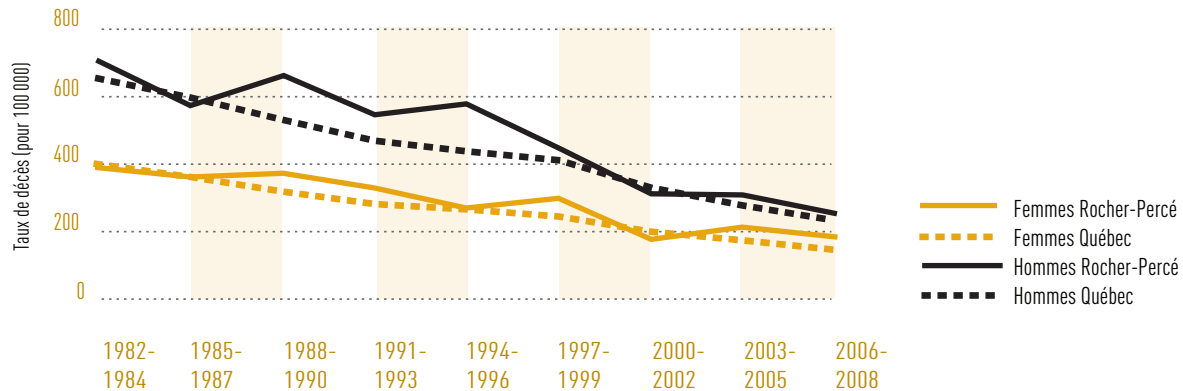
+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

Figure
93

Taux ajusté (pour 100 000) de décès par MCV selon le sexe, Rocher-Percé et Québec, 1982-1984 à 2006-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

La mortalité par maladies cardiovasculaires

Deuxième cause de décès

Longtemps au premier rang des décès, les MCV se situent maintenant au second rang après les cancers. Chaque année en 2006-2008, ce sont en moyenne 24 femmes et 26 hommes de Rocher-Percé qui décèdent de ces maladies.

La mortalité cardiovasculaire poursuit sa baisse

Au Québec de même qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le nombre de personnes décédant d'une maladie cardiovasculaire a constamment diminué depuis le début des années 80, et ce, en dépit du poids démographique de plus en plus grand des aînés. D'ailleurs, si ce n'était du vieillissement de la population, le taux de décès par MCV aurait diminué de plus de la moitié chez les femmes et chez les hommes de la région et du Québec comme en témoigne l'évolution des taux ajustés (figure 93 pour le Québec). Autrement dit, ces maladies sont maintenant moins mortelles qu'auparavant.

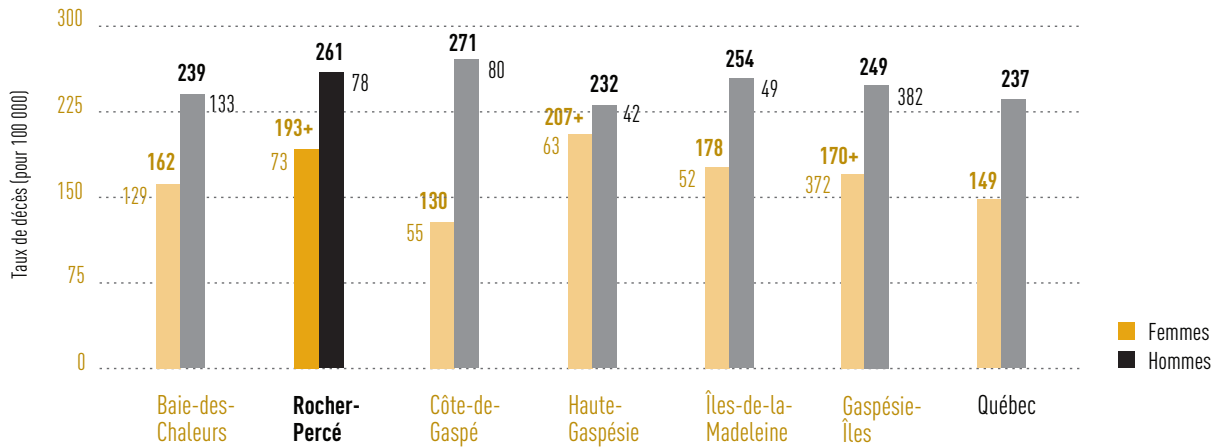
Cette baisse générale de la mortalité cardiovasculaire depuis le début des années 80 s'est produite chez les femmes et chez les hommes de tous les RLS de la région dont ceux et celles de Rocher-Percé (figure 93).

À âge égal, les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à mourir de ces maladies, mais...

Comme le montre la figure 93, bien que l'écart entre les sexes se resserre constamment, à âge égal, le taux de décès par MCV chez les hommes est encore supérieur à celui des femmes. Cependant, il y a pour la première fois au Québec en 2006-2008 un nombre absolu plus grand de femmes que d'hommes à mourir de ces maladies en raison de leur poids démographique plus grand aux âges avancés. Dans le Rocher-Percé, nous avons plutôt presque atteint l'équilibre, c'est-à-dire que parmi les décès par MCV, il y a pratiquement autant de femmes que d'hommes en 2006-2008 (figure 94).

Figure
94

Taux ajusté (pour 100 000) de décès par MCV selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à gauche et à droite des bâtonnets indiquent le nombre de décès survenus au cours de la période.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Mortalité cardiovasculaire plus élevée à Rocher-Percé qu'au Québec

Depuis le début des années 80, le taux de décès par maladies cardiovasculaires, sexes réunis, s'est généralement maintenu à un niveau supérieur à celui du Québec et cela est encore le cas en 2006-2008. Plus précisément au cours de cette dernière période, le Rocher-Percé a enregistré un taux de décès pour cette cause de plus de 20 % supérieur à celui du Québec. Cet écart à peu près systématique avec le Québec est attribuable aux femmes comme aux hommes (figure 93), bien que les différences, sexes séparés, ne soient généralement pas significatives entre le Rocher-Percé et le Québec.

À titre indicatif, en 2006-2008, et c'était aussi le cas en 2003-2005, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre un taux global de mortalité cardiovasculaire d'environ 10 % supérieur à celui du Québec. Cet écart avec le Québec est surtout attribuable aux femmes (figure 94). Jamais depuis le début des années 80 une surmortalité pour ces maladies par rapport au Québec n'avait été enregistrée à l'échelle de la région, un phénomène nouveau qu'il sera intéressant de suivre dans les prochaines années. Comme le montre la figure 94, ce sont les femmes de Rocher-Percé et celles de La Haute-Gaspésie qui contribuent le plus à l'écart observé à l'échelle régionale, leur taux de décès par MCV étant significativement supérieur à celui des Québécoises en 2006-2008.

39.

Les maladies respiratoires

L'asthme et les MPOC, dont font partie l'emphysème et la bronchite chronique, constituent les principales maladies respiratoires. Cette fiche présente les données sur la prévalence de ces maladies à compter de l'ESCC ainsi que celles sur la mortalité. Précisons que le passage de la classification internationale des maladies – Neuvième édition à la classification internationale des maladies – Dixième édition en 2000 a occasionné une brisure pour le suivi temporel de cet indicateur. Nos données ne reposent que sur trois périodes (2000-2002, 2003-2005 et 2006-2008), nous avons fait le choix de ne pas aborder la question de l'évolution de la mortalité par maladies respiratoires.

La prévalence des maladies respiratoires

Non disponible à l'échelle des RLS

Près d'une personne sur dix souffre d'asthme ou d'une MPOC

En 2007-2008, 9,5 % de la population régionale affirme souffrir, depuis au moins 6 mois et selon un diagnostic posé par un professionnel de la santé, d'asthme ou d'une MPOC (10,5 % au Québec). Comme tous les problèmes de santé chroniques documentés dans l'ESCC, la prévalence de ces affections est plus élevée chez les femmes que chez les hommes de la région (11,5 % contre 7,4 %), une situation aussi observée au Québec. Pour ce qui est de l'âge, les données provinciales indiquent que l'asthme est plus fréquent chez les jeunes de 12 à 17 ans (11 %) que dans les autres groupes d'âge où entre 7 et 9 % des gens en sont affectés. La prévalence des MPOC augmente, quant à elles, avec l'âge. Le revenu exerce aussi une influence sur la prévalence des maladies respiratoires, les moins nantis du Québec déclarant plus souvent ces problèmes de santé que les mieux nantis (12 % contre 8,7 %). Les faibles effectifs à l'échelle régionale ne permettent pas de présenter les données selon l'âge et le revenu.

La mortalité par maladies respiratoires

Les maladies respiratoires : troisième cause de décès

En 2006-2008, les maladies respiratoires ont été la cause de 6,5 % des décès dans le Rocher-Percé (réf. : fiche 32), ce qui correspond à 35 décès en trois ans, sept sur dix étant des hommes.

La majorité des décès par maladies respiratoires sont attribuables aux MPOC

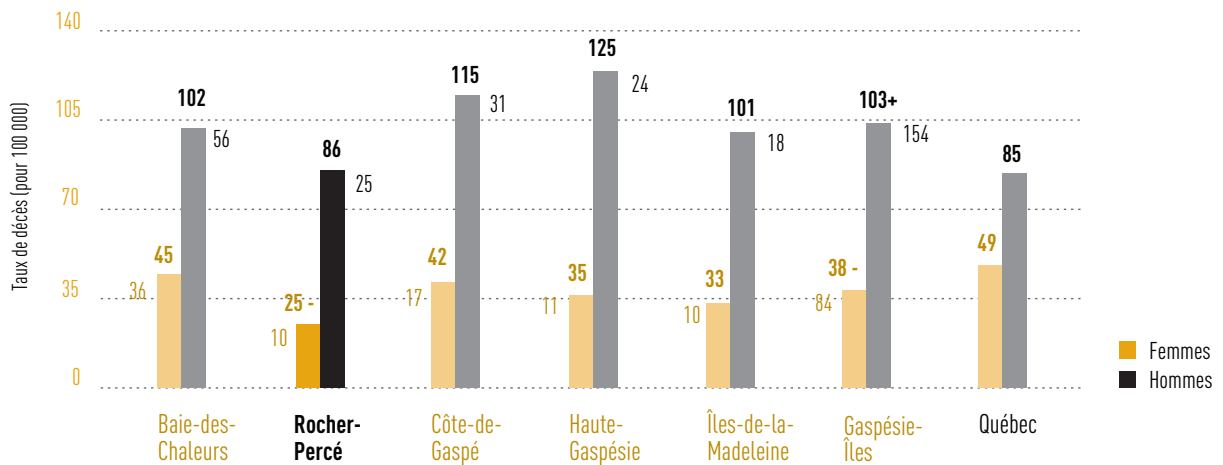
Toujours en 2006-2008, sur les 35 personnes décédées des suites d'une maladie respiratoire, près de 70 % sont mortes d'une MPOC. Encore ici, les hommes sont surreprésentés dans ces statistiques avec 20 des 24 décès par MPOC dans le Rocher-Percé. Par ailleurs, bien que l'asthme soit plus prévalent dans la population que ne le sont les MPOC, il n'a entraîné qu'un seul décès en 2006-2008.

La population de Rocher-Percé ne décède pas plus, ni moins de maladies respiratoires que celle du Québec

Comme c'était le cas dans les années 80 et 90, le taux de décès par maladies respiratoires de Rocher-Percé ne se distingue pas de celui du Québec depuis le tournant des années 2000 et ceci est encore vrai en 2006-2008. Mais si ce dernier constat est vrai sexes réunis, on notera cependant à la figure 95 le taux de décès inférieur des femmes de Rocher-Percé par rapport à celui des Québécoises.

Figure 95

Taux ajusté (pour 100 000) de décès par maladies respiratoires selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2006-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à gauche et à droite des bâtonnets indiquent le nombre de décès survenus au cours de la période.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Taux de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Le diabète

40.

On estime que 90 % des personnes diabétiques souffrent du diabète de type 2 et 10 % du diabète de type 1 (MSSS, 2005). Or, les données présentées dans ce qui suit ne permettent pas de différencier le diabète de type 1 et celui de type 2 et n'incluent pas le diabète gestationnel.

Les facteurs de risque et les conséquences du diabète

Il est possible de prévenir le diabète, surtout celui de type 2, ou à tout le moins de retarder les complications qu'il génère en agissant sur ces principaux précurseurs que sont l'obésité, la sédentarité et une alimentation riche en gras et en sucre (Émond, 2002; MSSS, 2010). Parmi les conséquences du diabète, mentionnons le risque accru de MCV, de cécité et d'insuffisance rénale (MSSS, 2005).

Hausse constante de la prévalence du diabète

À l'image de la situation régionale et provinciale, la proportion de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète dans le Rocher-Percé s'est accrue depuis le début des années 2000 en passant de 6,9 % en 2000-2001 à 13,8 % en 2008-2009. Une part de cette augmentation est liée au fait que la population a vieilli durant cette période, mais le vieillissement n'explique pas toute l'augmentation. En effet, quand on élimine l'effet du vieillissement en calculant des prévalences ajustées (figure 96), on constate tout de même une progression, bien que moindre, de cette maladie au sein de la population de Rocher-Percé et même de celle du Québec.

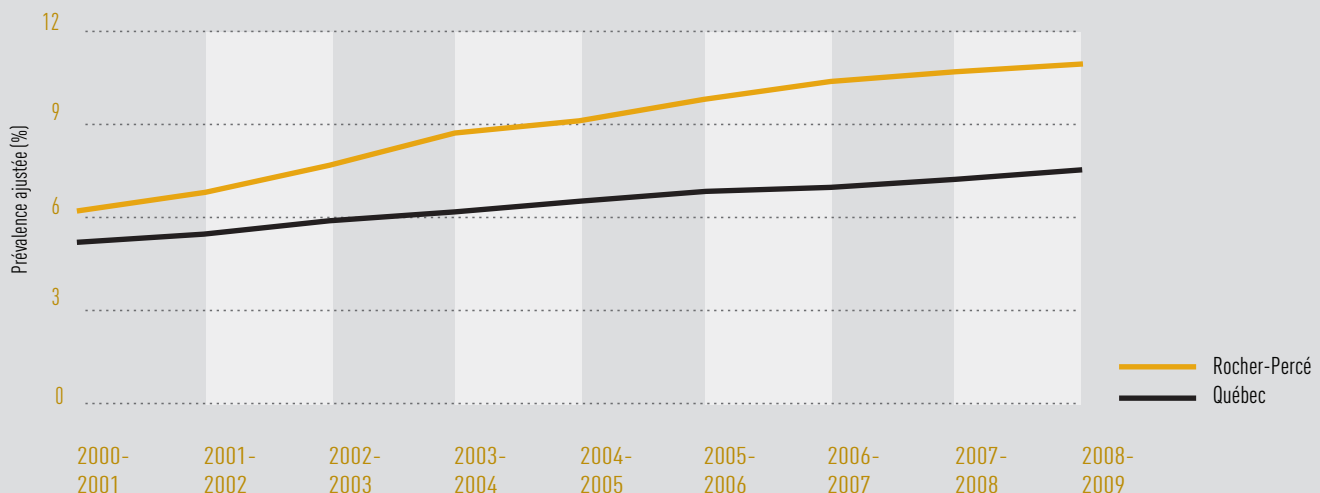
Ajoutons que la hausse du diabète s'est produite chez les femmes et chez les hommes ainsi que dans tous les groupes d'âge à partir de 20 ans, et ce, dans le Rocher-Percé comme partout dans la région et au Québec.

La population de Rocher-Percé est plus touchée par le diabète que celle du Québec

Comme le montre en effet la figure 97, près de 14 % de la population de Rocher-Percé souffre de diabète en 2008-2009, une proportion supérieure à celle du Québec. Cette situation n'est pas nouvelle et n'est pas unique non plus à Rocher-Percé; tous les territoires locaux de la région à l'exception de celui de La Côte-de-Gaspé, enregistrant des prévalences plus élevées de

Figure
96

Prévalence ajustée (en %) du diabète chez les 20 ans et plus, Rocher-Percé et Québec, 2000-2001 à 2008-2009



Source : INSPQ, mai 2011.

cette maladie que le Québec. Précisons ici que bien que moindre, l'écart observé entre le Rocher-Percé et le Québec demeure significatif même quand on contrôle pour le fait que la population de ce territoire local est plus vieille que celle du Québec (par le calcul de prévalence ajustée) (figure 97).

L'examen des données selon le sexe et le groupe d'âge au tableau 43 indique que cet écart entre le Rocher-Percé et le Québec s'observe tant chez les femmes que chez les hommes et peu importe l'âge.

Mise en garde

Les données sur la prévalence du diabète proviennent du jumelage de deux fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du fichier MED-ÉCHO du MSSS. Des trois fichiers, c'est celui des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ qui permet d'identifier la plupart des cas de diabète (INSPQ, mai 2009), de sorte que « ... si plusieurs médecins sur un territoire ont une forme de rémunération autre que la rémunération à l'acte (ex. : à salaire), l'information sur leur clientèle ne sera pas incluse dans les données » (INSPQ, mai 2009, page 3). Ceci impose donc la prudence dans la comparaison de la prévalence de cette maladie entre les territoires.

Les hommes et les groupes d'âge supérieurs plus atteints de diabète

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, la prévalence du diabète est, à âge égal, plus élevée chez les hommes que chez les femmes. À Rocher-Percé, la différence entre les femmes et les hommes est moindre et n'est pas significative au plan statistique (tableau 43). Toutefois, comme partout dans la région et au Québec, la prévalence de cette maladie augmente clairement avec le vieillissement à Rocher-Percé pour atteindre 32 % chez les 65 ans et plus de ce RLS (tableau 43).

Tableau 43

Prévalence ajustée (en %) du diabète chez les 20 ans et plus selon le sexe et prévalence brute selon l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008-2009

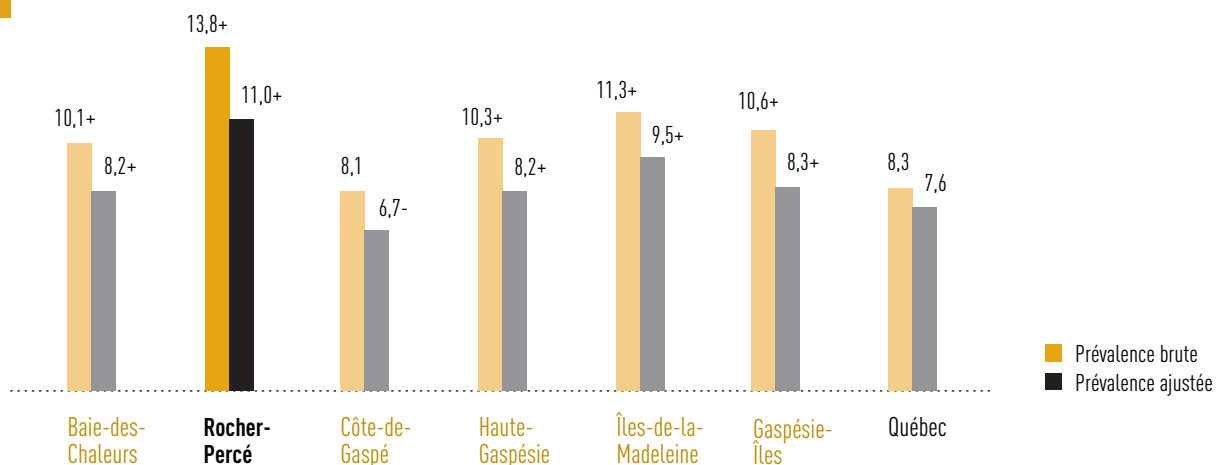
	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	10,8+	6,7
Hommes	11,2+	8,6
Groupe d'âge		
20-34 ans	1,4+	0,8
35-49 ans	5,3+	3,3
50-64 ans	14,1+	10,7
65 ans et plus	32,0+	22,8
65-74 ans	28,6+	20,9
75 ans et plus	36,1+	25,0
TOTAL (prévalence ajustée)	11,0+	7,6

Source : INSPQ, mai 2011.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Figure 97

Prévalence brute et ajustée (en %) du diabète chez les 20 ans et plus, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008-2009



Source : INSPQ, mai 2011.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les maladies dentaires

41.

Nous ne disposons pas, à strictement parler, de données sur la prévalence des maladies dentaires dans la région telles que la prévalence de la carie, de la gingivite ou de la malocclusion. Les seules données disponibles ont trait à la perception qu'ont les gens de leur santé buccodentaire, à la proportion de gens n'ayant plus de dents naturelles et celle ayant des douleurs aux dents ou aux gencives. Ce sont donc ces indicateurs, tirés d'enquêtes populationnelles, que nous présentons dans cette fiche ainsi que celui relatif à la consultation des dentistes et des orthodontistes.

La perception de sa santé buccodentaire

La population de Rocher-Percé ne se différencie pas de celle du Québec quant à la perception de sa santé dentaire

En 2008, la proportion de la population de Rocher-Percé considérant comme très bonne ou même excellente sa santé buccodentaire ne se différencie pas de celle du Québec de même qu'à l'opposé, la proportion la percevant passable ou mauvaise (figure 98).

Dans le Rocher-Percé comme c'est le cas en général en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les hommes perçoivent moins positivement leur santé buccodentaire que les femmes (tableau 44). De plus, à compter de 45 ans, le bilan que les gens font de leur santé dentaire devient plus négatif à tout le moins au Québec et une tendance semblable est observée dans le Rocher-Percé (tableau 44).

Puis, à titre indicatif, le revenu du ménage exerce une influence très nette sur le bilan que font les gens de cet aspect de leur santé, l'appréciation des moins nantis en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine étant franchement

moins positive que celle des plus favorisés : 21 % des personnes vivant dans des ménages à revenu inférieur considèrent comme passable ou mauvaise leur santé buccodentaire contre 3,7 %³² chez celles évoluant dans des ménages à revenu supérieur.

L'édentation complète

En 2008, 18 % de la population de Rocher-Percé n'a plus de dents naturelles

Avec ce pourcentage, le Rocher-Percé compte davantage de personnes n'ayant plus de dents naturelles que le Québec (11 %), un écart présent à la fois chez les femmes et chez les hommes ainsi que chez les 45-64 ans (tableau 45). Cette situation n'est cependant pas unique au Rocher-Percé; elle est observée dans tous les RLS comme en témoignent les données de la figure 99.

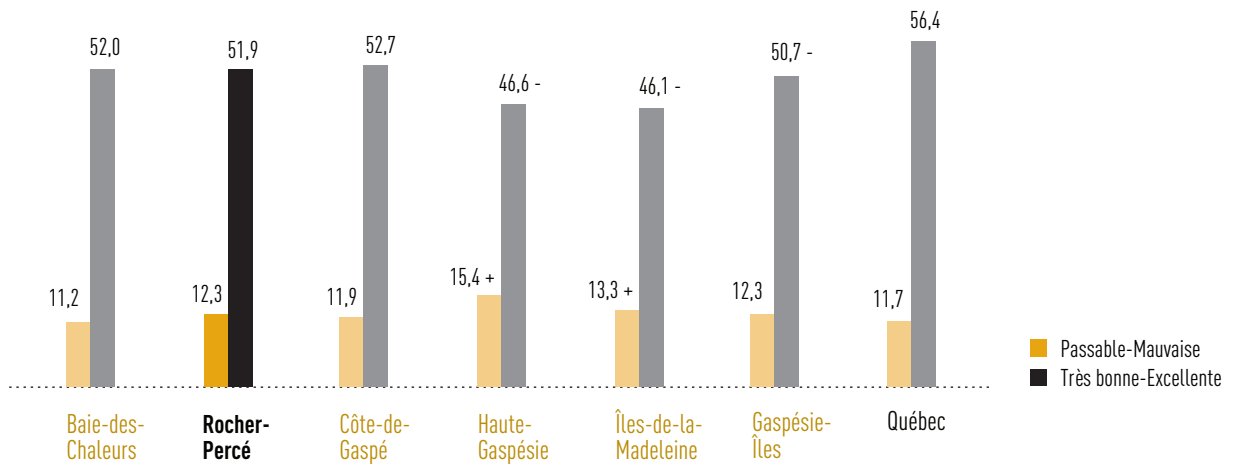
Par ailleurs, comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les femmes de Rocher-Percé sont proportionnellement plus nombreuses que leurs homologues masculins à ne plus avoir de dents naturelles (tableau 45), une différence entre les sexes qui est présente peu importe l'âge dans la région et au Québec. De plus, on notera au tableau 45 que près de la moitié de la population de Rocher-Percé de 65 ans et plus est complètement édentée. Encore ici, la situation des aînés de ce territoire local n'est pas unique, la prévalence de l'édentation complète variant de 48 à 61 % dans les autres RLS de la région pour une moyenne régionale de 53 %.

Finalement, comme plusieurs aspects en lien avec la santé dentaire, cet indicateur est intimement lié au revenu des ménages, la proportion de personnes édentées passant de 7,8 % chez les mieux nantis de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine à plus de 26 % chez les moins favorisés.

32 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Figure 98

Proportion (en %) des 15 ans et plus percevant passable ou mauvaise leur santé buccodentaire et proportion la percevant très bonne ou excellente, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

Note : Nous n'indiquons pas dans cette figure la proportion des personnes considérant bonne leur santé dans un souci d'alléger la figure.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Tableau 44

Proportion (en %) des 15 ans et plus percevant passable ou mauvaise leur santé buccodentaire selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	8,4*	10,1
Hommes	16,3*	13,3
Groupe d'âge		
15-24 ans	X	10,0
25-44 ans	8,7**	10,7
45-64 ans	14,5*	12,7
65 ans et plus	15,7**	13,1
TOTAL	12,3	11,7

Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Tableau 45

Proportion (en %) des 15 ans et plus n'ayant aucune dent naturelle selon le sexe et l'âge, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	21,9+	13,3
Hommes	14,5+	8,6
Groupe d'âge		
15-24 ans	X	0,6**
25-44 ans	X	0,6*
45-64 ans	20,5+	13,1
65 ans et plus	48,3	39,6
TOTAL	18,3+	11,0

Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de Rocher-Percé significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

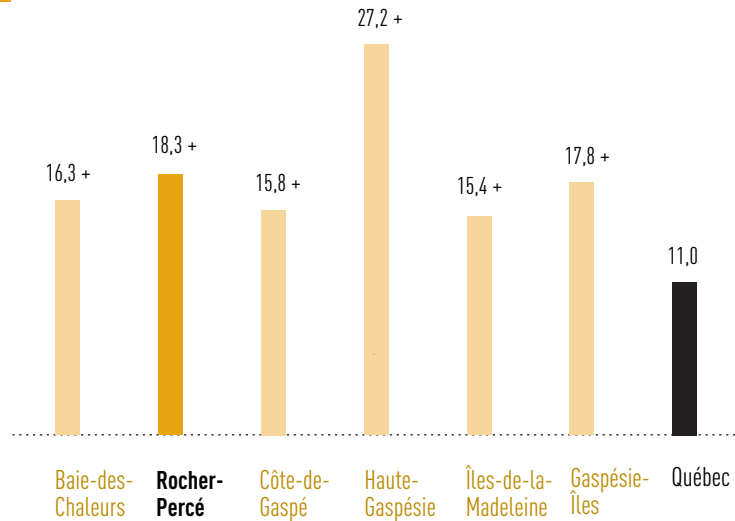
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Figure
99

Proportion (en %) des 15 ans et plus n'ayant aucune dent naturelle selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les douleurs aux dents ou aux gencives

Non disponible à l'échelle des RLS

Près des deux tiers de la population ne ressentent pas de douleurs aux dents ni aux gencives

Selon l'ESCC 2007-2008, 65 % de la population de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'ont pas éprouvé de douleurs ou de malaises aux dents ou aux gencives au cours du mois précédant l'enquête, tandis que 21 % en ont ressenti que rarement et 14 % parfois ou même souvent pour certains. Ces résultats ne sont pas différents de ceux du Québec. Mentionnons de plus que la fréquence des douleurs ou des malaises ne varie pas selon le sexe ni la langue parlée à la maison, ni le revenu. Toutefois, dans la région comme au Québec, plus on vieillit, moins on est susceptible de ressentir ce type de douleurs. En effet, dans la région, 43 % des jeunes de 12 à 17 ans n'ont jamais ressenti ces malaises ou douleurs dans le dernier mois, une proportion qui passe à 63 % chez les 35-44 ans pour se situer à 77 % chez les 65 ans et plus.

Les consultations aux dentistes ou orthodontistes

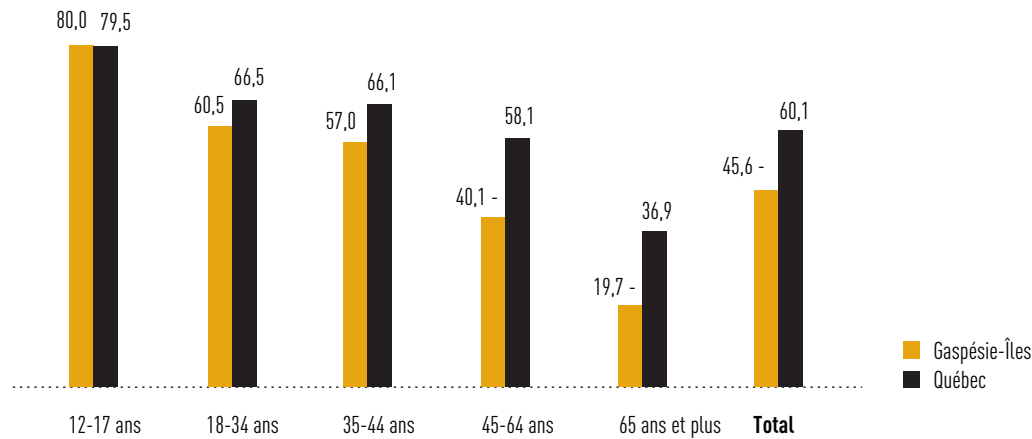
Non disponible à l'échelle des RLS

Les dentistes et les orthodontistes : moins souvent consultés par les Gaspésiens et Madelinots que par les Québécois

En 2007-2008, 46 % des personnes de 12 ans et plus dans la région ont consulté un dentiste ou un orthodontiste au cours d'une période de 12 mois, une proportion inférieure à celle du Québec (60 %) (figure 100). Cet écart en défaveur de la région n'est pas présent chez les jeunes de 12 à 17 ans (80 % ont consulté tant dans la région qu'au Québec). On l'observe seulement à compter de 18 ans, mais ne devient significatif statistiquement qu'à partir de 45 ans. Chez les aînés, la proportion à avoir consulté un dentiste ou un orthodontiste sur une période de 12 mois est presque deux fois moins élevée dans la région qu'au Québec (20 % contre 37 %). La figure 100 montre la baisse importante de la consultation à ce type de professionnels par la population gaspésienne et madelinienne avec l'avancement en âge.

Figure
100

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant consulté un dentiste ou un orthodontiste au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Par ailleurs, au Québec, les anglophones sont plus nombreux, en proportion, que les francophones à avoir consulté un dentiste ou un orthodontiste au cours d'une période de 12 mois (69 % contre 60 %). Cette différence ne ressort toutefois pas en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine où cette proportion se situe à 47 % chez les anglophones et à 46 % chez les francophones. Quant au revenu des ménages, il est clair dans la région et au Québec que plus celui-ci est élevé, plus la proportion de personnes ayant consulté ce type de professionnels l'est aussi. À preuve, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 35 % des personnes vivant dans des ménages à revenu inférieur ont consulté un dentiste ou un orthodontiste sur une période 12 mois, une proportion qui s'élève à 44 % chez celles à revenu moyen et à près de 60 % chez celles à revenu supérieur. Comme nous le voyons plus loin à la fiche 49, les dentistes et les orthodontistes ne sont pas les seuls professionnels de la santé pour lesquels les consultations sont ainsi influencées par le revenu. En règle générale, les professionnels qu'on retrouve davantage dans le privé que dans le régime public, comme c'est le cas des dentistes et des orthodontistes, sont plus souvent consultés par les mieux nantis que par les plus démunis.

Les blessures accidentelles

Les blessures dues aux mouvements répétitifs et autres blessures

42.

Les données présentées dans cette fiche sont tirées de l'EQSP 2008 et ont trait aux blessures accidentelles, c'est-à-dire les blessures non infligées volontairement qui ont été suffisamment graves pour limiter les activités normales des individus. Nous divisons les blessures en deux catégories selon leur cause : 1) les blessures causées par les mouvements répétitifs, c'est-à-dire par la surutilisation d'une articulation ou par la répétition fréquente d'un même mouvement; 2) les blessures non intentionnelles, c'est-à-dire les blessures occasionnées par d'autres causes comme un empoisonnement, une fracture, une coupure profonde ou une brûlure sérieuse. Précisons que si un individu a eu plus d'une blessure au cours de la période de référence, c'est la blessure la plus grave qui est retenue et documentée. Ce choix méthodologique au moment de la collecte de données peut ainsi avoir pour effet de sous-estimer la prévalence des blessures accidentelles au sein de la population (Camirand et Légaré, 2010).

Les blessures causées par les mouvements répétitifs

En 2008, près d'une personne sur dix dans le Rocher-Percé a subi une blessure due aux mouvements répétitifs

Comme le montre la figure 101, le Rocher-Percé de même que tous les autres RLS de la région ne se distinguent pas du Québec eu égard à la proportion des 15 ans et plus ayant eu, en 2008, une blessure attribuable aux mouvements répétitifs suffisamment grave pour limiter leurs activités normales. Dans le Rocher-Percé, ce constat est vrai globalement et l'est aussi, toujours au sens statistique, chez les femmes et chez les hommes ainsi que dans tous les groupes d'âge à compter de 25 ans (tableau 46).

Les travailleurs-ses sont plus vulnérables aux blessures dues aux mouvements répétitifs

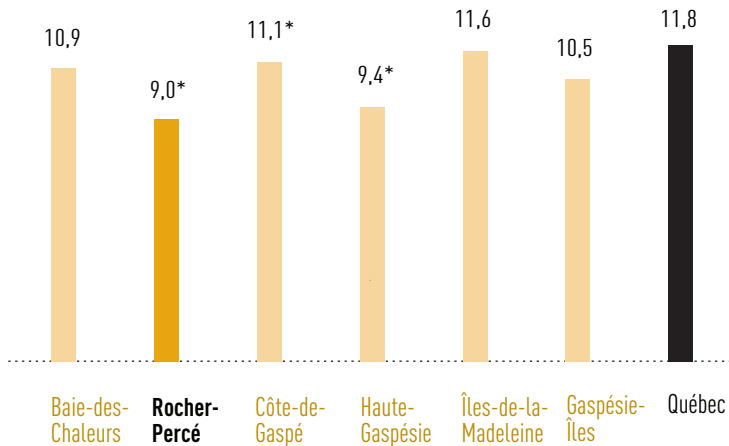
Mentionnons d'abord que les hommes et les femmes ne se différencient pas relativement à cet indicateur de santé, et ce, dans le Rocher-Percé comme partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec (tableau 46).

Pour ce qui est de l'âge, il est clair au Québec comme dans l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine que les aînés sont moins touchés par ces blessures que les personnes appartenant aux groupes plus jeunes, notamment les 25-64 ans au Québec (tableau 46). Ce résultat traduit en quelque sorte le lien qui existe par ailleurs entre l'occurrence de ces blessures et l'occupation. On note en effet que 14 % des travailleurs-ses au Québec déclarent avoir subi ce type de blessures sur une période de 12 mois alors qu'à l'opposé, les personnes retraitées sont les moins vulnérables avec une proportion de 6,9 % (tableau 46). D'ailleurs, comme l'illustre la figure 102, la majorité des Québécoises et Québécois qui ont subi ce type de blessures en 2008 se sont blessées lors d'un travail rémunéré (45 %). Bien que reposant sur des estimations imprécises, les résultats de Rocher-Percé vont dans le même sens que ceux du Québec tant pour ce qui concerne l'âge que l'occupation principale et l'activité pratiquée au moment de la blessure (tableau 46 et figure 102).

Finalement, pour une des premières fois dans ce portrait de santé, les mieux nantis sont un peu plus nombreux que les moins nantis, à tout le moins au Québec, à avoir subi en 2008 une blessure consécutive aux mouvements répétitifs. Bien que non significative, une tendance semblable est observée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine : 11,1 % chez les mieux nantis contre 8,6 % chez les moins favorisés.

Figure 101

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant subi, au cours d'une période de 12 mois, une blessure due aux mouvements répétitifs suffisamment grave pour limiter leurs activités normales, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Tableau 46

Proportion (en %) des 15 ans et plus victimes d'une blessure attribuable aux mouvements répétitifs au cours d'une période de 12 mois selon diverses caractéristiques, Rocher-Percé et Québec, 2008

Caractéristiques	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	9,6*	11,6
Hommes	8,3**	12,0
Groupe d'âge		
15-24 ans	X	10,1
25-44 ans	8,3**	13,7
45-64 ans	12,3*	14,0
65 ans et plus	4,4**	4,9
Occupation principale		
Travailleurs-ses	12,3*	13,9
Étudiants	X	9,9
Sans emploi	7,5**	12,3
Retraités	5,5**	6,9
TOTAL	9,0*	11,8

Source : ISQ, EQSP 2008.

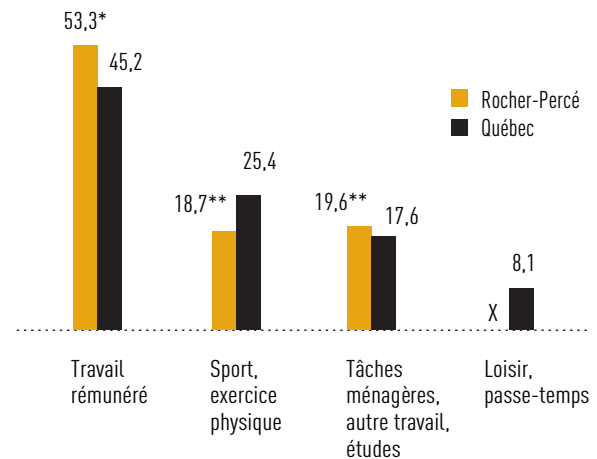
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Figure 102

Répartition (en %) des victimes de blessures dues aux mouvements répétitifs assez graves pour limiter les activités normales selon l'activité pratiquée au moment de la survenue de la blessure¹, Rocher-Percé et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

¹ Plusieurs activités peuvent avoir été mentionnées pour une même blessure. Seules les quatre activités les plus souvent mentionnées sont présentées dans la figure, de sorte que le total ne donne pas 100 %.

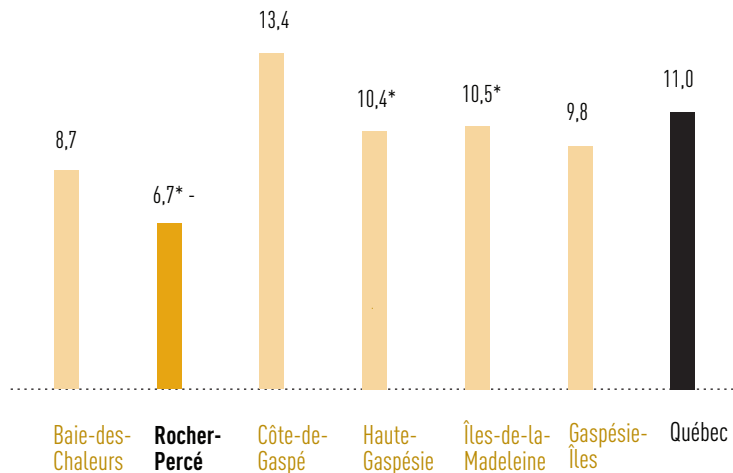
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

Figure
103

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant subi au cours d'une période de 12 mois une blessure non intentionnelle suffisamment grave pour limiter leurs activités normales, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les blessures non intentionnelles

Rappelons que les blessures dites non intentionnelles n'ont pas été causées par des mouvements répétitifs, mais plutôt par une fracture, une coupure ou une brûlure sévère. De plus, ces blessures doivent avoir été suffisamment graves pour limiter les activités normales de la personne.

En 2008, moins de 7 % des personnes de 15 ans et plus de Rocher-Percé ont subi une blessure non intentionnelle

Cette proportion obtenue dans le Rocher-Percé est inférieure à celle du Québec (figure 103), un écart principalement attribuable aux hommes (tableau 47). Autrement, aucune différence n'est détectée entre ces deux territoires chez les femmes, ni dans aucun groupe d'âge.

Au Québec, les hommes et les 15-24 ans sont plus à risque de blessures non intentionnelles

D'abord, bien que les données selon le sexe à l'échelle locale doivent être interprétées avec prudence, les hommes de Rocher-Percé ne semblent pas plus nombreux que les femmes à avoir été victimes de blessures non intentionnelles en 2008. Ce constat diffère de celui obtenu à l'échelle du Québec où un écart est mis en évidence à cet égard entre les sexes (tableau 47).

De plus comme le montre le tableau 47, l'occurrence de ces blessures au Québec est plus fréquente chez les 15-24 ans et diminue ensuite progressivement avec l'avancement en âge. Dans le Rocher-Percé, malgré l'imprécision des estimations, celles-ci suivent cette même tendance qu'au Québec.

Par ailleurs, au Québec et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, c'est dans les ménages composés de couples avec enfants et les familles monoparentales que la proportion de blessures non intentionnelles est la plus élevée (tableau 47). On pourrait ainsi croire que les familles avec enfants s'adonnent à des activités qui les exposent à davantage de risques de blessures (Camirand et Légaré, 2010). Or, il n'en est rien. Des analyses supplémentaires faites à l'échelle régionale indiquent plutôt que ces résultats traduisent le fait que les familles avec enfants comptent davantage de jeunes de 15 à 24 ans que les autres types de ménage et que les jeunes, rappelons-le, sont plus souvent victimes de blessures non intentionnelles que les groupes plus vieux. Car à âge égal, le risque de blessures n'est pas plus élevé dans les familles avec enfants que dans les autres ménages (résultats non illustrés). Dans le Rocher-Percé, il est plus difficile de conclure eu égard au lien entre l'occurrence de ces blessures et la composition du ménage en raison de l'imprécision des données et des données confidentielles.

Ajoutons à titre indicatif qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, contrairement aux blessures

**Tableau
47**

Proportion (en %) des 15 ans et plus victimes d'une blessure non intentionnelle au cours d'une période de 12 mois selon diverses caractéristiques, Rocher-Percé et Québec, 2008

Caractéristiques	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	7,3**	9,2
Hommes	6,1**-	12,9
Groupe d'âge		
15-24 ans	16,1**	17,5
25-44 ans	10,3**	12,1
45-64 ans	3,6**	9,3
65 ans et plus	3,6**	6,5
Composition du ménage		
Personne seule	7,3**	9,5
Couple sans enfant	3,9**-	9,1
Couple avec enfants	10,9**	11,8
Famille monoparentale	X	13,3
Autres	X	14,9
TOTAL	6,7*-	11,0

Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de Rocher-Percé significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

attribuables à des mouvements répétitifs, la prévalence de ces blessures causées notamment par des fractures ou des coupures n'est pas associée au revenu des ménages.

Le domicile est l'endroit où les gens se blessent le plus souvent

Dans le Rocher-Percé, parmi les personnes de 15 ans et plus victimes d'une blessure non intentionnelle en 2008, 43 %³³ des personnes se sont blessées dans une résidence (dans ou autour de la maison), une proportion ne se différenciant pas au sens statistique de celle du Québec (40 %).

Les chutes sont responsables du plus grand nombre de blessures non intentionnelles

Dans le Rocher-Percé comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les chutes se démarquent franchement des autres causes de blessures : 37 %³⁴ des gens de Rocher-Percé qui se sont blessés de manière accidentelle sur une période de 12 mois l'ont été des suites d'une chute. Rapporté à l'ensemble de la population, ceci signifie qu'environ 2,5 %³⁵ des 15 ans et plus dans le Rocher-Percé ont chuté sur une période de 12 mois (3,7 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et 3,8 % au Québec).

À titre indicatif, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, la cause de blessure la plus fréquente après les chutes est attribuable aux efforts excessifs ou aux mouvements ardues avec un peu plus de 20 % des blessures. De plus, toujours dans la région et au Québec, les types d'activités les plus souvent pratiqués au moment où surviennent les blessures non intentionnelles sont : 1) le sport ou l'exercice physique; 2) le travail rémunéré; 3) les tâches ménagères, un autre travail ou les études.

33 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

34 Idem.

35 Idem.

Les blessures causées par les chutes chez les aînés québécois

Rappelons d'abord que le risque de blessures accidentelles suffisamment graves pour limiter les individus dans leurs activités diminue avec l'avancement en âge, les aînés étant les moins à risque à cet égard : 6,5 % des 65 ans et plus au Québec ont été victimes d'une blessure non intentionnelle en 2008 contre 17,5 % chez les 15-24 ans (réf. : tableau 47). Toutefois, lorsque les aînés se blessent, c'est plus souvent des suites d'une chute que les plus jeunes. En effet, 60 % des aînés qui se sont blessés au Québec en 2008 l'ont été des suites d'une chute contre moins de 35 % dans les groupes plus jeunes.

Mais somme toute, en 2008, la proportion d'aînés québécois qui se sont blessés à cause d'une chute de manière assez grave pour limiter leurs activités ne se différencie pas de celle de l'ensemble de la population (3,9 % contre 3,8 %). En d'autres mots, le risque des aînés à cet égard n'est pas plus élevé que celui de l'ensemble de la population. Au contraire, ce sont plutôt les jeunes de 15 à 24 ans qui sont les plus vulnérables avec 5,8 %. Les mêmes tendances sont observées en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la prévalence des chutes étant de 10,7 %³⁶ chez les 15-24 ans et de 2,5 %³⁷ chez les aînés. Toutefois, est-il nécessaire de rappeler que les chutes chez les aînés sont souvent lourdes de conséquences à long terme?

Mentionnons en terminant qu'en 2008, au Québec, les femmes aînées sont plus nombreuses que leurs homologues masculins à s'être blessées en raison d'une chute (4,8 % contre 2,8 %), particulièrement chez celles vivant seules (6,4 %).

36 CV entre 15 % et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

37 CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

43.

Les troubles musculosquelettiques

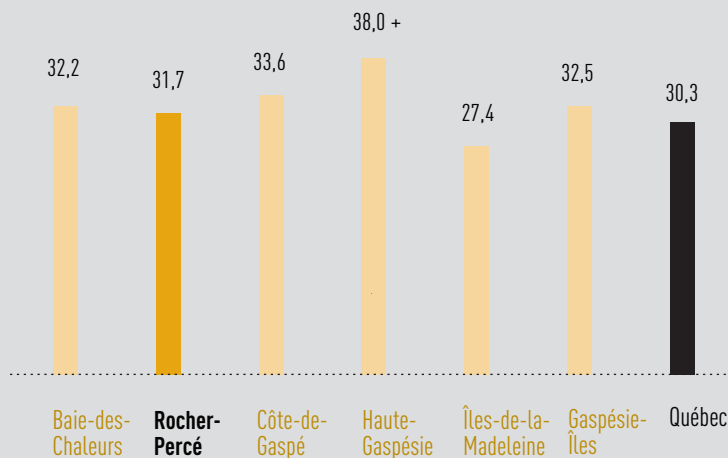
Les TMS incluent l'arthrite, l'ostéoporose, les tendinites et toutes autres douleurs aux muscles, aux tendons, aux os ou aux articulations assez importantes pour déranger les activités quotidiennes d'un individu. Si ces douleurs peuvent avoir été causées par une blessure accidentelle comme l'utilisation répétitive des structures musculosquelettiques, elles peuvent aussi être associées à l'inactivité ou à la dégénérescence liée à l'âge. Malgré cela, nous avons fait le choix de parler des TMS à l'intérieur du grand thème des blessures accidentelles.

Près du tiers de la population de Rocher-Percé souffre d'un TMS

En 2008, 32 % des personnes de 15 ans et plus dans le Rocher-Percé étaient atteintes d'un TMS suffisamment sévère pour les déranger dans leurs activités quotidiennes, une prévalence ne se différenciant pas de celle du Québec (figure 104). L'analyse des données selon le sexe et l'âge ne permet pas non plus de détecter de différence à cet égard entre le Rocher-Percé et le Québec (tableau 48).

Figure
104

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant souffert d'un TMS au cours d'une période de 12 mois, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

+ Pourcentage de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Tableau
48

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant souffert d'un TMS au cours d'une période de 12 mois selon diverses caractéristiques, Rocher-Percé et Québec, 2008

Caractéristiques	Rocher-Percé	Québec
Sexe		
Femmes	36,0	35,2
Hommes	27,3	25,3
Groupe d'âge		
15-24 ans	25,0**	22,3
25-44 ans	23,1*	28,0
45-64 ans	37,9	34,9
65 ans et plus	33,8	32,9
Statut pondéral		
Poids insuffisant	X	27,9
Poids normal	29,5	28,3
Embonpoint	32,0	29,8
Obésité	34,7*	37,9
TOTAL	31,7	30,3

Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

En général, les TMS touchent plus les femmes, les personnes de 45 ans et plus, les moins nantis et les personnes obèses

Au Québec, plus de femmes que d'hommes ont déclaré souffrir d'un TMS en 2008 (35 % contre 25 %). Bien que non significative, une tendance semblable est observée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et dans le Rocher-Percé (tableau 48).

Par ailleurs, alors que ces affections touchent environ le quart des personnes de 15 à 44 ans au Québec, la prévalence atteint son plus haut niveau chez les 45-64 ans avec 35 %. Cette dernière proportion ne se différencie pas de celle notée chez les aînés (33 %). Bien que plus imprécis, les résultats obtenus pour le Rocher-Percé vont aussi dans ce sens comme en témoignent les données au tableau 48.

Puis, 38 % des personnes obèses au Québec souffrent d'un TMS en 2008, une proportion qui est de 28 % chez les personnes au poids normal. Dans le Rocher-Percé, cet écart selon le statut pondéral est de moindre importance, mais va dans le même sens (tableau 48).

Finalement, encore ici, on note une différence entre les moins et les mieux nantis, ces derniers enregistrant une prévalence de TMS de 26 % contre 36 % chez les moins nantis en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Le gradient exercé par le revenu sur l'occurrence de ces troubles est aussi très clair au Québec (résultats non illustrés).

Une personne sur cinq en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre d'un TMS attribuable au travail

En 2008, 20 % des personnes de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrent d'un TMS qu'elles associent au travail, tandis que 14 % sont atteintes d'un TMS qu'elles ne peuvent attribuer au travail. Ces résultats justifient donc que l'on poursuive et intensifie même les actions préventives en milieu de travail, mais aussi que l'on ne néglige pas celles qui pourraient être faites dans les autres milieux où de tels troubles peuvent survenir comme les centres sportifs et les foyers pour personnes âgées (Camirand et Légaré, 2010). Ces données n'ont pas été analysées à l'échelle des RLS.

Les accidents de véhicules moteurs

44.

Nous rendons compte dans cette fiche de la situation des décès attribuables aux accidents de véhicules moteurs. Les accidents de véhicules moteurs sont des accidents survenant sur la voie publique ou en dehors de celle-ci et impliquant au moins un des véhicules moteurs suivants : motocyclette, voiture, autobus, camionnette, camion lourd, véhicule industriel et véhicule agricole. Nous avons exclu les accidents de véhicules hors route survenant en dehors de la voie publique pour les traiter à part à la fiche suivante. Le fichier utilisé est le Fichier des décès, de sorte que la situation présentée ici a trait aux personnes de Rocher-Percé décédées dans un accident de véhicules moteurs peu importe le lieu de l'accident, c'est-à-dire que l'accident a eu lieu dans la région ou ailleurs.

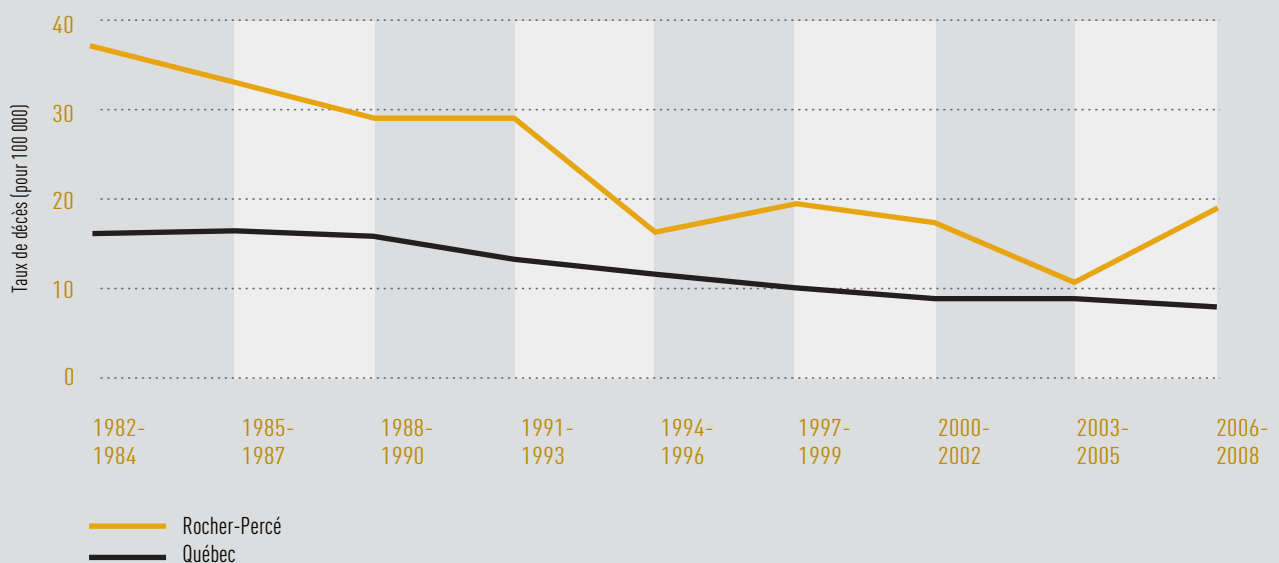
Baisse des décès sur les routes

Depuis la création de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) en 1978, le taux de décès par accident de véhicules routiers au Québec a connu une baisse importante et cela s'est poursuivi dans les dernières années, alors que le nombre de titulaires de permis de conduire a augmenté de 61 % et celui des véhicules en circulation, de 96 % (SAAQ, 2010).

À compter des données du Fichier des décès, on constate aussi une baisse générale des décès par véhicules moteurs depuis le début des années 80 chez la population de Rocher-Percé et celle du Québec (figure 105) comme c'est aussi le cas dans l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Toutefois, la baisse dans le Rocher-Percé a été surtout marquée de 1982-1984 jusqu'au milieu des années 90; après quoi, le taux a fluctué sans qu'aucune tendance claire à la baisse ni à la hausse ne se dégage. Il sera intéressant de suivre cet indicateur de manière à voir comment il continuera d'évoluer dans les prochaines années.

Figure
105

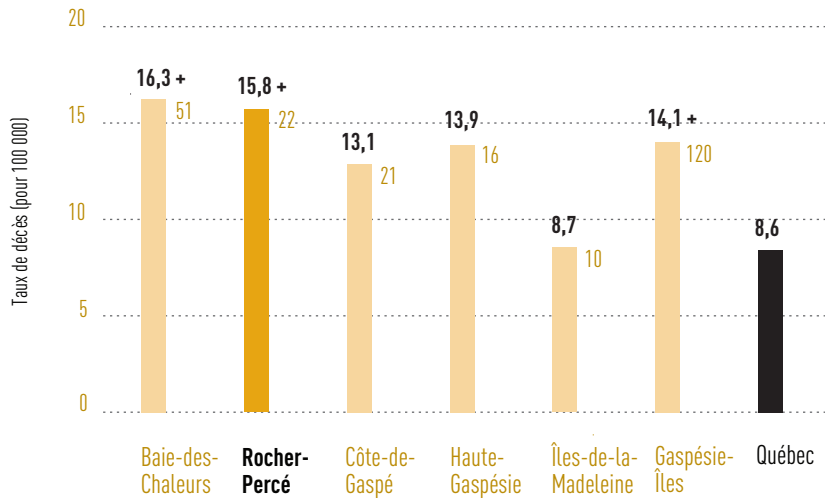
Taux ajusté de décès (pour 100 000) par accident de véhicules moteurs (excluant les véhicules hors route),
Rocher-Percé et Québec, 1982-1984 à 2006-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Figure
106

Taux ajusté de décès (pour 100 000) par accident de véhicules moteurs (excluant les véhicules hors route),
RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2000-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total de décès survenus au cours des neuf ans.

+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

L'écart entre le Rocher-Percé et le Québec persiste

Au cours des dernières décennies, à l'exception des périodes 1994-1996 et 2003-2005, le taux de décès par accident de véhicules moteurs a toujours été plus élevé au sein de la population de Rocher-Percé qu'au sein de la population du Québec (réf. : figure 105), et ceci est encore vrai en 2006-2008 (18,8 contre 7,9 pour 100 000). Au cours de la période 2000-2008, cette surmortalité de Rocher-Percé sur les routes s'observe à la fois chez les hommes (22,1 pour 100 000 contre 12,5 chez les Québécois) et chez les femmes (10,5 pour 100 000 contre 4,9 chez les Québécoises).

Comme l'indique la figure 106, le Rocher-Percé n'est pas le seul territoire à se distinguer ainsi du Québec par un plus haut taux de décès par accident de véhicules moteurs. En fait, seul le territoire des Îles-de-la-Madeleine ne s'est jamais distingué du Québec à ce chapitre de 1982-1984 à 2006-2008. C'est d'ailleurs là qu'on enregistre en général le plus bas taux de décès pour cette cause dans la région.

Il reste toutefois que depuis le début des années 80, le Rocher-Percé avec la Baie-des-Chaleurs sont les deux territoires locaux qui ont enregistré les plus hauts taux de décès par accident de véhicules moteurs de la région, des taux pratiquement toujours supérieurs à ceux du Québec.

Par ailleurs, sexes réunis, le surplus de décès par accident de véhicules moteurs chez la population de Rocher-Percé en 2000-2008 n'est pas attribuable à un groupe d'âge particulier, mais semble plutôt généralisé à l'ensemble des groupes d'âge (résultats non illustrés).

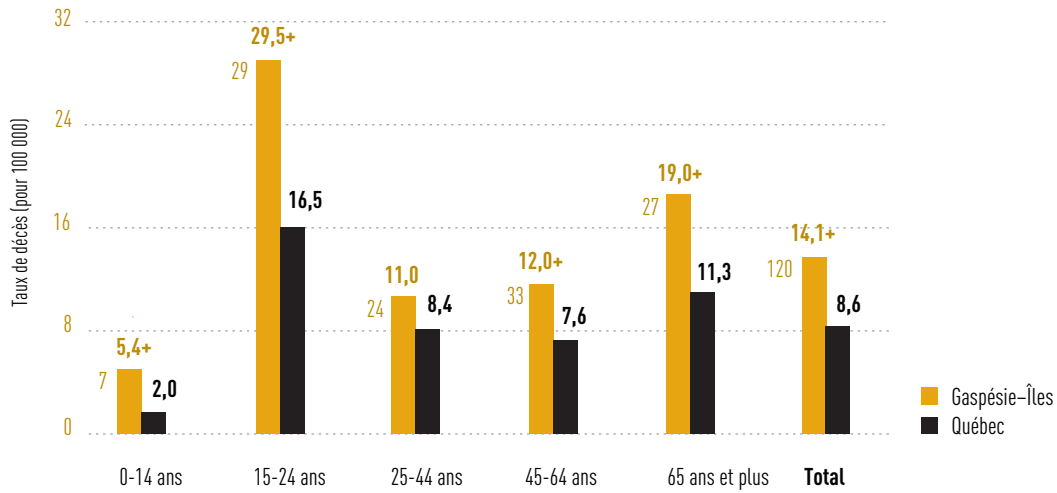
Les hommes, principalement ceux de 15 à 24 ans, plus à risque de mourir dans un accident de véhicules moteurs

Comme partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, les hommes sont davantage victimes de ce genre d'accidents que les femmes dans le Rocher-Percé. Plus concrètement, sur les 22 personnes de Rocher-Percé décédées d'un accident de véhicules moteurs de 2000 à 2008, 14 étaient des hommes, soit près des deux tiers. Qui plus est, le taux de décès pour cette cause chez les hommes est particulièrement élevé chez les 15-24 ans, faisant de ce groupe le groupe le plus à risque de mourir dans un accident de véhicules moteurs. Ce dernier constat est vrai dans l'ensemble de la région et au Québec et une tendance similaire s'observe dans le Rocher-Percé bien que les faibles effectifs invitent à la prudence.

Par ailleurs, sexes réunis, une attention particulière doit aussi être portée aux aînés, ceux-ci enregistrant un taux de décès relativement élevé pour cette cause dans la région et au Québec (figure 107).

Figure
107

Taux de décès (pour 100 000) par accident de véhicules moteurs (excluant les véhicules hors route) selon l'âge, sexes réunis, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2000-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Notes : Les chiffres à gauche des bâtonnets indiquent le nombre total de décès survenus au cours des neuf ans dans la région.

Le taux global de décès (TOTAL) est un taux ajusté pour la structure d'âge.

+ Taux de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

45.

Les accidents de véhicules hors route

Les accidents de véhicules hors route comprennent les accidents impliquant au moins un véhicule hors route comme une motoneige ou un véhicule tout-terrain (VTT) et survenant sur la voie publique ou en dehors de celle-ci.

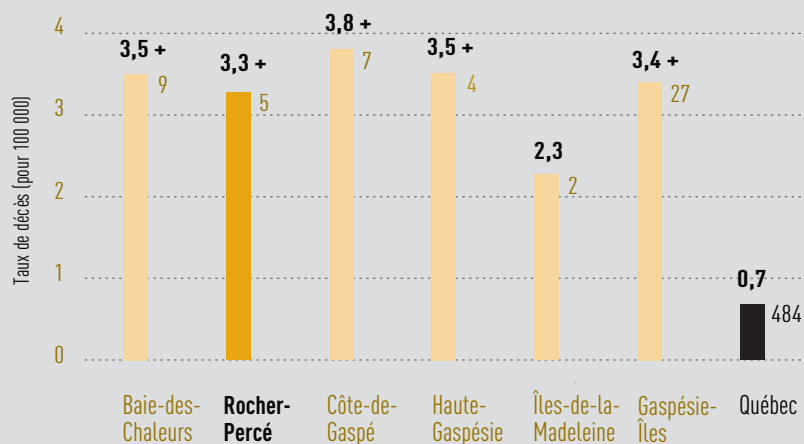
Les véhicules hors route font plus de décès dans le Rocher-Percé qu'au Québec

De 2000 à 2008, 5 personnes, tous des hommes, de Rocher-Percé ont perdu la vie des suites d'un accident de véhicules hors route (motoneiges et VTT). Notons que tous ces décès sont survenus hors de la voie publique.

En dépit des faibles nombres à l'échelle locale, nous avons tout de même calculé des taux de décès, ceux-ci doivent cependant être interprétés avec prudence. Ainsi, pour la période 2000-2008, le taux de décès pour cette cause dans le Rocher-Percé est supérieur à celui du Québec (figure 108) comme c'est le cas partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, sauf aux Îles.

Figure
108

Taux ajusté de décès (pour 100 000) par accident de véhicules hors route (motoneiges et VTT), RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2000-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total de décès survenus au cours des neuf ans.
+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le surplus de décès persiste même quand on tient compte du fait qu'il y a plus de véhicules hors route dans la région qu'au Québec

Selon les données 2008 de la SAAQ, il y a 16 909 véhicules hors route immatriculés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine³⁸. Rapporté à l'ensemble de la population, ceci signifie que la région compte 179 véhicules de ce type pour 1 000 personnes. Ce taux est 2,7 fois plus élevé que celui du Québec, lequel est de 67 pour 1 000. En d'autres mots, il y a, au prorata de la population, plus de véhicules hors route en circulation en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec. Cet écart entre la région et le Québec était du même ordre de grandeur en 1997.

Le fait que la population régionale soit ainsi plus exposée, si on veut, à ce genre d'accidents, n'explique toutefois pas la totalité du surplus de décès pour cette cause dans la région. En effet, il y a 2,7 fois plus de véhicules hors route dans la région certes, mais le taux de décès par accidents pour ce type de véhicules est près de 5 fois plus élevé dans la région qu'au Québec

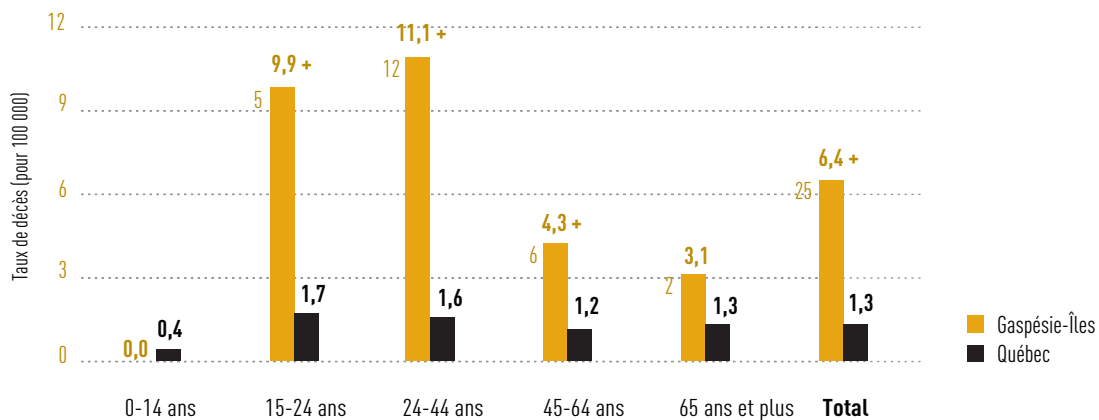
en 2000-2008. Ainsi, une part du surplus de décès pour cette cause dans la région doit trouver son explication ailleurs, par exemple, dans la fréquence d'utilisation de ces véhicules ou encore dans les comportements des conducteurs.

Les hommes, particulièrement les 15-44 ans, sont les principales victimes des accidents de véhicules hors route

Comme nous l'avons vu, les 5 personnes de Rocher-Percé mortes dans un accident de véhicules hors route en 2000-2008 étaient des hommes. Cette surreprésentation des hommes dans cette cause de décès est observée partout dans la région et au Québec. À titre indicatif, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, sur les 27 personnes décédées d'un accident de véhicules hors route de 2000 à 2008, 25 étaient des hommes, dont 5 avaient de 15 à 24 ans et 12, de 25 à 44 ans, faisant de ces groupes d'âge les groupes les plus à risque à ce type d'accidents (figure 109). Les trop faibles effectifs dans chacun des RLS ne permettent pas de faire ces analyses selon l'âge.

Figure 109

Taux de décès (pour 100 000) par accident de véhicules hors route selon l'âge, HOMMES, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2000-2008



Source : MSSS, Fichier des décès.

Notes : Les chiffres à gauche des bâtonnets indiquent le nombre total de décès survenus au cours des neuf ans chez les hommes de la région.

Le taux global de décès (total) est un taux ajusté pour la structure d'âge.

+ Taux de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

38 Nous ne connaissons pas ces données dans les RLS.

Les maladies infectieuses

46.

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Nous faisons état à l'intérieur de cette fiche de la situation locale et provinciale la plus récente eu égard aux ITSS. Plus précisément, nous présentons d'abord la proportion de personnes ayant déjà reçu, de la part d'un médecin ou d'une infirmière, un diagnostic d'ITS tel que la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital ou les condylomes. Ensuite, nous dressons un bref portrait de trois maladies à déclaration obligatoires (MADO) qui sont en progression au Québec, à savoir la chlamydie, la gonorrhée et la syphilis. Quelques données sur l'hépatite C, une infection qui se transmet surtout lors du partage de seringues, sont aussi présentées.

La prévalence à vie des ITS

Environ 6 % des personnes de Rocher-Percé ayant eu des relations sexuelles ont reçu un diagnostic d'ITS au cours de leur vie

Cette prévalence à vie des ITS, estimée en 2008, ne se différencie pas de celle obtenue au Québec (figure 110), et ce, chez les femmes et chez les hommes (tableau 49).

Au Québec, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir déjà reçu un diagnostic d'ITS au cours de leur vie (tableau 49), une tendance, bien que non significative statistiquement, aussi notée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine de même que dans le Rocher-Percé.

Précisons que l'EQSP ne permet pas de connaître le nombre ni le type de diagnostic d'ITS que les gens ont reçu au cours de leur vie. Toutefois, comme nous le voyons tout de suite après, la chlamydie est de loin l'ITSS la plus souvent déclarée aux autorités de santé publique.

Tableau 49

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles et ayant reçu un diagnostic d'ITS au cours de leur vie selon le sexe, Rocher-Percé et Québec, 2008

	Rocher-Percé	Québec
Femmes	7,6*	9,2
Hommes	4,6**	7,1
TOTAL	6,2*	8,2

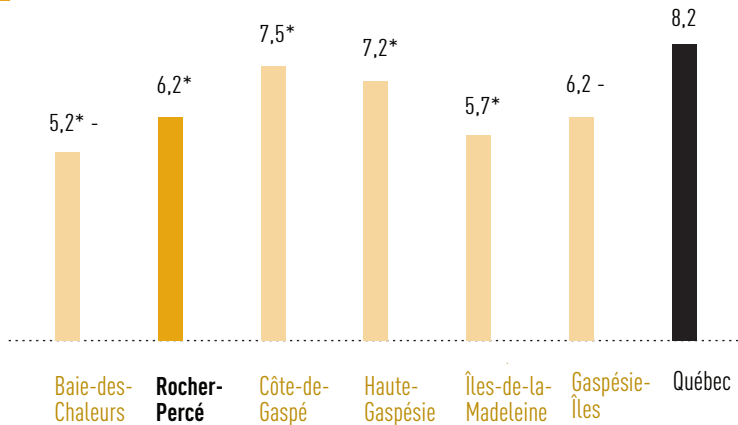
Source : ISQ, EQSP 2008.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Figure
110

Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles et ayant reçu un diagnostic d'ITS au cours de leur vie, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2008



Source : ISQ, EQSP 2008.

- Pourcentage de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Les déclarations d'infections à chlamydia

De loin l'infection la plus déclarée

Dans le Rocher-Percé, les infections à chlamydia ont contribué pour 83 % de l'ensemble des ITSS déclarées au registre régional des MADO au cours des dernières années. Cette situation n'est pas unique à ce territoire, le pourcentage correspondant dans l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine étant de 70 à 85 % selon les années.

Plus précisément, en 2009, 17 infections à chlamydia ont été enregistrées pour le Rocher-Percé. Comme le montre la figure 111, après avoir connu une baisse à la fin de la décennie 90, le nombre de cas de chlamydioses a progressé de façon importante jusqu'en 2004 pour redescendre abruptement l'année suivante et connaître ensuite des variations importantes jusqu'en 2009. Bien que reposant sur peu de déclarations annuelles comme en témoignent les données de la figure 111, ce patron d'évolution des infections à chlamydia dans le Rocher-Percé s'apparente à celui de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Québec, à la différence que dans la région et au Québec, le nombre de cas en 2009 a atteint un sommet depuis les quelque quinze dernières années. À titre indicatif, mentionnons qu'au Québec, le taux d'incidence de ces infections a plus que doublé entre 1997 et 2009 (MSSS, 2010).

Précisons qu'en 2007-2009, le taux de chlamydia dans le Rocher-Percé se maintient à un niveau inférieur à celui du Québec (76 versus 181 pour 100 000 au Québec) (figure 112).

La transmission des ITSS

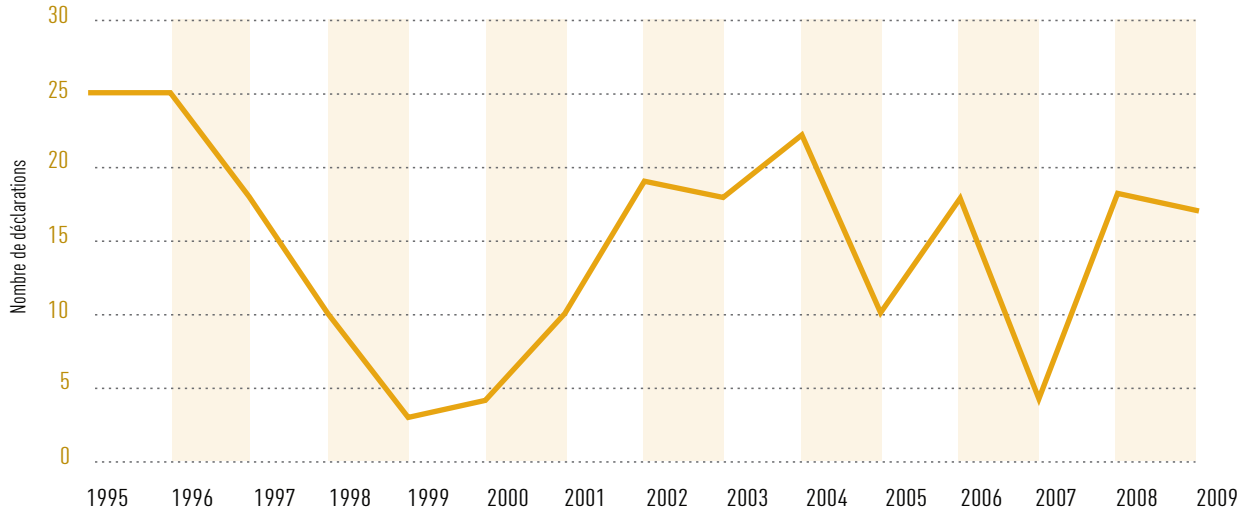
Les ITSS sont transmises par des bactéries (chlamydia, gonorrhée et syphilis) ou des virus (virus de l'immunodéficience humaine [VIH], papillome humain, herpès génital, hépatites B et C) lors de contacts sexuels, par le sang ou encore de la mère à l'enfant durant la grossesse ou au moment de l'accouchement (MSSS, 2010).

Les femmes, particulièrement celles de 15 à 24 ans, sont plus touchées par ces infections

En 2009, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, environ les trois quarts des personnes infectées par la chlamydia sont des femmes, une majorité étant âgée de 15 à 24 ans, de sorte que globalement les jeunes femmes représentent près de 60 % de l'ensemble des cas d'infections à chlamydia signalés (Jalbert et Parent, 2011). Cette situation n'est pas nouvelle et n'est pas propre à notre région, les jeunes femmes étant partout au Québec surreprésentées dans les statistiques de déclaration de cette affection (MSSS, 2010).

Figure 111

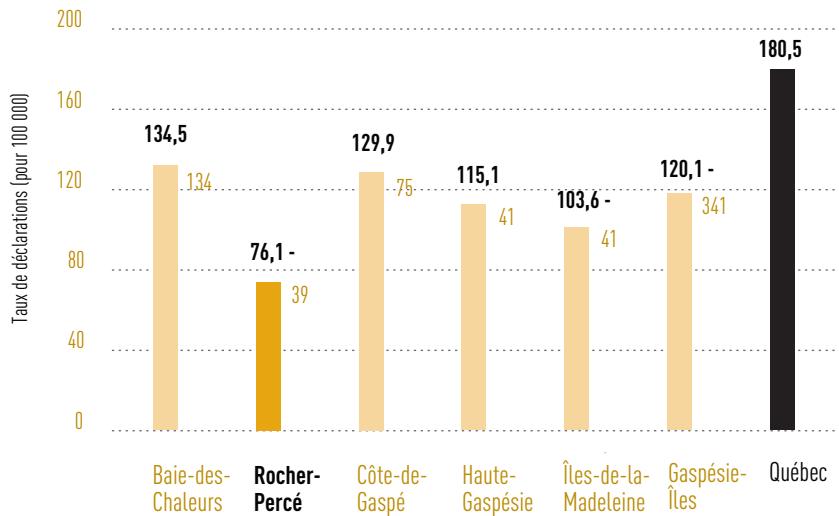
Nombre de déclarations d'infections génitales à chlamydia, Rocher-Percé, 1995 à 2009



Sources : Fichier des MAD0, Laboratoire de santé publique du Québec, INSPQ; DSP Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Bulletin Diffusion-Protection, Rapport annuel 2009.

Figure 112

Taux annuel moyen (pour 100 000) de déclarations d'infections à chlamydia, RLS et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2007-2009 et Québec 2008



Source : DSP Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Bulletins Diffusion-Protection, Rapports annuels 2007, 2008 et 2009.

Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total de déclarations d'infections à chlamydia sur ce territoire au cours des trois années 2007 à 2009.
- Taux de ce territoire significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les déclarations de gonorrhée

Le nombre de cas déclarés demeure faible en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Tandis que les infections gonococciques sont en progression rapide et constante depuis dix ans au Québec (MSSS, 2010), ces infections demeurent marginales en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et leur incidence régionale est d'ailleurs grandement inférieure à celle du Québec. À titre indicatif, de 2000 à 2009, seulement 7 cas de gonorrhée ont été rapportés aux autorités régionales alors qu'au Québec, pour la seule année 2008, 1 650 cas ont été déclarés.

Contrairement aux infections à chlamydia qui affectent davantage les femmes que les hommes, les infections gonococciques touchent plus les hommes au Québec, et ce, à tous les âges, sauf chez les moins de 20 ans où l'incidence chez les filles est supérieure à celle chez les garçons. Par ailleurs, chez les hommes comme chez les femmes, le groupe des 20-24 ans est celui où l'incidence de ces affections est la plus forte en 2008 (MSSS, 2010).

Les déclarations de syphilis

Depuis dix ans au Québec, le nombre de cas de syphilis infectieuse a grimpé de façon majeure, le MSSS parlant même de véritable explosion (2010). En effet, alors qu'à la fin des années 90, à peine une dizaine de cas étaient déclarés annuellement au fichier provincial, ce nombre s'élève à 369 en 2008 (MSSS, 2010). Bien que le nombre de cas de syphilis soit relativement faible en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, celui-ci a tout de même lui aussi connu une hausse en passant de 3 en 2000-2004 à 14 en 2005-2009. Pour cette dernière période, ceci correspond à un taux de 3,0 pour 100 000, un taux demeurant inférieur à celui du Québec (6,8 pour 100 000) (Jalbert et Parent, 2011).

Au Québec, en général, ce sont surtout les hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) qui sont touchés par la syphilis infectieuse (MSSS, 2010). Dans la région, bien qu'il faille être prudent en raison des faibles nombres, les six cas déclarés en 2009 sont tous des HARSAH (Jalbert et Parent, 2011).

Sous-estimation des ITSS

Les données tirées du registre des MADO sous-estiment l'ampleur de ces infections au sein de la population puisqu'elles ne rendent pas compte des personnes asymptomatiques, de celles qui ne consultent pas ou qui ne sont pas diagnostiquées ainsi que des cas non déclarés ou des cas dont l'infection n'est pas à déclaration obligatoire comme le VIH et l'herpès génital (MSSS, 2010).

Les déclarations d'hépatite C

L'hépatite C n'est pas en progression en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ni au Québec. Toutefois, il s'agit d'une infection relativement fréquente, plus fréquente à tout le moins dans les dernières années que la gonorrhée et la syphilis. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 65 cas de ces affections ont été signalés en 2005-2009, dont 8 provenant de Rocher-Percé, pour un taux régional annuel moyen de 13,7 pour 100 000. Comme les autres maladies vues précédemment, ce taux obtenu en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est moindre que celui du Québec pour la même période (26,6 pour 100 000) (Jalbert et Parent, 2011).



LES CONSÉQUENCES DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Nous abordons dans cette troisième partie certaines conséquences possibles des problèmes de santé et de bien-être, à savoir :

- Les limitations d'activités
- Les hospitalisations
- Les consultations auprès d'un professionnel de la santé

Les limitations d'activités

47.

Les limitations d'activités sont traitées à l'intérieur des conséquences des problèmes de santé, mais comme nous le disions en introduction de ce document, elles peuvent à leur tour influencer de grands déterminants, dont les conditions sociales et économiques des individus. Cela dit, nous présentons d'abord la proportion d'enfants handicapés selon les données de la Régie des rentes du Québec. Nous poursuivons ensuite par la proportion des 12 ans et plus ayant une limitation d'activités, la proportion ayant des problèmes de santé fonctionnelle et la proportion ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, tous des indicateurs tirés de l'ESCC 2007-2008.

Les handicaps chez les enfants

Plus de 3 % des enfants ont un handicap

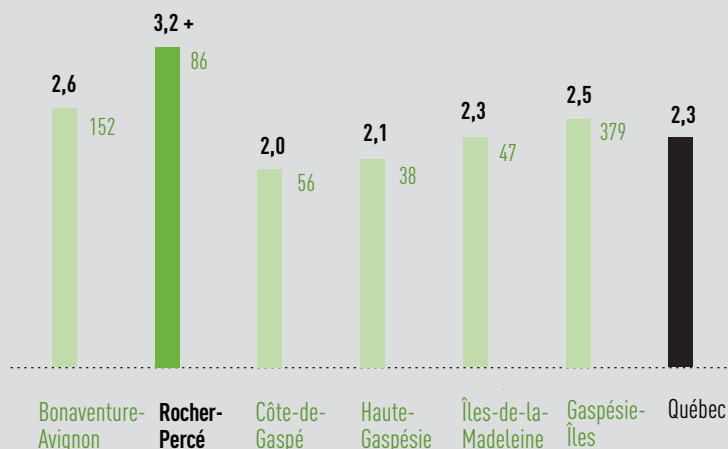
Dans le Rocher-Percé, en 2009, 86 enfants de 17 ans et moins sont reconnus handicapés au sens de la définition de la Régie des rentes du Québec, soit 3,2 % des enfants. Cette proportion est supérieure à celle du Québec (figure 113). Plus précisément, un enfant handicapé est un enfant ayant :

« ...une déficience ou un trouble du développement qui le limite de façon importante dans ses activités de la vie quotidienne et dont la durée prévisible est d'au moins un an. Les activités de la vie quotidienne sont celles qu'un enfant accomplit, d'après son âge, pour prendre soin de lui-même et participer à la vie sociale. Il s'agit notamment des gestes pour se nourrir, se mouvoir, se vêtir, communiquer, apprendre, se rendre aux lieux de fréquentation nécessaire et s'y déplacer. » (Brousseau et Fortin, 2010, p. 7)

Ajoutons qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, parmi les 379 enfants présentant un handicap, 60 % ont un trouble du développement, les autres souffrant plutôt d'une déficience visuelle, auditive, motrice ou autre. Ces informations ne sont pas connues dans les RLS.

Figure
113

Proportion (en %) des enfants de 17 ans et moins handicapés, MRC, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2009



Source : Régie des rentes du Québec, Soutien aux enfants, Statistiques de l'année 2009.
Note : Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre d'enfants handicapés en 2009.
+ Taux de ce territoire significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

Les limitations d'activités

Non disponible à l'échelle des RLS

Les limitations d'activités touchent environ une personne sur cinq

En 2007-2008, 19 % de la population gaspésienne et madelinienne de 12 ans et plus vivant en ménage privé souffre d'une limitation d'activités. Cette proportion est du même ordre de grandeur que celle du Québec, et ce, chez les femmes comme chez les hommes (tableau 50).

Limitations d'activités plus fréquentes chez les femmes, les aînés et les moins nantis

Au Québec, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer une limitation d'activités, une tendance aussi observée dans la région (tableau 50). Cet écart en défaveur des femmes au Québec est attribuable au groupe des 75 ans et plus : 41 % d'entre elles souffrent d'une limitation d'activités contre 31 % chez les hommes du même âge. Autrement, avant cet âge avancé, aucune différence n'apparaît entre les hommes et les femmes relativement à la prévalence des limitations d'activités. Bien que reposant sur des estimations plutôt imprécises, des résultats allant dans le même sens se dégagent pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (résultats non illustrés).

Par ailleurs, la proportion de personnes avec une limitation d'activités s'accroît progressivement avec le vieillissement (figure 114). De plus, un gradient très net selon le revenu est observé pour cet indicateur (tableau 50). Mais comme le montre aussi ce tableau, la prévalence des limitations d'activités ne varie pas de façon significative selon la langue au Québec et l'écart entre les francophones et les anglophones de la région n'est pas significatif lui non plus au plan statistique.

Tableau 50

Proportion (en %) des 12 ans et plus en ménage privé souffrant d'une limitation d'activités selon certaines caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	21,7	19,7
Hommes	16,8	16,8
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	31,6*	19,3
Français	18,2	18,3
Revenu du ménage		
Inférieur	27,6	25,3
Moyen	17,9	16,7
Supérieur	12,9*	13,2
TOTAL	19,3	18,3

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

Note : L'écart entre la proportion chez les anglophones de la région et celle des anglophones du Québec n'est pas significatif.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

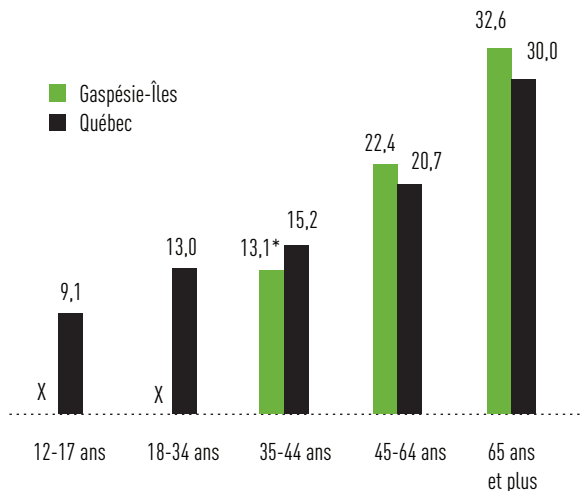
Les personnes vivant avec une limitation d'activités...

... sont des personnes qui ont déclaré que leur état de santé physique ou mental ou qu'un problème de santé de longue durée (c'est-à-dire un problème qui persiste ou devrait persister six mois ou plus) réduisait la quantité ou le genre d'activités qu'elles peuvent faire à la maison, au travail, à l'école ou dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements (Statistique Canada et Institut canadien de l'information sur la santé, 2005, tiré de ISQ et autres 2010).

Toutefois, la limitation ou la réduction d'activités ne se traduit pas toujours par une perte d'autonomie puisque plusieurs personnes arrivent à s'adapter à leur limitation en utilisant, par exemple, des appareils ou aides techniques. Ces personnes peuvent ainsi être fonctionnelles en dépit de leur limitation d'activités. C'est pourquoi nous présentons aussi la proportion ayant des problèmes de santé fonctionnelle, laquelle est d'ailleurs inférieure à celle ayant une limitation d'activités.

Figure
114

Proportion (en %) des 12 ans et plus en ménage privé souffrant d'une limitation d'activités selon l'âge, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.
X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

L'état de santé fonctionnelle

Non disponible à l'échelle des RLS

Environ une personne sur six a des problèmes modérés ou sérieux de santé fonctionnelle

En 2007-2008, 16 % des personnes de 12 ans et plus vivant en ménage privé en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont des problèmes de santé fonctionnelle modérés ou sérieux, une proportion ne se différenciant pas de celle du Québec (14 %).

Comme pour les limitations d'activités, la prévalence des problèmes de santé fonctionnelle est plus élevée chez les femmes, chez les moins nantis et augmente avec le vieillissement (tableau 51). Ces constats sont vrais dans la région et au Québec. Pour ce qui est de la langue, au Québec,

les anglophones sont ici plus nombreux que les francophones à déclarer des problèmes de santé fonctionnelle, une tendance aussi observée dans la région (tableau 51).

Précisons que nous ne disposons pas des données qui nous permettraient de déterminer parmi les huit dimensions de la santé mesurées (voir l'encadré), celles qui contribuent le plus fortement à réduire la santé fonctionnelle des individus.

Tableau
51

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant des problèmes de santé fonctionnelle selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	16,5	14,3
Hommes	14,7	12,8
Groupe d'âge		
12-44 ans	6,5*	9,2
45-64 ans	19,6	15,1
65 ans et plus	27,8	24,6
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	X	16,2
Français	14,7	13,2
Revenu du ménage		
Inférieur	24,2	20,2
Moyen	15,4	11,7
Supérieur	7,3**	8,5
TOTAL	15,6	13,5

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.
** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.
X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

L'état de santé fonctionnelle

L'état de santé fonctionnelle est une évaluation globale de la santé axée sur les capacités fonctionnelles nécessaires à l'accomplissement des tâches quotidiennes. Pour le mesurer, on questionne les gens sur leur capacité habituelle à exécuter certaines activités avec ou sans aide ou accessoire dans huit domaines de la santé : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, la connaissance (mémoire et pensée), les émotions ainsi que la douleur et l'inconfort.

Par exemple, dans le domaine de la vision, on demande à la personne si elle voit assez bien pour lire le journal sans lunettes ou verres de contact. Dans la négative, on lui demande si elle est capable de faire cela avec des lunettes ou des verres de contact. Si la réponse est non, on s'assure alors auprès de la personne si elle est capable de voir quoi que ce soit. Autrement, dans l'affirmative, on poursuit en lui demandant si elle voit assez bien pour reconnaître un ami ou une amie de l'autre côté de la rue sans lunettes ou verres de contact. Dans la négative, on lui demande alors si elle peut habituellement y arriver avec des lunettes ou verres de contact. Et ainsi de suite pour chacun des sept autres domaines.

**Tableau
52**

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	15,9+	8,7
Hommes	6,4	5,5
Groupe d'âge		
12-44 ans	6,5*	3,8
45-64 ans	9,9*	6,4
65 ans et plus	23,9*	19,3
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	26,3*	7,5
Français	10,2	6,9
Revenu du ménage		
Inférieur	19,5	11,9
Moyen	8,6*	5,2
Supérieur	X	3,0
TOTAL	11,2+	7,1

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

Le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne

Non disponible à l'échelle des RLS

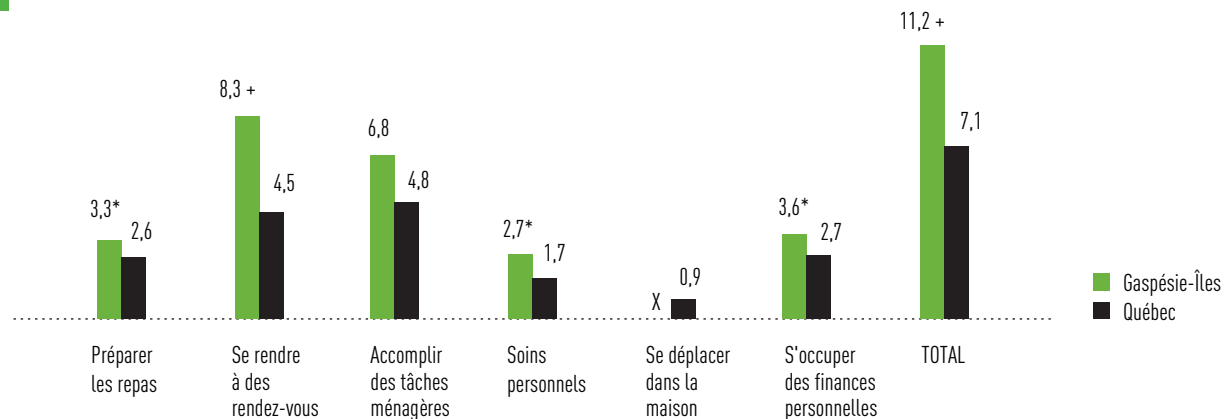
En 2007-2008, la proportion de gens ayant besoin d'aide est plus élevée dans la région qu'au Québec

En effet, 11 % des personnes de 12 ans et plus en ménage privé dans la région ont besoin d'aide d'une autre personne pour les activités de la vie quotidienne en 2007-2008 (pour des raisons de santé physique ou mentale), une proportion plus élevée qu'au Québec (7,1 %). Comme le montre le tableau 52, cette différence est surtout attribuable aux femmes et tend à s'observer à tous les âges. D'ailleurs, même en ajustant pour la structure d'âge, la proportion ayant besoin d'aide demeure supérieure en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (10,5 % contre 7,0 %). De plus, dans la région, la proportion d'anglophones à avoir besoin d'aide est supérieure à celle des francophones (tableau 52).

Puis, conformément aux résultats précédents sur les limitations d'activités et les problèmes de santé fonctionnelle, plus le revenu du ménage est bas, plus la proportion ayant besoin d'aide est élevée (tableau 52). Finalement, au Québec comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, c'est principalement pour se rendre à des rendez-vous ou faire des commissions ou pour accomplir des tâches ménagères que les gens ont besoin d'aide (figure 115).

**Figure
115**

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant besoin d'aide selon diverses tâches de la vie quotidienne, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

X Donnée reposant sur effectifs insuffisants.

48.

Les hospitalisations

Nous abordons dans cette fiche les principales causes pour lesquelles les gens sont hospitalisés en soins de courte durée en excluant les hospitalisations reliées aux grossesses et aux accouchements. Plus précisément, nous présentons d'abord les taux d'hospitalisation toutes causes, ensuite les principales causes d'admission et finalement, l'occupation des lits de courte durée, cet indicateur tenant compte à la fois du volume d'hospitalisation, mais aussi de la durée des hospitalisations pour chaque cause. Rappelons que les données d'hospitalisation, comme les données de naissances et des décès, sont comptabilisées en fonction du lieu de résidence des personnes. Ainsi, une personne de la Rocher-Percé hospitalisée à Québec, par exemple, sera comptée dans les hospitalisations de Rocher-Percé et non dans celles de Québec. Précisons finalement que les taux d'hospitalisation ne sont fournis qu'à titre indicatif, car si ceux-ci sont un indicateur de morbidité, ils reflètent aussi l'organisation et l'utilisation des services sur un territoire. Ainsi, des écarts entre les taux d'hospitalisation de deux territoires ne traduisent pas nécessairement un écart de santé.

Les taux d'hospitalisation

Comme nous le disions, nous présentons à titre indicatif à la figure 116, les taux d'hospitalisation toutes causes confondues pour chaque RLS, l'ensemble de la région et le Québec. Rappelons que la supériorité du taux régional et des taux locaux d'hospitalisation par rapport à celui du Québec n'est pas nouvelle et ne traduit pas nécessairement un écart de santé, mais peut aussi refléter une organisation et une utilisation différente des services.

Les causes d'admission en centre hospitalier de courte durée

Les maladies de l'appareil circulatoire : toujours au premier rang des hospitalisations

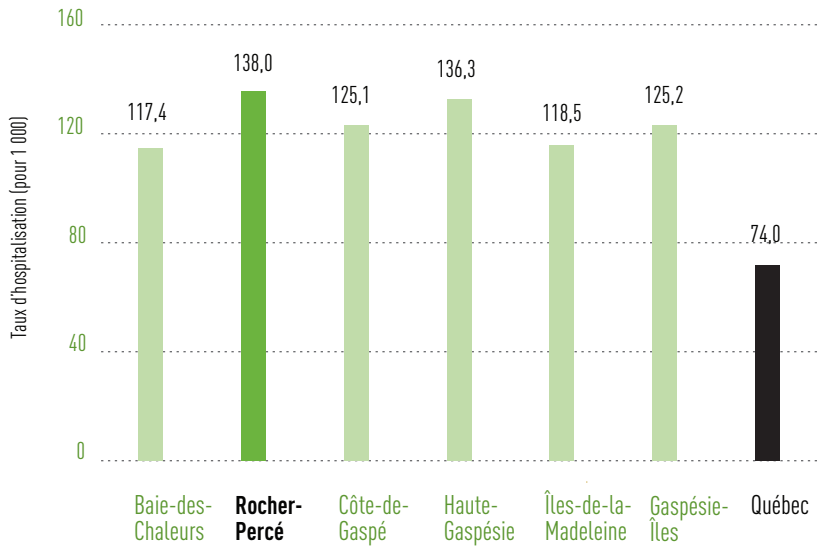
Au cours des deux années 2008-2009 et 2009-2010, sur les quelque 4 697 hospitalisations faites pour des résidents de Rocher-Percé, plus de 925 l'ont été en raison d'une maladie de l'appareil circulatoire, soit 20 % de l'ensemble des hospitalisations (tableau 53). Plus loin derrière arrivent les maladies respiratoires, les maladies de l'appareil digestif et les symptômes, signes et résultats d'examen cliniques et de laboratoire non classés ailleurs responsables respectivement de 15 %, 11 % et 9,3 % des admissions en centre hospitalier. Les trois autres causes à l'origine du plus grand nombre d'hospitalisations des habitants de Rocher-Percé en 2008-2009 et 2009-2010 sont les tumeurs, les lésions traumatiques et empoisonnements, qui font référence aux blessures accidentelles abordées à la fiche 42, et les troubles mentaux et du comportement (tableau 53).

L'occupation des lits de courte durée

Les résultats vus précédemment ne tiennent pas compte de la durée pendant laquelle les personnes sont hospitalisées et ne permettent donc pas de connaître le portrait de l'utilisation des lits de courte durée. Par exemple, les troubles mentaux et du comportement, qui sont responsables de 4,4 % des hospitalisations dans le Rocher-Percé, sont par ailleurs les problèmes pour lesquels les gens sont généralement hospitalisés le plus longtemps. Ainsi, les personnes de ce territoire hospitalisées pour troubles mentaux et du comportement au cours des deux années 2008-2009 et 2009-2010 monopolisent plus de 9 % des lits de courte durée, faisant des troubles mentaux le cinquième problème en importance quant à l'occupation des lits de courte durée (tableau 53). Les premier et deuxième rangs sont toujours occupés respectivement par les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies respiratoires, tandis que le troisième appartient maintenant aux symptômes, signes et résultats d'examen cliniques et de laboratoire non classés ailleurs.

**Figure
116**

Taux annuel moyen (pour 1 000) d'hospitalisation toutes causes confondues¹, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, avril 2008 à mars 2010



Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO.

¹ Excluant les hospitalisations reliées aux grossesses et aux accouchements.

Note : Aucun test statistique n'a été fait pour comparer les taux des RLS et de la région avec celui du Québec.

**Tableau
53**

Nombre et répartition (en %) des hospitalisations de courte durée et répartition (en %) des lits de courte durée occupés selon la principale cause, Rocher-Percé, 2008-2009 et 2009-2010

Principales causes d'hospitalisation	Nombre d'hospitalisations	Répartition des hospitalisations selon la cause (%)	Répartition des lits occupés selon la cause (%)
Maladies circulatoires	926	19,7	17,9
Maladies respiratoires	691	14,7	12,6
Maladies digestives	498	10,6	7,8
Symptômes, signes, résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	439	9,3	9,8
Tumeurs	397	8,5	9,6
Lésions traumatiques et empoisonnements	306	6,5	8,1
Troubles mentaux et du comportement	205	4,4	9,4
Autres	1 235	26,3	24,8
TOTAL	4 697	100,0	100,0

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO.

49.

Les consultations auprès d'un professionnel de la santé

Non disponible à l'échelle des RLS

Cette fiche présente d'abord la proportion des personnes ayant un médecin régulier. Elle aborde ensuite les consultations faites à un professionnel de la santé, quel qu'il soit, en face à face ou par téléphone, à propos de la santé physique, émotionnelle ou mentale au cours des douze mois précédant l'ESCC 2007-2008. Les consultations dont il est ici question ne tiennent pas compte de celles faites au cours d'un séjour dans un établissement de santé ni de celles faites pour un tiers (par exemple : un parent qui consulte pour un de ses enfants).

En 2007-2008, près de 80 % de la population de la région a un médecin régulier

Selon l'ESCC 2007-2008, c'est en effet 79 % des 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qui ont un médecin régulier, une proportion supérieure à celle du Québec (73 %) (tableau 54).

Comme le montre aussi le tableau 54, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir un médecin, et ce, dans la région comme au Québec. De plus, près des trois quarts des jeunes de 12 à 17 ans dans la région ont un médecin, une proportion qui diminue à 55 % chez les 18-34 ans pour remonter ensuite constamment jusqu'à 65 ans, les aînés étant le groupe où cette proportion est la plus élevée. Pour ce qui est de la langue et du revenu, ces variables ne semblent pas avoir d'influence sur le fait d'avoir ou non un médecin régulier, à tout le moins en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. On note en effet qu'au Québec, les personnes vivant dans des ménages à revenu inférieur sont proportionnellement moins nombreuses, au sens statistique, que celles appartenant à des ménages à revenu moyen ou supérieur à avoir un médecin régulier (tableau 53).

Dans une année, une forte majorité de personnes consulte un professionnel de la santé, le plus souvent un médecin de famille

En 2007-2008, 92 % de la population régionale de 12 ans et plus a consulté un professionnel de la santé sur une période de 12 mois (93 % au Québec). Les professionnels les plus fréquemment consultés, tant par les gens de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine que par les Québécois et Québécoises, sont de loin les médecins de famille ou les omnipraticiens suivis des dentistes et des orthodontistes, des spécialistes de la vue, des médecins spécialistes (ex. : chirurgiens, psychiatres, gynécologues) et des infirmières (figure 117).

Comme le montre aussi la figure 117, la population régionale est moins nombreuse que celle du Québec à avoir vu ou consulté par téléphone un dentiste ou un orthodontiste, un médecin spécialiste, un chiropraticien et un psychologue. Par contre, elle a plus souvent consulté un infirmier ou une infirmière.

Tableau 54

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant un médecin régulier selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	85,2	80,2
Hommes	72,6+	65,7
Groupe d'âge		
12-17 ans	72,7	67,7
18-34 ans	55,0	56,6
35-44 ans	73,8	68,7
45-64 ans	85,7	80,4
65 ans et plus	94,9	92,6
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	80,7	72,7
Français	79,7	74,1
Revenu du ménage		
Inférieur	82,1	70,6
Moyen	79,0	73,9
Supérieur	79,8	75,2
TOTAL	79,0+	73,1

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

**Tableau
55**

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant consulté un professionnel de la santé au cours d'une période de 12 mois selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Femmes	95,8	95,9
Hommes	87,6	89,7
Groupe d'âge		
12-17 ans	92,9	94,8
18-34 ans	89,1	91,4
35-44 ans	87,9	90,7
45-64 ans	93,0	92,8
65 ans et plus	94,9	96,3
Langue parlée le plus souvent à la maison		
Anglais	93,0	91,7
Français	91,9	93,6
Revenu du ménage		
Inférieur	90,8	89,2
Moyen	91,8	94,2
Supérieur	92,7	95,8
TOTAL	91,7	92,8

Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

Plus de femmes que d'hommes consultent

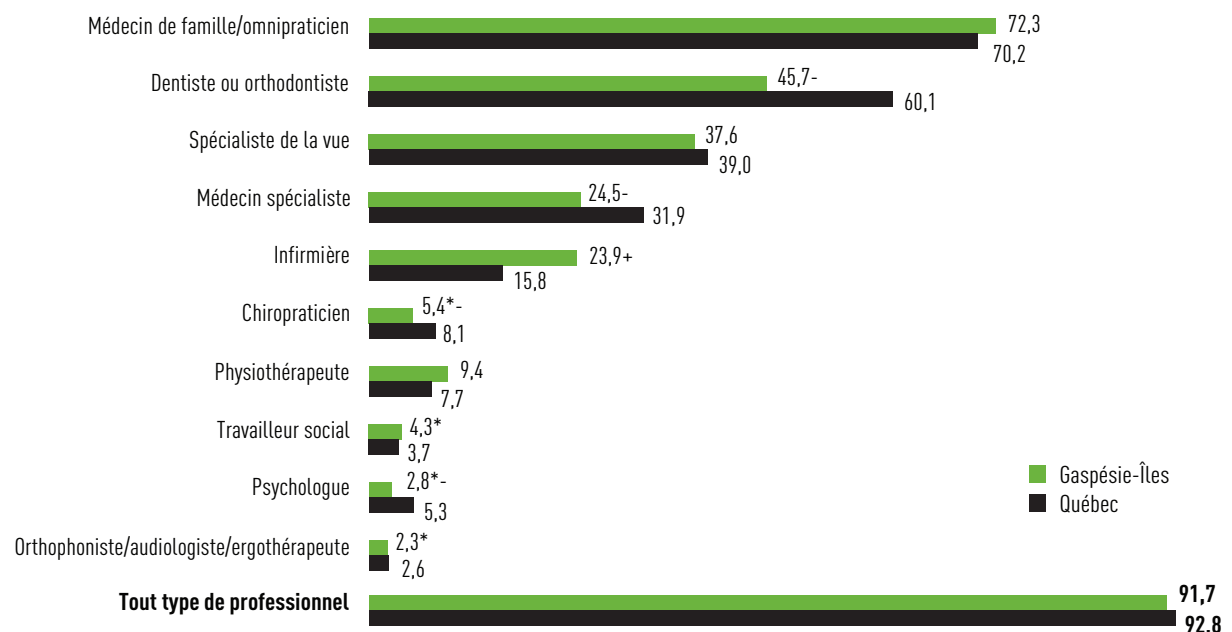
Peu importe le type de professionnels, la proportion de femmes qui a consulté dans l'année précédant l'ESCC 2007-2008 est toujours supérieure à celle des hommes. Globalement, 96 % des femmes de la région ont vu un professionnel de la santé ou encore lui ont téléphoné contre 88 % des hommes (tableau 55). Ces pourcentages ne se différencient pas de ceux obtenus au Québec.

Les aînés consultent en général davantage

Au Québec, la prévalence de la consultation à un professionnel est associée à l'âge, et des tendances similaires sont obtenues dans la région. Ainsi, 93 % des jeunes de 12 à 17 ans dans la région ont consulté un professionnel de la santé dans l'année précédant l'ESCC 2007-2008, une proportion qui diminue par la suite pour être au plus bas chez les 35-44 ans (88 %) et remonter ensuite jusqu'à 95 % chez les aînés (tableau 55), faisant des personnes âgées les personnes les plus susceptibles de consulter, suivies des jeunes.

**Figure
117**

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant consulté un professionnel de la santé au cours d'une période de 12 mois selon le type de professionnels, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

+ Pourcentage de la région significativement supérieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

- Pourcentage de la région significativement inférieur à celui du Québec au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Les types de professionnels consultés varient selon l'âge

Au Québec comme dans la région, les professionnels de la santé consultés ne sont pas les mêmes selon que l'on soit jeune ou plus vieux. Ainsi, ce sont les jeunes qui consultent en général le plus les dentistes/orthodontistes et les travailleurs sociaux. Quant aux médecins de famille/omnipraticiens, aux médecins spécialistes et aux orthophonistes/audiologistes/ergothérapeutes, ce sont les aînés qui les consultent le plus souvent. Pour les spécialistes de la vue, les proportions de consultation les plus élevées se trouvent aux extrémités, soit chez les aînés puis chez les jeunes. Finalement, c'est au sein de la population active que l'on trouve les plus fortes proportions de consultation des chiropraticiens, des physiothérapeutes et des psychologues (résultats non illustrés).

Les francophones et les anglophones de la région consultent autant les uns que les autres

Si les francophones au Québec sont un peu plus nombreux que les anglophones à avoir consulté un professionnel de la santé dans l'année précédant l'ESCC 2007-2008 (l'écart de 2 % étant significatif statistiquement), ceci n'est pas le cas en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine où la langue d'usage n'exerce aucune influence significative sur la consultation.

Et qu'en est-il du revenu?

Nous l'avons vu à maintes reprises dans ce document, des écarts de santé séparent les personnes à faible revenu de celles à revenu supérieur. En fait, pour plusieurs indicateurs de santé et de bien-être, les personnes à faible revenu s'en sortent moins bien que les mieux nantis. Compte tenu de cela, on pourrait s'attendre à ce que ce soit les personnes à plus faible revenu qui consultent davantage les professionnels de santé. Or, c'est tout le contraire que nous observons, au Québec à tout le moins.

En effet, au Québec, ce sont les personnes à plus faible revenu qui consultent le moins (89 %), cette proportion passant à 94 % chez celles à revenu moyen et à 96 % chez celles à revenu supérieur (tableau 55). En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine cependant, à peine deux points de pourcentage séparent les personnes à faible revenu (91 %) de celles à revenu supérieur (93 %), un écart qui n'est pas significatif. En d'autres mots, la consultation à un professionnel de la santé quel qu'il soit n'est pas influencée par le revenu des ménages dans la région.

Toutefois, en distinguant les professionnels relevant davantage du privé que du régime public, les liens avec le revenu se précisent. En effet, quand on regroupe en-

semble les catégories de professionnels reconnues pour généralement travailler dans le système privé, à savoir les spécialistes de la vue, les dentistes/orthodontistes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les psychologues, la prévalence de la consultation à l'un ou l'autre de ces professionnels augmente avec le revenu des ménages au Québec (figure 118). Une tendance semblable est observée dans la région, particulièrement pour les dentistes et les orthodontistes où la proportion de personnes ayant consulté sur une période de 12 mois passe de 35 % chez les personnes à faible revenu à 44 % chez celles à revenu moyen pour se situer à près de 60 % chez les mieux nantis de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (réf. : figure 100).

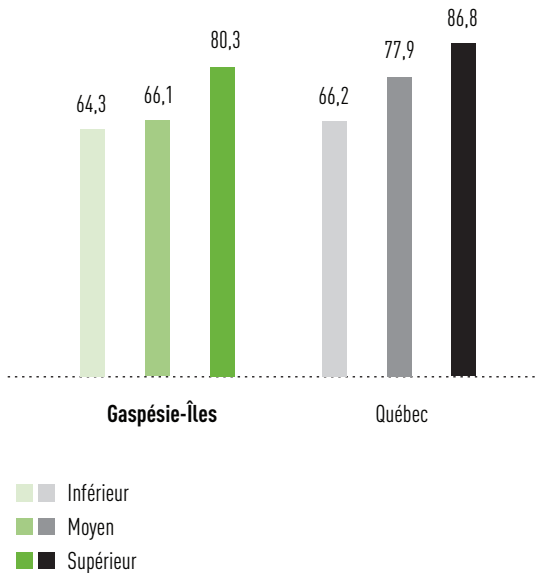
En revanche, comme l'illustre la figure 119, pour les professionnels de la santé reconnus pour travailler davantage dans le système public, cette influence du revenu sur la prévalence de la consultation disparaît complètement au Québec et dans la région. Deux exceptions toutefois : les travailleurs sociaux et les médecins de famille.

Pour les travailleurs sociaux d'abord, c'est chez les moins nantis qu'on retrouve la plus forte proportion de consultation : 6 % contre 2 % chez les mieux nantis au Québec. Bien que reposant sur de plus faibles effectifs, les analyses régionales montrent cette même tendance (résultats non illustrés).

Quant aux médecins de famille ou omnipraticiens, le taux de consultation au Québec est légèrement moindre chez les moins nantis (68 %) que chez les personnes à revenu moyen ou supérieur (71 %), des résultats allant dans le même sens que ceux vus précédemment quant au lien entre le revenu et le fait d'avoir ou non un médecin régulier au Québec (réf. : tableau 54). Cette différence entre les moins et les mieux nantis, bien que faible, invite tout de même à la réflexion dans la mesure où d'une part, les médecins généralistes au Québec pratiquent majoritairement dans un système public universel de soins et d'autre part, que les moins nantis sont généralement les plus défavorisés sur le plan de la santé comme nous l'avons vu à maintes reprises dans ce portrait de santé. Cela dit, il importe de souligner que ces résultats pour le Québec ne semblent pas trouver écho en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine puisque dans la région, les personnes à plus faible revenu ne sont pas moins nombreuses, en proportion, à avoir consulté un médecin de famille (77 %) que les personnes à revenu moyen (71 %) ou même à revenu supérieur (74 %) (résultats non illustrés). On se souviendra d'ailleurs que le revenu du ménage ne semble pas exercer d'influence sur le fait d'avoir ou non un médecin régulier pour les gens de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (réf. : tableau 54).

**Figure
118**

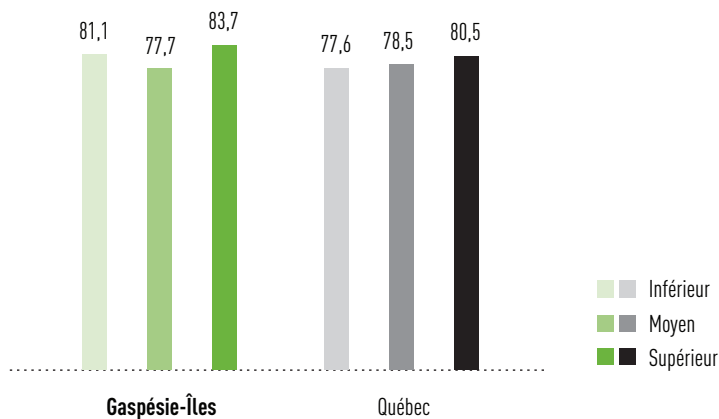
Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant consulté sur une période de 12 mois un professionnel de la santé reconnu pour travailler généralement dans le **SYSTÈME PRIVÉ** de soins selon l'indice du revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

**Figure
119**

Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant consulté sur une période de 12 mois un professionnel de la santé reconnu pour travailler généralement dans le **SYSTÈME PUBLIC** de soins selon l'indice du revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2007-2008



Source : Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE CERTAINS GROUPES DE LA POPULATION DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

À l'intérieur de ce portrait de santé, nous avons mis en évidence, lorsque les données le permettaient, les caractéristiques des groupes les plus vulnérables ou les plus touchés par les divers problèmes de santé et de bien-être qui affectent la population de Rocher-Percé, principalement eu égard au sexe et à l'âge.

Mais les données à l'échelle locale, reposant sur de plus petites populations, ne permettent pas toujours de bien faire ressortir les distinctions entre les groupes. C'est pourquoi nous présentons dans cette quatrième partie les données relatives à certains groupes de la population pour l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Plus précisément, nous faisons état de :

- La situation des femmes
- La situation des jeunes
- La situation des aînés
- La situation des anglophones
- La situation des moins nantis

La situation des femmes

50.

En 2010, sur les 94 551 personnes peuplant la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 47 791 sont des femmes, celles-ci représentant ainsi 50,5 % de la population. À titre indicatif, dans le Rocher-Percé, les femmes sont au nombre de 8 462 en 2010, soit 49,9 % de la population de ce RLS. Cela dit, cette fiche présente la situation des femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine par rapport à celle des hommes.

Les femmes et les hommes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se distinguent à plusieurs égards relativement à leur état de santé. Globalement, comme le montre le tableau 56, les Gaspésiennes et Madeliennes ont, en général, de meilleures habitudes de vie que leurs homologues masculins ainsi que des taux de décès inférieurs pour les principales maladies chroniques de même que pour les suicides et les accidents de véhicules moteurs et hors route. Conséquemment, elles peuvent espérer vivre plus longtemps que les hommes. De plus, elles sont plus nombreuses à avoir un médecin régulier et à avoir consulté pour elles-mêmes un professionnel de la santé sur une période de 12 mois.

Par contre, en dépit d'une meilleure scolarité que celle des hommes, leurs conditions socioéconomiques sont généralement moins favorables que ceux-ci et elles sont désavantagées relativement à certains indicateurs psychosociaux et de santé mentale, dont la détresse psychologique, les tentatives de suicide, la perception de sa santé mentale, la violence conjugale et les infractions sexuelles. De plus, elles vivent plus longtemps en mauvaise santé que les hommes et après 75 ans, elles sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de limitations d'activités que les hommes (tableau 56).

Rappelons que les femmes et les hommes de la région ne se différencient pas de façon significative quant à leur niveau de soutien social, un puissant facteur de protection de la santé.

Tableau 56

Synthèse des indicateurs chez les FEMMES et les HOMMES, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Indicateurs	Gaspésie-Îles	
	Femmes	Hommes
Socioéconomie		
Plus haut niveau de scolarité atteint (2006) ¹		
Pourcentage sans DES	36,7	39,2
Pourcentage avec grade universitaire	9,0	7,4
Taux d'emploi (en %) (2009) ²	43,2	43,7
Taux d'emploi à temps partiel	10,8	5,9
Taux d'emploi à temps plein	32,4	37,8
Taux de chômage (en %) (2009) ²	10,4	20,6
Pourcentage bénéficiaires du Supplément de revenu garanti décembre (2010) ³	69,5	59,9
Revenu personnel annuel moyen (2005) ¹	20 116 \$	27 350 \$
Pourcentage se percevant pauvres ou très pauvres (2008) ⁵	15,5	14,7

Tableau 56 (suite)

Indicateurs	Gaspésie-Îles	
	Femmes	Hommes
Milieu social		
Pourcentage vivant seuls (2006) ¹	14,0	12,1
Pourcentage prodiguant des soins sans rémunération aux personnes âgées (2006) ¹	27,0	20,4
Pourcentage ayant un niveau très élevé de soutien social (2007-2008) ⁴	48,8	53,3
Pourcentage ayant un fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale (2007-2008) ⁴	81,8	81,2
Pourcentage très satisfaits de leur vie sociale (2007-2008) ⁴	51,9	55,7
Milieu de travail		
Pourcentage des travailleurs-ses vivant des tensions au travail (2008) ⁵	13,6	13,1
Pourcentage des travailleurs-ses ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail (2008) ⁵	21,0-	34,0
Environnement dans lequel nous vivons		
Pourcentage des non-fumeurs exposés chaque jour ou presque chaque jour à la fumée secondaire (2007-2008) ⁴	17,8	27,9
Habitudes de vie et comportements liés à la santé		
Pourcentage se brossant les dents au moins deux fois par jour (2008) ⁵	91,9+	76,4
Pourcentage utilisant la soie dentaire au moins une fois par jour (2008) ⁵	43,6+	26,2
Pourcentage de fumeurs (occasionnels et quotidiens) (2008) ⁵	25,4	28,1
Pourcentage consommant quotidiennement cinq portions et plus de fruits et de légumes (2007-2008) ⁴	57,7+	40,7
Pourcentage atteignant le niveau recommandé d'activité physique (2007-2008) ⁴	33,2	30,7
Pourcentage souffrant d'excès de poids (2008) ⁵	49,5-	66,8
Embonpoint	31,5-	44,1
Obésité	18,0-	22,7
Pourcentage de buveurs d'alcool (2007-2008) ⁴	70,9-	81,1
Pourcentage de buveurs excessifs (2007-2008) ⁴	7,5*-	27,9
Pourcentage de consommateurs de drogues (2008) ⁵	7,7-	15,9
Pourcentage actifs sexuellement (2008) ⁵	74,9-	84,4
Pourcentage des actifs sexuellement ayant eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois et ayant toujours utilisé le condom (2008) ⁵	24,3*-	45,5
Recours aux services préventifs		
Pourcentage des aînés ayant reçu le vaccin contre la grippe saisonnière sur une période de 12 mois (2007-2008) ⁴	64,9	51,6
État de santé globale		
Espérance de vie à la naissance (2005-2007) ⁶	82,3 ans	75,6 ans
Espérance de vie en santé	69,9 ans	66,7 ans
Espérance de vie en mauvaise santé	12,4 ans	8,9 ans
Pourcentage percevant leur santé passable ou mauvaise (2008) ⁵	15,3 -	17,0
Pourcentage satisfaits de leur vie (2007-2008) ⁴	94,8	94,8

Tableau 56 (suite)

Indicateurs	Gaspésie-Îles	
	Femmes	Hommes
Problèmes de développement et d'adaptation sociale		
Taux (pour 100 000) d'infractions sexuelles (en tant que victimes) (2009) ¹¹	132,5+	36,5
Taux (pour 100 000) de déclaration de crimes commis en contexte conjugal (2009) ¹²	373,6+	78,8
Pourcentage percevant leur santé mentale passable ou mauvaise (2007-2008) ⁴	3,5	4,1
Pourcentage ayant un indice élevé de détresse psychologique (2008) ⁵	23,7+	17,5
Pourcentage ayant eu des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois (2008) ⁵	2,9	2,4
Pourcentage ayant tenté de se suicider au cours de la vie (2008) ⁵ Québec	5,3+	3,5
Taux (pour 100 000) de décès par suicide (2004-2008) ⁷	10,0-	34,0
Maladies chroniques		
Taux (pour 100 000) ajusté d'incidence du cancer (2004-2006) ⁸	504,5-	663,4
Taux (pour 100 000) ajusté de décès par cancers toutes causes (2006-2008) ⁷	219,9-	362,5
Poumon	55,4-	142,7
Colorectal	19,5-	36,4
Taux (pour 100 000) ajusté de décès par MCV (2006-2008) ⁷	169,5-	248,6
Pourcentage déclarant souffrir d'une MCV (2007-2008) ⁴	29,9+	22,5
Taux (pour 100 000) ajusté de décès par maladies respiratoires (2006-2008) ⁷	38,0-	103,3
Pourcentage déclarant souffrir d'asthme ou d'une MPOC (2007-2008) ⁴	11,5+	7,4
Prévalence (en %) ajustée de diabète (2008-2009) ⁹	7,9-	8,7
Pourcentage percevant passable ou mauvaise sa santé buccodentaire (2008) ⁵	9,3-	15,5
Pourcentage n'ayant plus de dents naturelles (2008) ⁵	19,7+	15,7
Blessures accidentelles		
Pourcentage victimes d'une blessure due aux mouvements répétitifs sur une période de 12 mois (2008) ⁵	10,7	10,3
Pourcentage victimes d'une blessure non intentionnelle sur une période de 12 mois (2008) ⁵	8,1-	11,4
Pourcentage ayant souffert d'un TMS sur une période de 12 mois (2008) ⁵	35,0	29,9
Taux (pour 100 000) de décès par accident de véhicules moteurs (2000-2008) ⁷	6,2-	22,0
Taux (pour 100 000) de décès par accident de véhicules hors route (2000-2008) ⁷	0,5-	5,8
Maladies infectieuses		
Prévalence (en %) à vie des ITS (2008) ⁵	6,8	5,4
Taux (pour 100 000) de déclaration des infections à chlamydia (2009) ¹⁰	205,0+	72,7
Conséquences des problèmes de santé		
Pourcentage ayant une limitation d'activités (2007-2008) ⁴	21,7+	16,8
Pourcentage ayant des problèmes de santé fonctionnelle (2007-2008) ⁴	16,5+	14,7
Pourcentage ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (2007-2008) ⁴	15,9+	6,4
Pourcentage ayant un médecin régulier (2007-2008) ⁴	85,2+	72,6
Pourcentage ayant consulté un professionnel de la santé sur une période de 12 mois (2007-2008) ⁴	95,8+	87,6

Sources :

1. Statistique Canada, Recensement 2006.
2. Statistique Canada, *Enquête sur la population active*.
3. Services Canada, bureau de Gaspé.
4. Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
5. ISQ, EQSP 2008.
6. INSPQ, Infocentre de santé publique.
7. MSSS, Fichier des décès.
8. MSSS, Fichier des tumeurs.
9. INSPQ, mai 2011.

10. Jalbert et Parent, *Rapports annuels des MADO Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2007, 2008 et 2009*.
11. MSP, *Rapport statistique annuel sur les agressions sexuelles au Québec 2009*.
12. MSP, *Rapport statistique annuel sur les crimes commis en contexte conjugal au Québec 2009*.

Note : Dans ce tableau, des tests statistiques ont été faits pour comparer les femmes et les hommes pour tous les indicateurs, sauf ceux provenant des sources 1, 2, 3 et 6.

- Pourcentage ou taux chez les femmes significativement inférieur à celui chez les hommes au seuil de 0,05.
- + Pourcentage ou taux chez les femmes significativement supérieur à celui chez les hommes au seuil de 0,05.
- * CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

51.

La situation des jeunes

Perte majeure de jeunes dans la région

Entre 1981 et 2006, le nombre de jeunes composant le groupe des 0 à 24 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est passé de 53 265 à 23 980, soit une perte nette de près de 30 000 jeunes. D'ailleurs, la décroissance globale que la région a connu au cours des 25 dernières années s'est uniquement produite chez les 0-24 ans; les 25-64 ans et les 65 ans et plus ayant gagné en effectifs. Et bien que les plus récentes projections démographiques prévoient une relative stabilité des effectifs de population dans la région, une perte d'environ 7 000 jeunes est encore projetée d'ici 2031. Cette décroissance s'explique en bonne partie par l'exode des jeunes gaspésiens et madelinots ainsi que par des taux de fécondité qui demeurent, malgré tout, relativement bas. En se référant à la fiche 1 du présent document, on constate que cette situation à l'échelle régionale vaut aussi pour le territoire de Rocher-Percé.

Pour ce qui est des jeunes de 0 à 17 ans plus précisément, ils sont au nombre de 15 160 environ en 2010 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Parmi ces jeunes, 4 507 ont 5 ans et moins, 4 587 entre 6 et 11 ans et 6 065 entre 12 et 17 ans (réf. : tableau 6).

Pour plusieurs indicateurs, les jeunes de la région ne se distinguent pas des jeunes québécois

Toutefois, conformément à la situation économique défavorable de l'ensemble de la région, les jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont plus nombreux que les jeunes québécois à vivre dans des familles prestataires de l'aide sociale, un résultat non négligeable quand on connaît les effets de la pauvreté sur le développement et l'adaptation sociale des jeunes. De plus, en dépit de la prudence dont il faut user quand on compare les taux de prise en charge ou de dénonciation, on ne peut négliger l'importance des hauts taux de prise en charge pour maltraitance et troubles de comportement dans la région ainsi que les taux d'infractions sexuelles envers les jeunes garçons et filles.

Par ailleurs, les accidents de véhicules moteurs et de véhicules hors route continuent de faire, toute proportion gardée, davantage de décès chez les jeunes de la région que chez ceux du Québec, un phénomène qui n'est pas nouveau et qui demeure préoccupant.

Au chapitre des habitudes de vie, les jeunes de la région ne se distinguent pas des jeunes québécois pour plusieurs des habitudes documentées dont la pratique d'activités physiques, la consommation de fruits et de légumes, la consommation d'alcool et de drogues. Toutefois, à l'image des adultes, l'usage de la cigarette est plus répandu chez les jeunes gaspésiens et madelinots et ils souffrent aussi plus d'excès de poids que les jeunes québécois du même âge. Pour ce qui est de la sexualité, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine affiche une plus grande proportion que le Québec de jeunes actifs sexuellement, mais ces derniers ont recours à la contraception dans des proportions semblables. Fait intéressant, le taux de grossesse précoce demeure inférieur à celui du Québec comme ce fut le cas d'ailleurs depuis les quelques 25 dernières années. Rappelons toutefois que dans la région comme au Québec, la moitié des jeunes ayant eu plus d'un partenaire sexuel sur une période de douze mois n'ont pas toujours utilisé le condom, un résultat dont il faut se soucier dans le contexte de la recrudescence des ITS.

Le tableau 57 présente les résultats des jeunes de la région et ceux du Québec.

Tableau
57

Synthèse des indicateurs chez les JEUNES, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec

Indicateurs	Gaspésie-Îles	Québec
Milieux socioéconomique et familial		
Pourcentage se percevant pauvres ou très pauvres 15-24 ans (2008) ⁴	10,8*	8,3
Pourcentage ayant un niveau très élevé de soutien social 12-17 ans (2007-2008) ¹	60,0	49,9
Pourcentage très satisfaits de leur vie sociale 15-24 ans (2008) ⁴	63,1+	54,7
Pourcentage ayant un fort ou très fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale 12-17 ans (2007-2008) ¹	88,5	77,6
Pourcentage vivant dans une famille monoparentale 0-17 ans (2006) ²	21,5	20,6
Pourcentage vivant dans une famille prestataire d'aide sociale 0-17 ans (2009) ³	9,6	7,5
Milieu de travail		
Pourcentage vivant des tensions au travail 15-24 ans (2008) ⁴	17,3*	13,9
Pourcentage ayant un niveau élevé de contraintes physiques au travail 15-24 ans (2008) ⁴	31,0*	33,7
Environnement dans lequel nous vivons		
Pourcentage exposés à la fumée secondaire 12-17 ans (2007-2008) ¹	52,2	40,9
Habitudes de vie et comportements liés à la santé		
Pourcentage se brossant les dents au moins deux fois par jour 15-24 ans (2008) ⁴	87,4	83,5
Pourcentage utilisant la soie dentaire au moins une fois par jour 15-24 ans (2008) ⁴	33,0	27,1
Pourcentage de fumeurs (occasionnels et réguliers) 15-24 ans (2008) ⁴	34,6+	25,5
Pourcentage consommant quotidiennement cinq portions et plus de fruits et de légumes 12-17 ans (2007-2008) ¹	62,7	64,8
Pourcentage atteignant le niveau recommandé d'activité physique 12-17 ans (2007-2008) ¹	49,1	43,9
Pourcentage consacrant 25 heures et plus par semaine à des activités sédentaires (incluant les jeux vidéo) 12-17 ans (2007-2008) ¹	37,7*	33,9
Pourcentage souffrant d'excès de poids 15-24 ans (2008) ⁴	35,4+	24,2
Embonpoint	22,2*	17,5
Obésité	13,2*	6,8
Pourcentage de buveurs d'alcool 12-17 ans (2007-2008) ¹	56,1	52,1
Pourcentage consommant de la drogue 15-24 ans (2008) ⁴	31,7	34,5
Pourcentage actifs sexuellement 15-24 ans (2008) ⁴	76,9+	67,1
Pourcentage actifs sexuellement ayant eu deux partenaires sexuels sur une période de 12 mois 15-24 ans (2008) ⁴	41,0	32,7
Pourcentage des actifs sexuellement ayant habituellement recours à la contraception 15-24 ans (2008) ⁴	84,7	89,0
Pourcentage ayant eu deux partenaires sexuels et plus sur une période de 12 mois et ayant toujours utilisé le condom 15-24 ans (2008) ⁴	48,9*	49,0
Recours aux services préventifs		
Pourcentage ayant passé un test de Pap depuis moins de 3 ans jeunes femmes de 18 à 24 ans (2008) ⁴	73,2	62,6

Tableau 57 (suite)

Indicateurs	Gaspésie-Îles	Québec
État de santé globale		
Pourcentage percevant passable ou mauvais leur état de santé 15-24 ans (2008) ⁴	8,1**	5,5
Problèmes de développement et d'adaptation sociale		
Pourcentage ayant un niveau modéré ou élevé de difficultés socioémotionnelles 3-14 ans (2008) ⁴	7,3*-	12,1
Pourcentage ayant un niveau limite ou anormal de comportement prosocial 3-14 ans (2008) ⁴	2,6**	5,0
Pourcentage ayant un diagnostic de TDA/TDAH 3-14 ans (2008) ⁴	11,3*	8,8
Pourcentage ayant un diagnostic de dépression/trouble anxieux 3-14 ans (2008) ⁴	6,7**+	2,4
Pourcentage ayant un diagnostic de problème de comportement 3-14 ans (2008) ⁴	4,5**	5,1
Taux (pour 1 000) de grossesses précoces 14-19 ans (2003-2007) ⁵	21,0-	28,3
Taux d'IVG (pour 1 000) jeunes femmes 14-19 ans (2003-2007) ⁵	9,4 -	19,0
Taux de maternité (pour 1 000) jeunes femmes 15-19 ans (2004-2008) ¹¹	13,1+	10,0
Taux (pour 1 000) de prise en charge pour maltraitance 0-17 ans (2009-2010) ⁶	25,3+	16,7
Taux (pour 1 000) de prise en charge pour troubles de comportement 0-17 ans (2009-2010) ⁶	5,9+	3,0
Taux (pour 1 000) de jeunes contrevenants en vertu de la LSJPA 12-17 ans (2009-2010) ⁶	47,4+	26,4
Taux (pour 100 000) d'infractions sexuelles envers garçons et filles 0-17 ans (2009) ⁷	377,9+	221,2
Taux (pour 100 000) d'infractions commises en contexte conjugal envers les jeunes femmes de (2009) ⁸ :		
12-17 ans	345,7	269,8
18-24 ans	728,4	1 053,5
Pourcentage ayant un indice élevé de détresse psychologique 15-24 ans (2008) ⁴	21,3*	24,4
Taux (pour 100 000) de décès par suicide 15 à 19 ans (2004-2008) ⁹	6,8	9,5
Pourcentage ayant eu des pensées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois 15-24 ans (2008) ⁴	5,0**	2,9*
Maladies chroniques		
Pourcentage percevant passable ou mauvaise leur santé buccodentaire 15-24 ans (2008) ⁴	9,1*	10,0
Pourcentage ayant consulté un dentiste ou un orthodontiste sur une période de 12 mois 15-24 ans (2008) ⁴	80,0	79,5
Blessures accidentelles		
Pourcentage victimes d'une blessure due aux mouvements répétitifs sur une période de 12 mois 15-24 ans (2008) ⁴	11,7*	10,1
Pourcentage victimes d'une blessure non intentionnelle sur une période de 12 mois 15-24 ans (2008) ⁴	20,4	17,5
Pourcentage ayant souffert d'un TMS sur une période de 12 mois 15-24 ans (2008) ⁴	25,6	22,3
Taux (pour 100 000) de décès par accident de véhicules moteurs 15-24 ans (2000-2008) ⁹	29,5+	16,5
Taux (pour 100 000) de décès par accident de véhicules hors route jeunes hommes 15-24 ans (2000-2008) ⁹	9,9+	1,7
Conséquences des problèmes de santé		
Taux (en %) d'enfants handicapés 0-17 ans (2009) ¹⁰	2,5	2,3
Pourcentage ayant un médecin régulier 12-17 ans (2007-2008) ¹¹	72,7	67,7
Pourcentage ayant consulté un professionnel de la santé sur une période de 12 mois 12-17 ans (2007-2008) ¹¹	92,9	94,8

Sources :

1. Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
2. Statistique Canada, Recensement 2006.
3. MESS, novembre 2009.
4. ISQ, EQSP 2008.
5. INSPQ, Infocentre de santé publique.
6. Centre jeunesse Gaspésie/Îles; Association des centres jeunesse du Québec, *Bilan des directeurs de protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2010*.
7. MSP, *Rapport statistique annuel sur les agressions sexuelles au Québec 2009*.

8. MSP, *Rapport statistique annuel sur les crimes commis en contexte conjugal au Québec 2009*.
9. MSSS, Fichier des décès.
10. Régie des rentes du Québec, Soutien aux enfants statistiques 2009.
11. MSSS, Fichier des naissances.

Note : Dans ce tableau, des tests statistiques ont été faits pour comparer les jeunes de la région et ceux du Québec pour tous les indicateurs, sauf ceux provenant des sources 2 et 3.

- Pourcentage ou taux chez les jeunes de la région significativement inférieur à celui chez les jeunes québécois au seuil de 0,05.
- + Pourcentage ou taux chez les jeunes de la région significativement supérieur à celui chez les jeunes québécois au seuil de 0,05.
- * CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.
- ** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

La situation des aînés

52.

Bien que cette fiche présente la situation des aînés de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, rappelons que le Rocher-Percé compte 3 070 aînés en 2006, soit 17,7 % de sa population. De ce nombre, 1 713 ont entre 65 et 74 ans et 1 357, 75 ans et plus.

Plus d'aînés qu'avant et des aînés plus vieux

En 2006, 16 540 personnes de 65 ans et plus habitent la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, un groupe qui représente maintenant plus de 17 % de la population et qui ne cessera d'augmenter pour atteindre 38 % en 2031 (figure 121). Plus précisément, comme le montre cette figure, 8,0 % de la population gaspésienne et madelinienne est âgée de 75 ans et plus en 2006, une proportion qui devrait se situer à 20 % en 2031. Autrement dit, si les tendances démographiques se maintiennent, dans vingt ans, une personne sur cinq dans la région aura 75 ans ou plus. Et aucun territoire local en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'échappera à cette réalité (figure 121).

Par ailleurs, non seulement la population dans son ensemble vieillit-elle, les aînés aussi. En effet, alors que 38 % des aînés de la région avaient 75 ans et plus en 1981, cette proportion est de 46 % en 2006 et devrait se situer à 52 % en 2031.

Figures 121

Proportion (en %) des 65 ans et plus, des 65-74 ans et des 75 ans et plus, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec

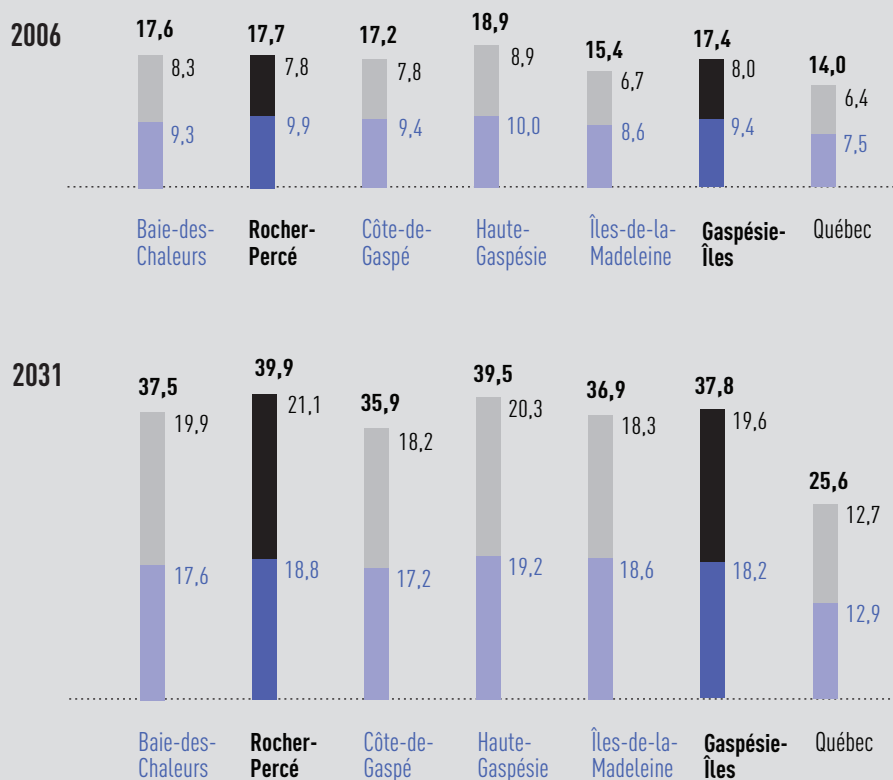
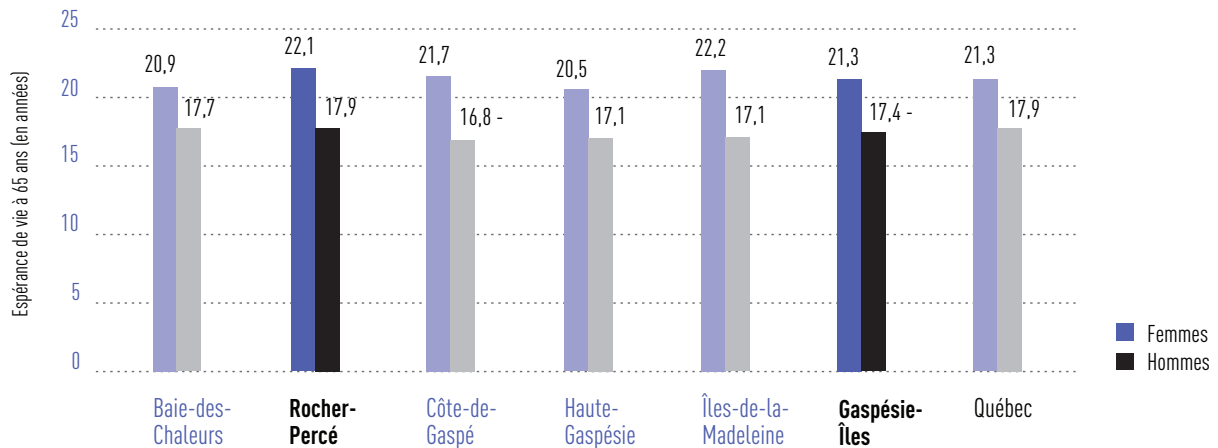


Figure
122

Espérance de vie à 65 ans (en années) selon le sexe, RLS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2005-2007



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

- Espérance de vie à 65 ans de ce territoire significativement inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Hausse de l'espérance de vie à 65 ans

Au Québec, comme partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les personnes qui atteignent l'âge de 65 ans peuvent à compter de ce moment espérer vivre plus longtemps en 2005-2007 qu'en 1981-1983. Dans la région, ce gain est d'un peu plus de deux ans chez les femmes et d'environ deux ans et demi chez les hommes. Ainsi, en 2005-2007, les Gaspésiennes et Madeliniennes de 65 ans et plus peuvent s'attendre à vivre en moyenne encore 21,3 ans et les Gaspésiens et Madelinots, 17,4 ans (figure 122), soit jusqu'à 86,3 ans et 82,4 ans respectivement. Cette espérance de vie à 65 ans chez les femmes est identique à celle des Québécoises, tandis que celle des hommes est inférieure à celle des Québécois (17,9 ans).

La figure 122 présente les données pour chaque territoire local en 2005-2007 et illustre bien l'écart qui sépare encore les hommes et les femmes même à 65 ans.

Le portrait de la santé et du bien-être des aînés de la région s'apparente en plusieurs points à celui des aînés du Québec, mais des distinctions ressortent

En effet, les aînés de la région ne se distinguent de ceux du Québec pour aucune des habitudes de vie et, outre l'espérance de vie à 65 ans un peu plus faible chez les Gaspésiens et Madelinots que chez les Québécois, les aînés de la région souffrent de limitation d'activités dans des proportions ne se distinguant pas de celles des aînés québécois. De plus, les prévalences du

diabète, des MCV et des blessures accidentelles, dont celles causées par les chutes, ne sont pas différentes de celles des aînés du Québec. Par ailleurs, les aînés de la région vivent moins souvent seuls que les aînés québécois, sont plus nombreux à avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté et sont aussi nombreux, en proportion, à avoir en tout temps quelqu'un à qui se confier ou demander de l'aide en cas de besoin.

Malgré cela, la perception qu'ils ont de leur santé est plus négative que celle des Québécoises et Québécois du même âge. De plus, bien que les aînés d'aujourd'hui soient plus scolarisés que ceux des années passées, une part encore importante d'entre eux dans la région n'ont pas de DES, une donnée dont il faut bien sûr tenir compte dans l'organisation des services. Leur situation économique est aussi plus défavorable que celle des 65 ans et plus au Québec, on a qu'à penser aux deux tiers qui bénéficient du Supplément de revenu garanti, une proportion qui est de 45 % au Québec. Puis, à l'image des résultats obtenus pour l'ensemble de la population, les aînés gaspésiens et madelinots souffrent plus d'excès de poids, meurent plus souvent dans un accident de véhicules moteurs et, pour une des premières fois depuis le début des années 80, ont davantage mis fin à leurs jours en 2004-2008 que leurs homologues québécois.

Le tableau 58 présente les résultats sur la situation des aînés de la région et ceux du Québec, en rappelant, à titre indicatif, les résultats de toute la population régionale.

**Tableau
58**

Synthèse des indicateurs chez les AÎNÉS, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec

Indicateurs	Gaspésie-Îles		Québec
	65 ans et plus	Toute la population	65 ans et plus
Démographie			
Pourcentage au sein de la population			
2006	17,4	n/a	14,0
2031	37,8	n/a	25,6
Socioéconomie			
Répartition (en %) selon l'état matrimonial de fait (2006) ¹			
Vivant en couple (union libre ou mariés)	56,4	63,4	53,7
Veufs	31,5	8,5	28,8
Autres	13,2	28,2	17,4
Pourcentage sans DES (2006) ¹	66,1	37,9	47,4
Pourcentage bénéficiant du Supplément de revenu garanti (déc. 2010) ²	65,2	n/a	44,5
Pourcentage se percevant pauvres ou très pauvres (2008) ³	20,8	15,1	12,0
Milieu social			
Pourcentage en ménage privé vivant seuls (2006) ¹	24,9	13,1	31,8
Pourcentage avec un niveau très élevé de soutien social (2007-2008) ⁴	47,6	51,0	44,2
Pourcentage ayant un fort ou très fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale (2007-2008) ⁴	84,3+	81,5	64,8
Pourcentage très satisfaits de leur vie sociale (2008) ³	57,2	53,8	52,4
Milieu de travail			
Pourcentage vivant des tensions au travail (2008) ³	13,2**	13,3	10,0**
Pourcentage ayant un niveau élevé de contraintes physiques au travail (2008) ³	12,0**	27,5	8,8*
Habitudes de vie et comportements liés à la santé			
Pourcentage se brossant les dents au moins deux fois par jour (2008) ³	73,2	84,4	71,2
Pourcentage utilisant la soie dentaire au moins une fois par jour (2008) ³	28,6	34,9	36,6
Pourcentage de fumeurs (occasionnels et réguliers) (2008) ³	11,5	26,7	11,6
Pourcentage consommant cinq portions et plus de fruits et de légumes par jour (2007-2008) ⁴	50,9	49,3	52,0
Pourcentage atteignant le niveau recommandé d'activité physique (2007-2008) ⁴	26,5	32,2	29,9
Pourcentage souffrant d'excès de poids (2008) ³	62,6+	58,0	57,1
Embonpoint	42,3	37,7	40,1
Obésité	20,3	20,3	17,0
Pourcentage de buveurs d'alcool (2007-2008) ⁴	63,2	76,0	74,3
Pourcentage actifs sexuellement (2008) ³	47,6	79,6	44,3
Pourcentage actifs sexuellement ayant eu 2 partenaires et plus sur une période de 12 mois (2008) ³	1,6	10,1	4,4

Tableau 58 (suite)

Indicateurs	Gaspésie-Îles		Québec
	65 ans et plus	Toute la population	65 ans et plus
Recours aux services préventifs			
Pourcentage ayant reçu le vaccin contre la grippe saisonnière sur une période de 12 mois (2007-2008) ⁴	58,8	n/a	63,4
État de santé globale			
Espérance de vie à 65 ans (2005-2007)			
Femmes	21,3 ans	n/a	21,3 ans
Hommes	17,4 ans-	n/a	17,9 ans
Pourcentage percevant leur santé passable ou mauvaise (2008) ³	27,8+	16,1	21,7
Pourcentage satisfaits de leur vie (2007-2008) ⁴	96,8	94,8	93,1
Problèmes de développement et d'adaptation sociale			
Pourcentage ayant un indice élevé de détresse psychologique (2008) ³	17,4	20,7	18,8
Taux (pour 100 000) de décès par suicide (2004-2008) ⁵	21,8+	21,9	12,6
Pourcentage ayant eu des pensées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois (2008) ³	1,5**	2,7	2,3
Maladies chroniques			
Pourcentage souffrant d'une MCV (2007-2008) ⁴	57,7	26,2	54,7
Prévalence brute (en %) du diabète (2008-2009) ⁶	25,1+	10,6	22,8
Pourcentage percevant passable ou mauvaise leur santé dentaire (2008) ³	13,2	12,3	13,1
Pourcentage n'ayant aucune dent naturelle (2008) ³	50,6+	17,8	39,6
Pourcentage ayant consulté un dentiste ou un orthodontiste sur une période de 12 mois (2007-2008) ⁴	19,7-	45,6	36,9
Blessures accidentelles			
Pourcentage victimes d'une blessure due aux mouvements répétitifs sur une période de 12 mois (2008) ³	3,9*	10,5	4,9
Pourcentage victimes d'une blessure non intentionnelle sur une période de 12 mois (2008) ³	5,7*	9,8	6,5
Pourcentage victimes de blessure non intentionnelle causée par une CHUTE sur une période de 12 mois (2008) ³	2,5**	3,7	3,9
Pourcentage ayant souffert d'un TMS sur une période de 12 mois (2008) ³	33,8	32,5	32,9
Taux (pour 100 000) de décès par accident véhicules moteurs (2000-2008) ⁵	19,0+	13,9	11,3
Conséquences des problèmes de santé			
Pourcentage avec une limitation d'activités (2007-2008) ⁴	32,6	19,3	30,0
Pourcentage ayant des problèmes de santé fonctionnelle (2007-2008) ⁴	27,8	15,6	24,6
Pourcentage ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (2007-2008) ⁴	23,9*	11,2	19,3
Pourcentage ayant un médecin régulier (2007-2008) ⁴	94,9	79,0	92,6
Pourcentage ayant consulté un professionnel de la santé sur une période de 12 mois (2007-2008) ⁴	94,9	91,7	96,3

Sources :

1. Statistique Canada, Recensement 2006.
2. Services Canada, Bureau de Gaspé.
3. ISQ, EQSP 2008.
4. Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
5. MSSS, Fichier des décès.
6. INSPQ, mai 2011.

Note : Dans ce tableau, des tests statistiques ont été faits pour comparer les aînés de la région avec ceux du Québec pour tous les indicateurs, sauf ceux provenant des sources 1 et 2. Les données pour l'ensemble de la population régionale ne sont présentées qu'à titre indicatif.

- Pourcentage ou taux chez les aînés de la région significativement inférieur à celui chez les aînés québécois au seuil de 0,05.

+ Pourcentage ou taux chez les aînés de la région supérieur à celui chez les aînés québécois au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

53.

La situation des anglophones

À titre indicatif, en 2006, sur les quelque 8 480 anglophones peuplant la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 650 vivent dans le Rocher-Percé.

En 2006, 9,1 % de la population gaspésienne et madelinienne parle le plus souvent l'anglais à la maison, ce qui représente plus de 8 480 personnes. De ce nombre, 26,8 % sont âgées de 0 à 24 ans et à l'opposé, 21,0 % de 65 ans et plus, faisant des anglophones une population un peu plus âgée que les francophones, lesquels comptent 16,6 % d'aînés en 2006 (tableau 59). Toutefois, le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer, communément appelé l'indice synthétique de fécondité, est un peu plus élevé en 2004-2008 chez les anglophones que chez les francophones. De même, les mères anglophones sont en général un peu plus jeunes que les mères francophones comme en témoigne la supériorité de leur taux de maternité chez les 15-19 ans de même que la répartition des naissances selon l'âge de la mère : 34 % des mères anglophones dans la région ont moins de 25 ans au moment de l'accouchement contre 23 % chez les mères francophones (tableau 59).

Au plan socioéconomique, contrairement aux anglophones du Québec, les anglophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont en général un peu moins favorisés que les francophones : ils sont plus nombreux à ne pas avoir de DES, leur taux d'emploi est plus faible ainsi que leur revenu annuel moyen. Pourtant, les résultats de l'ESCC 2007-2008 révèlent que les anglophones ne sont pas plus nombreux que les francophones à se considérer comme pauvres ou même très pauvres (13 % contre 15 %) et qu'ils sont même plus nombreux à se percevoir à l'aise financièrement (47 % contre 24 %). Quant aux personnes occupant un emploi, le fait de parler l'anglais ou le français ne semble pas avoir d'influence sur les tensions vécues au travail ni sur l'exposition à un niveau élevé de contraintes physiques.

D'ailleurs, outre les distinctions démographiques et économiques dont nous venons de parler, les anglophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne présentent, somme toute, pas beaucoup de différences avec les francophones, à tout le moins au sens statistique pour les indicateurs que nous avons analysés dans ce portrait de santé (tableau 59).

Cela dit, nous trouvons important de mentionner que plus de la moitié des anglophones gaspésiens et madelinots peuvent compter sur un niveau très élevé de soutien social et que près de 90 % ont un fort sentiment d'appartenance à leur communauté. Et à ce titre, ils ne se distinguent pas non plus des francophones.

En matière d'habitudes de vie, si certains résultats sont encourageants, d'autres invitent à la réflexion, comme c'est le cas d'ailleurs pour l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine peu importe la langue parlée à la maison. D'abord, les anglophones sont nombreux à avoir intégré le brossage des dents deux fois par jour de même que l'usage régulier du condom chez les personnes qui ont plus d'un partenaire sexuel. Toutefois, la consommation quotidienne de cinq portions de fruits et de légumes n'est pas une habitude répandue, tandis que la proportion de fumeurs est élevée de même que la proportion de gens souffrant d'obésité, particulièrement chez les femmes.

Par ailleurs, une forte majorité d'anglophones se dit satisfait, voire très satisfait de sa vie et le bilan qu'ils font de leur santé est somme toute très positif et ne se différencie pas de celui des francophones. De plus, la prévalence des MCV ne montre pas de différences entre les deux groupes linguistiques ni même la prévalence des limitations d'activités. Pour ce qui est de la mortalité, à l'image de la situation régionale et provinciale, les cancers occupent aussi le premier rang des décès chez les anglophones, suivis des maladies circulatoires et des maladies respiratoires. Nous ne pouvons cependant pas estimer l'espérance de vie ni les taux de décès selon la langue d'usage, car pour 13 % des décès enregistrés au Fichier des décès en 2006-2008 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et même au Québec, la langue des personnes décédées n'est pas inscrite. On ne peut donc mesurer avec précision le nombre de décès chez les anglophones et, conséquemment, calculer des taux de décès et une espérance de vie fiables et valides.

Nous présentons au tableau 59 la synthèse des indicateurs concernant les anglophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. On se souviendra que pour certains indicateurs dont l'allaitement et les difficultés socio-émotionnelles chez les enfants, les effectifs régionaux n'étaient pas suffisants pour présenter les données

selon la langue. Pour ces indicateurs, nous présentons, au tableau 60, les données du Québec. On y constate notamment que les anglophones sont plus actifs physiquement que les francophones et qu'ils sont plus nombreux à avoir des installations ou des services d'activités physiques près de leur lieu de travail. Il faut cependant souligner que les résultats relatifs aux anglophones du Québec ne reflètent peut-être pas tout à fait, dans certains cas, la situation des anglophones gaspésiens et madelinots, ces derniers étant notamment plus défavorisés au plan économique que leurs homologues provinciaux.

**Tableau
59**

Synthèse des indicateurs chez les ANGLOPHONES et les FRANCOPHONES, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Indicateurs	Gaspésie-Îles	
	Anglophones	Francophones
Démographie		
Population totale (2006) ¹	8 480	83 430 [†]
0-24 ans	2 270	20 950
25-64 ans	4 430	48 655
65 ans et plus	1 780	13 825
Pourcentage des 65 ans et plus (2006) ¹	21,0	16,6
Indice synthétique de fécondité (2004-2008) ² (exclut la MRC d'Avignon)	1,54 enfant	1,35 enfant
Socioéconomie		
Plus haut niveau de scolarité atteint (2006) ¹		
Pourcentage sans DES	41,6	38,3
Pourcentage avec diplôme universitaire	5,0	7,7
Taux d'emploi (en %) (2009) ²	34,7	45,1
Revenu personnel annuel moyen (2005) ¹	21 580 \$	23 873 \$
Pourcentage se percevant pauvres ou très pauvres (2008) ⁴	12,9**	15,3
Milieu social		
Pourcentage prodiguant des soins sans rémunération aux personnes âgées (2006) ¹	18,8	24,4
Pourcentage ayant un niveau très élevé de soutien social (2007-2008) ³	50,9	51,2
Pourcentage ayant un fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale (2007-2008) ³	89,1	81,0
Pourcentage très satisfaits de leur vie sociale (2007-2008) ³	61,7	53,1
Milieu familial (exclut la MRC d'Avignon)		
Taux de maternité (pour 1 000) chez les 15-19 ans (2004-2008) ²	21,0+	10,6
Répartition (en %) des naissances selon l'âge de la mère à l'accouchement (2004-2008) ²		
Moins de 24 ans	33,7	23,2
25 à 34 ans	53,2	63,6
35 ans et plus	13,2	13,2
Milieu de travail		
Pourcentage de travailleurs-ses vivant des tensions au travail (2008) ⁴	20,4**	12,9
Pourcentage de travailleurs-ses ayant un niveau élevé de contraintes physiques (2008) ⁴	31,2**	27,2
Habitudes de vie et comportements liés à la santé		
Pourcentage se brossant les dents au moins deux fois par jour (2008) ⁴	82,5	84,4
Pourcentage utilisant la soie dentaire au moins une fois par jour (2008) ⁴	37,8	34,5
Pourcentage de fumeurs (occasionnels et quotidiens) (2008) ⁴	34,7	25,9
Pourcentage consommant cinq portions et plus de fruits et de légumes par jour (2007-2008) ³	34,5*	51,8
Pourcentage souffrant d'excès de poids (2008) ⁴	66,8+	57,1
Embonpoint	38,4	37,6
Obésité	28,4*+	19,5

† La somme des anglophones et des francophones ne donne pas le nombre d'habitants en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en 2006 en raison des allophones et des non-répondants.

Tableau 59 (suite)

Indicateurs	Gaspésie-Îles	
	Anglophones	Francophones
Habitudes de vie et comportements liés à la santé (suite)		
Pourcentage de buveurs d'alcool (2007-2008) ³	70,2-	77,7
Pourcentage consommant de la drogue (2008) ⁴	11,4**	11,8
Pourcentage actifs sexuellement (2008) ⁴	74,4	80,0
Pourcentage des actifs sexuellement ayant eu deux partenaires sur une période de 12 mois et ayant toujours utilisé le condom (2008) ⁴	65,3*+	33,9
Recours aux services préventifs		
Pourcentage de femmes de 18 à 69 ans ayant passé test de Pap depuis moins de 3 ans (2008) ⁴	72,1	73,6
État de santé globale		
Pourcentage percevant leur santé passable ou mauvaise (2008) ⁴	18,5*	15,9
Pourcentage satisfaits de leur vie (2007-2008) ³	92,9	95,1
Problèmes de développement et d'adaptation sociale		
Pourcentage ayant un indice élevé de détresse psychologique (2008) ⁴	13,7*	21,3
Maladies chroniques		
Répartition (en %) des décès selon les principales causes (2004-2008) ⁶		
Cancers	31,3	35,3
MCV	26,9	27,0
Maladies respiratoires	8,2	8,1
Pourcentage souffrant de MCV (2007-2008) ³	27,6*	26,6
Pourcentage percevant passable ou mauvaise leur santé buccodentaire (2008) ⁴	7,6**	12,8
Pourcentage n'ayant plus de dents naturelles (2008) ⁴	19,1*	17,5
Pourcentage n'ayant ressenti aucune douleur aux dents ou aux gencives sur une période de un mois (2007-2008) ³	80,4+	63,8
Pourcentage ayant consulté un dentiste ou un orthodontiste sur une période de 12 mois (2007-2008) ³	47,4	45,5
Blessures accidentelles		
Pourcentage victimes d'une blessure due aux mouvements répétitifs sur une période de 12 mois (2008) ⁴	16,2*+	9,9
Pourcentage victimes d'une blessure non intentionnelle sur une période de 12 mois (2008) ⁴	7,5**	10,0
Pourcentage ayant souffert d'un TMS sur une période de 12 mois (2008) ⁴	29,7	32,8
Conséquences des problèmes de santé		
Pourcentage ayant une limitation d'activités (2007-2008) ³	31,6*	18,2
Pourcentage ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (2007-2008) ³	26,3*+	10,2
Pourcentage ayant un médecin régulier (2007-2008) ³	80,7	79,7
Pourcentage ayant consulté un professionnel de la santé sur une période de 12 mois (2007-2008) ³	93,0	91,9

Sources :

1. Statistique Canada, Recensement 2006.
2. Statistique Canada, *Enquête sur la population active*.
3. Statistique Canada, ESCC 2007-2008.
4. ISQ, EQSP 2008.
5. INSPQ, Infocentre de santé publique.
6. MSSS, Fichier des décès.

Note : Dans ce tableau, des tests statistiques ont été faits pour comparer les anglophones et les francophones pour tous les indicateurs, sauf ceux provenant des sources 1 et 2.

- Pourcentage ou taux des anglophones significativement inférieur à celui des francophones au seuil de 0,05.
- + Pourcentage ou taux des anglophones significativement supérieur à celui des francophones au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

**Tableau
60**

Résultats de certains des indicateurs chez les ANGLOPHONES et les FRANCOPHONES, Québec

Indicateurs	Québec	
	Anglophones	Francophones
Déterminants de la santé		
Pourcentage exposés à la fumée secondaire (2007-2008) ³	21,4	21,5
Pourcentage des mères ayant donné naissance dans les cinq dernières années et ayant allaité leur dernier bébé (2007-2008) ¹	83,8	82,5
Pourcentage atteignant le niveau recommandé d'activité physique (2007-2008) ¹	41,8+	36,0
Pourcentage des travailleurs-ses ayant accès à des installations ou services d'activités physiques près de leur travail (2007-2008) ³	74,6+	68,7
Pourcentage des 15-24 ans actifs sexuellement ayant habituellement eu recours à la contraception sur une période de 12 mois (2008) ²	74,3-	90,9
Pourcentage des aînés ayant reçu le vaccin contre la grippe sur une période de 12 mois (2007-2008) ¹	73,3+	62,7
Problèmes de santé et de bien-être		
Pourcentage des 3-14 ans ayant des difficultés socioémotionnelles (2008) ²	6,4**	12,7
Pourcentage des 3-14 ans ayant un niveau limite ou anormal de comportement prosocial (2008) ²	8,3**	4,8
Pourcentage des 3-14 ans ayant reçu un diagnostic de TDA/TDAH (2008) ²	5,1**	9,7
Pourcentage des 3-14 ans ayant reçu un diagnostic de dépression ou trouble anxieux (2008) ²	0,2**-	2,5
Pourcentage percevant leur santé mentale passable ou mauvaise (2007-2008) ¹	3,3*	3,4
Pourcentage ayant eu des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois (2008) ²	3,0*	2,3
Pourcentage souffrant d'asthme ou de MPOC (2007-2008) ¹	12,0	10,6
Conséquences des problèmes de santé		
Pourcentage ayant des problèmes de santé fonctionnelle (2007-2008) ¹	16,2+	13,2

Sources :

1. Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

2. ISQ, EQSP 2008.

3. Statistique Canada, Recensement 2006.

+ Pourcentage chez les anglophones significativement supérieur à celui des francophones au seuil de 0,05.

- Pourcentage chez les anglophones significativement inférieur à celui des francophones au seuil de 0,05.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

La situation des moins nantis

54.

Nous reprenons dans le tableau suivant les indicateurs pour lesquels nous avons des données sur le revenu des ménages et pour lesquels les moins nantis se distinguent significativement des mieux nantis. Le plus souvent, les données mettent en relief le gradient qu'exerce le revenu sur l'état de santé et de bien-être ou sur ses déterminants. Précisons aussi que lorsque les données régionales ne sont pas suffisamment fiables, nous inscrivons les données pour le Québec.

Cela dit, rappelons que ce portrait de santé a aussi mis en évidence que les moins nantis dans la région ne sont pas moins nombreux, en proportion, que les mieux nantis à avoir un niveau très élevé de soutien social (53 % contre 56 %), alors qu'au Québec, le revenu exerce un gradient sur ce déterminant de la santé (de 40 % chez les moins nantis, la proportion à avoir un niveau très élevé de soutien social passe à 44 % chez les personnes à revenu moyen et à 50 % chez les mieux nantis). De plus, la proportion à avoir un médecin régulier ne se distingue pas selon le revenu du ménage en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ce qui n'est pas le cas au Québec où les personnes les plus défavorisées sont un peu moins nombreuses à avoir un médecin régulier que les personnes vivant dans des ménages à revenu moyen ou supérieur.

Tableau 61

Synthèse des indicateurs selon le REVENU du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (ou Québec)

Indicateurs	Indice de revenu du ménage		
	Inférieur	Moyen	Supérieur
Milieus social et de travail			
Pourcentage très satisfaits de leur vie sociale (2008) ¹	49,0	54,8	56,0
Pourcentage vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire (2007-2008) ² Québec	13,6	1,2	
Pourcentage des travailleurs-ses vivant des tensions au travail (2008) ¹ Québec	15,8		9,9
Pourcentage des travailleurs-ses ayant un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail (2008) ¹	31,3		18,6
Habitudes de vie et comportements liés à la santé			
Taux (en %) d'allaitement maternel chez les femmes ayant donné naissance dans les cinq années précédant l'enquête (2007-2008) ² Québec	73,3	87,5	89,9
Pourcentage se brossant les dents au moins deux fois par jour (2008) ¹	79,5	84,7	89,3
Pourcentage de fumeurs (occasionnels et quotidiens) (2008) ¹	37,6	24,8	16,1
Pourcentage consommant quotidiennement cinq portions ou plus de fruits et de légumes (2007-2008) ²	41,9	52,5	52,7
Pourcentage atteignant le niveau recommandé d'activité physique (2007-2008) ²	24,0	31,0	41,0
Pourcentage souffrant d'obésité (2008) ¹	23,0	20,0	17,4

Tableau 61 (suite)

Indicateurs	Indice de revenu du ménage		
	Inférieur	Moyen	Supérieur
Habitudes de vie et comportements liés à la santé (suite)			
Pourcentage de buveurs d'alcool (2007-2008) ²	61,6	79,8	88,2
Pourcentage de buveurs excessifs d'alcool (2007-2008) ² Québec	13,7	17,0	22,6
Pourcentage de consommateurs de drogues (anciens et actuels) (2008) ¹	33,5	41,1	51,5
Pourcentage des actifs sexuellement ayant eu deux partenaires et plus sur une période de 12 mois et ayant toujours utilisé le condom (2008) ¹	45,0**	34,5*	29,8**
Recours aux services préventifs			
Pourcentage des femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap depuis moins de 3 ans (2008) ¹	59,3	76,3	81,4
Pourcentage des aînés ayant reçu le vaccin contre la grippe saisonnière sur une période de 12 mois (2007-2008) ² Québec	58,7	66,1	72,4
État de santé globale			
Pourcentage percevant sa santé passable ou mauvaise (2008) ¹	27,7	14,4	4,6
Pourcentage très satisfaits de leur vie (2007-2008) ²	33,1	44,4	57,6
Problèmes de développement et d'adaptation sociale			
Pourcentage des enfants de 3 à 14 ans ayant un niveau modéré ou élevé de difficultés socioémotionnelles (2008) ¹ Québec	14,8	12,4	8,1*
Pourcentage percevant leur santé mentale passable ou mauvaise (2007-2008) ² Québec	5,8	2,6	1,8
Pourcentage ayant un indice élevé de détresse psychologique (2008) ¹	29,1	20,0	11,9
Pourcentage ayant eu des pensées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois (2008) ¹ Québec	3,7		2,0
Maladies chroniques			
Pourcentage ayant une MCV (2007-2008) ²	38,4	22,3	21,3
Pourcentage souffrant d'asthme ou d'une MPOC (2007-2008) ² Québec	12,2	9,7	8,7
Pourcentage percevant passable ou mauvaise leur santé buccodentaire (2008) ¹	20,5	12,1	3,7**
Pourcentage n'ayant plus de dents naturelles (2008) ¹	26,3	17,1	7,8
Pourcentage ayant consulté un dentiste ou un orthodontiste sur une période de 12 mois (2007-2008) ²	35,3	43,6	59,0
Blessures accidentelles			
Pourcentage ayant souffert d'un TMS sur une période de 12 mois (2008) ¹	35,7	34,2	25,8
Conséquences des problèmes de santé			
Pourcentage ayant une limitation d'activités (2007-2008) ²	27,6	17,9	12,9*
Pourcentage ayant consulté un professionnel de la santé travaillant dans le système PRIVÉ sur une période de 12 mois (2007-2008) ²	64,3	66,1	80,3

Sources :

1. ISQ, EQSP 2008.
2. Statistique Canada, ESCC 2007-2008.

Notes : Nous ne présentons dans ce tableau que les données des indicateurs pour lesquels le revenu exerce une influence. Lorsque nous présentons les données du Québec, c'est parce que bien que nous ne puissions présenter celles de la région en raison des effectifs trop faibles, celles-ci présentent tout de même la même tendance.

* CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Conclusion

La réalisation de ce document visait à dresser le portrait le plus complet possible de la population de Rocher-Percé eu égard à sa santé et son bien-être.

Au niveau démographique d'abord, comme partout en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et au Québec, le vieillissement de la population de Rocher-Percé se poursuivra dans les prochaines années. Points encourageants toutefois et bien qu'il faille encore être prudent, un nombre accru de naissances en 2006, 2007 et 2008 et des perspectives démographiques laissant entrevoir une baisse moins importante de la population d'ici 2031 que ce que ce territoire a connu dans les dernières décennies.

Également, ce portrait de santé a mis en évidence des gains importants pour la population de Rocher-Percé en matière de santé et de bien-être qu'on pense à l'espérance de vie, à la scolarité ou à la mortalité cardiovasculaire. Toutefois, contrairement à la situation provinciale, la mortalité par cancers chez les hommes n'a pas commencé à régresser et est même supérieure à celle des Québécois depuis plusieurs années, notamment le cancer du poumon. Cependant, les hommes de Rocher-Percé ne meurent pas plus du cancer colorectal et du cancer de la prostate ni de maladies cardiovasculaires et respiratoires que leurs homologues québécois. Malgré cela, ils accusent encore un retard par rapport aux Québécois relativement à leur espérance de vie, et ce, principalement en raison de leur surmortalité par suicide, par accident de transport et par cancers. Quant aux femmes de Rocher-Percé, leur espérance de vie ne se distingue pas de celle des Québécoises, elles ne meurent pas plus que celles-ci de cancers et décèdent même moins de maladies respiratoires. Par contre, elles affichent

pour une première fois depuis 25 ans une surmortalité cardiovasculaire. De plus, comme partout ailleurs, la mortalité par cancer pulmonaire est en progression chez les femmes de Rocher-Percé. On ne peut qu'espérer que la baisse générale du tabagisme se poursuive et contribue dans quelques années à infléchir le taux de cancer du poumon chez les femmes de même que chez les hommes. On ne peut non plus passer sous silence la prévalence élevée d'embonpoint et d'obésité à Rocher-Percé de même que la progression du diabète, un problème par surcroît plus prévalent sur ce territoire local qu'au Québec.

Au chapitre des habitudes de vie, il est d'abord encourageant de constater le fort pourcentage de personnes se brossant les dents au moins deux fois par jour. On ne peut que souhaiter que cette saine habitude aura éventuellement des impacts sur la baisse de l'édentation complète, particulièrement élevée à Rocher-Percé. Dans un autre ordre d'idée, ce portrait de santé montre qu'en dépit de la baisse générale du tabagisme, le tiers de la population de Rocher-Percé fume encore. De plus, les gens faisant usage de drogues sont aussi nombreux, en proportion, à Rocher-Percé qu'au Québec. Par ailleurs, dans le contexte de recrudescence des ITSS, on doit notamment se questionner sur l'usage du condom particulièrement chez ceux et celles ayant plus d'un partenaire sexuel.

Plusieurs problèmes psychosociaux méritent aussi une attention, non seulement en raison de leur impact sur le développement et l'adaptation sociale des enfants, mais aussi parce qu'ils sont plus fréquents à Rocher-Percé qu'ailleurs dans la région et au Québec. On pense aux enfants pris en charge par les services sociaux parce que leur développement et sécurité sont

compromis, ainsi qu'aux jeunes ayant contrevenu à la LSJPA et aux jeunes filles devenant mères. De plus, même si le taux de décrochage scolaire des jeunes de la CS René-Lévesque est moins élevé que celui du Québec, c'est tout de même un jeune sur huit qui quitte l'école avant l'obtention d'un diplôme secondaire. Par ailleurs, la forte proportion de familles monoparentales sur le territoire de Rocher-Percé doit être soulevée. Et bien qu'en général dans la région, les gens considèrent très bonne ou même excellente leur santé mentale, le problème du suicide demeure une préoccupation dans l'ensemble de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, et de façon toute particulière à Rocher-Percé, de même que toutes ces personnes qui songent sérieusement à s'enlever la vie ou qui vivent une détresse telle que cela les rend davantage vulnérables aux problèmes de santé mentale, deux indicateurs pour lesquels par surcroît la population de Rocher-Percé est désavantagée en 2008 par rapport à l'ensemble du Québec.

Cela dit, les conditions socioéconomiques ne sont pas l'unique facteur à l'origine des problèmes psychosociaux ou de santé physique, mais nous savons qu'elles exercent une influence notable. Or, le territoire de Rocher-Percé est depuis longtemps marqué par des difficultés majeures à cet égard, ce qui se traduit notamment par de faibles taux d'emploi, des revenus bas ainsi que par un fort pourcentage de gens qui se perçoivent pauvres, le plus élevé de la région. Ainsi, on ne peut faire abstraction de cette réalité dans notre compréhension des données de santé de ce territoire et dans le fait que cette population pose un regard plus négatif sur sa santé.

Malgré cela, près de la moitié de la population de Rocher-Percé fait un bilan plutôt positif, voire très positif, de sa santé. Également, comme partout en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, les gens de ce territoire local sont proportionnellement moins nombreux que les Québécoises et Québécois à vivre seuls et sont aussi en général plus satisfaits de leur vie sociale que leurs homologues provinciaux. Ces résultats ne sont pas sans rappeler ceux obtenus à l'échelle de la région eu égard au soutien social et au sentiment d'appartenance à sa communauté, deux indicateurs pour lesquels la région obtient de bien meilleures notes que le Québec et qu'il est important de faire valoir compte tenu de leur impact positif sur la santé.

Mentionnons en terminant que le contenu de ce document n'aura bien sûr de sens que dans la mesure où les intervenants et décideurs concernés par la santé l'utiliseront pour enrichir leurs réflexions et appuyer leurs décisions en vue de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de Rocher-Percé. C'est à tout le moins le souhait que nous faisons.

Informations d'ordre méthodologique

Les grandes sources de données

Plusieurs sources de données ont été utilisées pour documenter les divers indicateurs de ce portrait de santé. Nous ne les présentons pas ici puisque nous les avons systématiquement indiquées sous les tableaux et figures. Mentionnons seulement que l'ESCC 2007-2008 de Statistique Canada a été réalisée auprès d'un échantillon de 23 545 personnes de 12 ans et plus au Québec dont 1 173 de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Quant à l'EQSP 2008 de l'ISQ, un échantillon de 38 154 personnes de 15 ans et plus au Québec y a participé dont 2 538 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Précisons que cette enquête a non seulement une représentativité régionale, mais aussi locale, à l'exception seulement des indicateurs relatifs aux problèmes socioémotionnels chez les enfants de 3 à 14 ans. Ainsi, à l'échelle des RLS, l'échantillon régional se répartit comme suit :

- 669 personnes de la Baie-des-Chaleurs
- 483 de Rocher-Percé
- 456 de La Côte-de-Gaspé
- 450 de La Haute-Gaspésie
- 480 des Îles-de-la-Madeleine

Précisons par ailleurs que les données sur les décès de l'année 2008 étaient encore provisoires en juillet 2011. Finalement, nous avons fait le choix de ne pas indiquer dans les figures sur l'évolution des taux de décès le changement de classification des décès entre la CIM-9 et la CIM-10.

Les analyses de données

Les tests statistiques

Plusieurs indicateurs de ce portrait de santé sont en fait des estimations, car ils sont calculés à partir d'un échantillon de la population. Or, la précision d'une estimation, en plus d'être un critère de qualité de celle-ci, doit être prise en compte lors de comparaisons (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine versus Québec par exemple). C'est alors que les tests statistiques entrent en jeu.

Certains groupes populationnels ont systématiquement été comparés entre eux à l'aide de tests statistiques pour chaque estimation. Ainsi, pour chaque sexe et chaque groupe d'âge de même qu'au total, nous avons systématiquement comparé au moyen de tests statistiques les estimations régionales à leur valeur respective au niveau provincial (pour les estimations disponibles aux deux niveaux géographiques). Il en est de même pour les estimations propres à chacun des RLS.

Au niveau régional et provincial, des tests statistiques ont été systématiquement utilisés pour la comparaison d'estimations entre certains groupes populationnels : sexe (femmes comparées aux hommes), âge, langue, revenu. À l'échelle locale, les hommes ont été comparés aux femmes et pour certains indicateurs, les groupes d'âge entre eux.

En plus des comparaisons systématiques déjà énumérées, certains groupes populationnels ont également été comparés entre eux à l'aide de tests statistiques, mais pas sur une base systématique pour chaque estimation. C'est le cas, par exemple, des personnes obèses de la région qui ont été comparées aux personnes de poids normal de la région en ce qui a trait à la prévalence des troubles musculosquelettiques.

Des tests statistiques ont également été utilisés pour apprécier certaines tendances temporelles.

Les principaux tests statistiques que nous avons utilisés sont le Chi carré, la partition du Chi carré, le Chi carré tendance, le T-Test, la comparaison d'intervalles de confiance (loi binomiale) et la transformation logarithmique de la cote Z de l'approximation normale (différence entre deux taux).

Les taux ajustés

La plupart des taux présentés dans le portrait de santé sont des taux ajustés pour l'âge. Les taux ajustés permettent de limiter l'effet de l'âge dans les comparaisons des taux entre deux territoires ou encore dans le temps. En fait, il s'agit artificiellement d'attribuer la même structure d'âge aux populations que l'on compare en prenant une population de référence. Dans ce portrait de santé, la population de référence est celle du Québec en 2006. Une exception seulement à la fiche 32 où l'on prend plutôt la population féminine et masculine de la région en 1983 afin de comparer l'évolution des taux bruts et des taux standardisés de décès par cancers de 1982-1984 à 2006-2008 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Les coefficients de variation (CV)

Chaque estimation tirée d'enquêtes populationnelles (ESCC 2007-2008 et EQSP 2008) a fait l'objet d'une mesure de sa précision afin d'en apprécier la qualité. La mesure que nous avons retenue est le coefficient de variation (CV) et s'interprète comme suit :

- Si le CV $\leq 15\%$, la donnée est publiée sans restriction ni commentaire.
- Si le CV est $> 15\%$ mais $\leq 25\%$, la donnée est suivie d'un astérisque avec la mention : à interpréter avec prudence.
- Si le CV est $> 25\%$, la donnée est publiée avec deux astérisques et la mention : fournie à titre indicatif seulement.

Règle de confidentialité ou des petits nombres

Dans l'EQSP, si le nombre de répondants (donnée non pondérée) dans une cellule est inférieur à 5, que ce soit la cellule d'intérêt ou son complément, la donnée est considérée confidentielle et n'est pas publiée. Dans l'ESCC, si le nombre de répondants (donnée non pondérée) dans la cellule d'intérêt (et non dans la cellule complément) est inférieur à 30, la donnée est considérée imprécise et de piètre qualité et n'est pas publiée. Dans les deux cas, nous mettons un X dans les tableaux ou les figures signifiant ainsi que la donnée repose sur des effectifs insuffisants. Ces règles sont dictées par l'ISQ pour l'EQSP 2008 et par Statistique Canada pour l'ESCC 2007-2008, et n'ont pas été appliquées pour les données issues d'autres sources. Par contre, à l'échelle locale, nous ne publions pas, pour des raisons de confidentialité, de données selon l'âge et la cause du décès lorsque celles-ci reposent sur moins de 5 personnes. Dans ce cas, nous mettons un X dans la figure avec la mention : donnée confidentielle.

Notes sur certains indicateurs

La langue parlée le plus souvent à la maison (ESCC et EQSP)

Les enquêtes ESCC et EQSP ont documenté la langue parlée le plus souvent à la maison. Pour les deux enquêtes, le répondant a le choix de répondre une ou plusieurs langues parmi une liste de langues proposées. Pour chacune des deux enquêtes, une catégorie « autre » est proposée pour les langues non présentes dans la liste.

Les réponses originales des répondants sur cette dimension de la langue ne sont pas incluses dans les données auxquelles nous avons un droit d'accès (ESCC et EQSP). En remplacement des réponses originales, nous avons accès à une variable dite dérivée ou indice dont la définition varie selon qu'il s'agisse de l'ESCC ou de l'EQSP. Comme nous avons fait des analyses selon la langue dans ce portrait de santé, il est important de préciser les définitions propres à chacune de ces deux enquêtes. Dans l'ESCC, la variable utilisée comporte les catégories suivantes :

1. Anglais (avec ou sans une autre langue autre que le français)
2. Français (avec ou sans une autre langue autre que l'anglais)
3. Anglais et français (avec ou sans une autre langue)
4. Ni anglais ni français (autre)

Seules les catégories 1 et 2 ont été retenues lors des analyses selon la langue (effectifs insuffisants dans les catégories 3 et 4 à l'échelle régionale). Pour alléger le texte, nous parlons des anglophones pour la catégorie 1 et des francophones pour la catégorie 2 (libellé Anglais et Français dans les tableaux).

Dans l'EQSP la variable utilisée comporte les catégories suivantes :

1. Au moins le français
2. Au moins l'anglais mais pas le français
3. Ni français, ni anglais

Seules les catégories 1 et 2 ont été retenues lors des analyses selon la langue (effectifs insuffisants dans la catégorie 3 à l'échelle régionale). Pour alléger le texte, nous parlons des anglophones pour la catégorie 2 et des francophones pour la catégorie 1 (libellé Anglais et Français dans les tableaux).



Le revenu du ménage (ESCC et EQSP)

Les enquêtes ESCC et EQSP ont documenté le revenu du ménage du répondant. L'information « traitée » qui nous est accessible pour chacune de ces enquêtes se rapporte au revenu du ménage ajusté pour le seuil de faible revenu (seuil établi par Statistique Canada). Il s'agit en fait du revenu total du ménage divisé par le seuil de faible revenu correspondant. Le seuil de faible revenu est déterminé en fonction de la taille du ménage (famille), la taille du secteur de résidence et l'année de référence.

Pour chacune des deux enquêtes, les répondants québécois ont été ordonnancés selon la valeur du revenu du ménage ajusté pour le seuil de faible revenu. Les catégories de revenu du ménage que l'on retrouve dans ce document sont, pour l'ESCC :

Inférieur : Premier 30 % des répondants de la liste ascendante des revenus ajustés

Moyen : Le 40 % suivant des répondants de la liste ascendante des revenus ajustés

Supérieur : Dernier 30 % des répondants de la liste ascendante des revenus ajustés.

Pour l'EQSP, les catégories sont :

Inférieur : Premier 20 % des répondants de la liste ascendante des revenus ajustés

Moyen : Le 60 % suivant des répondants de la liste ascendante des revenus ajustés

Supérieur : Dernier 20 % des répondants de la liste ascendante des revenus ajustés

Nous avons évité de comparer la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine au Québec pour chaque catégorie de revenu ajusté, par exemple : comparer les moins nantis de la région avec les moins nantis du Québec relativement au tabagisme. Nous avons pris cette décision, car certains éléments nous portent à croire que les seuils de faible revenu seraient sous-estimés pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (voir encadré sur l'indice du seuil de faible revenu à la fiche 3).

Références

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. [En ligne]. [www.santepublique.gc.ca], mis à jour le 7 mars 2011. (consulté en mars 2011).
- APRIL, Nicole, Claude BÉGIN, Réal MORIN et coll. *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Collection Politiques publiques et santé, 100 pages. (mai 2010)
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. *Bilan des directeurs de protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2010*, 49 pages. (2010)
- BERLIN et COLDITZ. 1990, tiré de BOUCHARD ET BOIVERT. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, Avis du comité scientifique de Kino-Québec, 27 pages. (1999)
- BERNÈCHE, Francine, Renée DUFOUR et Sylvie BERNIER. « Comportements de santé propres aux femmes », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 10, pages 189-197. (2010)
- BROUSSEAU, Roxanne, et François FORTIN. *Soutien aux enfants, statistiques de l'année 2008*, Régie rentes du Québec, 47 pages. (2010)
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Prévisions de la population et des ménages des MRC 1986-2006*, Statistiques démographiques, Les publications du Québec, Gouvernement du Québec, 453 pages. (1990)
- CAMIRAND, Hélène, et Chantal GALARNEAU. « Santé buccodentaire », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 6, pages 105-129. (2010)
- CAMIRAND, Hélène, et Gilles LÉGARÉ. « Blessures et troubles musculosquelettiques », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, pages 83-106. (2010)
- CAZALE, Linda, Renée DUFOUR, Lyne MONGEAU et Sylvie NADON. « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, pages 131-157. (2010)
- CAZALE, Linda, et Pascale LECLERC. « Consommation de drogues », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 8, pages 159-171. (2010)
- CAZALE, Linda, et Pascale LECLERC. « Comportements sexuels et usage de la contraception », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 9, pages 173-187. (2010)
- DAIGLE, Jean-Marc, et Michel BEAUPRÉ. *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec-Projections 2008*, Institut national de santé publique du Québec, 79 pages. (2008)
- DECK, Wilber. Médecin-conseil en santé publique, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, communication personnelle. (2011)
- DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER. Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 39 pages. (2007)

- DUBÉ, Nathalie, et Claude PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de Rocher-Percé, Évolution, situation actuelle, comparaison avec le Québec*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 114 pages. (2007)
- DUBÉ, Nathalie, Claude PARENT et Wilber DECK. *La situation du cancer aux Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 41 pages. (2005)
- ÉMOND, Valérie. *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, Institut national de santé publique du Québec, 15 pages. (2002)
- GIRARD, Chantal. *Le bilan démographique du Québec, Édition 2008*, Institut de la statistique du Québec, 79 pages. (décembre 2008)
- GIROUX, I., C. JACQUES, R. LADOUCEUR, M. LECLERC et P. BROCHU. *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine en 2009*, Québec, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval, 112 pages. (2010)
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. (1995)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, Édition 2009*, Gouvernement du Québec, 132 pages. (juillet 2009)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fiche indicateur sur la Proportion des travailleurs vivant des tensions au travail (EQSP)*, numéro de fiche EQSP 2008 : 9.18. 6 pages. (Version de novembre 2010)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fiche indicateur sur la Répartition des enfants de 3 à 14 ans selon le niveau de difficultés socioémotionnelles (EQS)*, numéro de fiche EQSP 2008 : 18.1. 9 pages. (Version de novembre 2010)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC EN COLLABORATION AVEC INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosantitaires-Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*. Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. (novembre 2010)
- 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 du Québec*, Gouvernement du Québec, 659 pages. (2006)
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/santescope>] [Consulté en mai 2011].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Fiche indicateur sur la Proportion de la population ayant une limitation d'activités*, numéro de ligne du PCS : 31-189-193, 3 pages. (Version de février 2010)
- JALBERT, Lisa-Marie, et Claude PARENT. *Rapport annuel 2009 des maladies à déclaration obligatoire Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Diffusion-Protection-Bulletin d'information en maladies infectieuses et en santé environnementale, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 7 pages. (janvier 2011)
- KAIROUZ, Sylvia, Louise NADEAU, Catherine PARADIS et coll. *Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans, Enquête Enhjeu-Québec*, Université Concordia, Université de Montréal, 46 pages. (novembre 2010)
- KESSLER, R.-C., G. ANDREWS, L.-J. COLPE, E. HIRIPI et autres. *Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress*, Psychological Medicine, 32, pages 959-976. (2002)
- KESSLER, R.-C., P.-R. BARKER, L.-J. COLPE, J.-F. EPSTEIN et autres. *Screening for serious mental illness in the general population*, Arch Gen Psychiatry, vol 60, pages 184-189. (2003)
- LÉGARÉ, Gilles, et Hélène CAMIRAND. « Santé mentale », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4, pages 67-82. (2010)

- LEMIEUX, Charles, et Claude PARENT. *Enquête sociale et de santé 1998, Rapport régional Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 632 pages. (décembre 2002)
- MILLER, et autres. *Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec*, Rapport du comité scientifique constitué par l'Institut national de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 235 pages. (Octobre 2008)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. [En ligne]. [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/diabete/index.php?Prevention] (Consulté en 2010).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – L'épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Gouvernement du Québec, 73 pages. (2010)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Résultat d'une réflexion commune*, 40 pages. (juillet 2009)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018*, Gouvernement du Québec, 164 pages. (2008)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Riches de tous nos enfants, La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Gouvernement du Québec, 162 pages. (2007)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Produire la santé*, Direction du programme de santé publique, 120 pages. (2005)
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Statistiques 2008 sur les agressions sexuelles au Québec*, 55 pages. (décembre 2009)
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Statistiques 2008 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*, 57 pages. (novembre 2009)
- MONGEAU, Lyne, Nathalie AUDET, Jacynthe AUBIN et Rosanna BARALDI. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, INSPQ et ISQ, Gouvernement du Québec, 23 pages. (2005)
- NOLIN et HAMEL. « Les Québécois bougent plus mais pas encore assez », dans : M. Venne et A. Robitaille (sous la direction de), *L'Annuaire du Québec 2006*, Montréal, Fides, pages 296-311. (2005)
- PAMPALON, Robert, Denis HAMEL et Guy RAYMOND. *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec – Mise à jour 2001*, Institut national de santé publique du Québec, 11 pages. (2004)
- PINEAULT, Raynald, et Carole DAVELUY. *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Éditions Nouvelles, 480 pages. (1995)
- RODHAM CLINTON, Hillary. *Now can we talk about health care?* The New York Time. (18 avril 2004)
- SHEPARD et FUTCHER. *Physical activity and cancer, How may protection be maximized?* Crit Rev Oncog, 1997, 8 [2-3], pages 219-272; tiré de DUBÉ, Nathalie, Claude PARENT et Wilber DECK. *La situation du cancer aux Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 41 pages. (2005)
- SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Bilan 2009 : accidents, parc automobile, permis de conduire*, Dossier statistique, 213 pages. (juin 2010)
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. [En ligne]. [www.cancer.ca] (Consulté en octobre 2010).
- STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008 et 2007-2008, Spécifications des variables dérivées, Fichiers maître et partagé et le fichier de microdonnées à grande diffusion*. (2009)
- WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 1997; tiré de DUBÉ, Nathalie, Claude PARENT et coll. *Le cancer du poumon dans la Baie-des-Chaleurs*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 20 pages. (2006)



*Agence de la santé et
des services sociaux
de la Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine*

Québec



Direction de santé publique