



Les inégalités sociales de santé en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie**

Québec 

Rédaction du document :

Nathalie Dubé, responsable régionale de la surveillance de l'état de santé
Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Révision du contenu :

Ariane Courville, médecin-conseil
Suzanne Gérin-Lajoie, responsable régionale des dossiers de la sécurité alimentaire et du développement des communautés
Yv Bonnier Viger, Directeur régional de santé publique

Correction orthographique et linguistique :

Suzanne Labbé, agente administrative

Production et diffusion :

Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
144, boulevard Gaspé
Gaspé (Québec) G4X 1A9

Image de la page couverture :

Tirée du site : <https://www.carsat-bretagne.fr/nous-connaître/nos-chiffres-cles.html>

Référence suggérée :

DUBÉ, Nathalie. *Les inégalités sociales de santé en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 27 pages. (2018g)

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018
ISBN : 978-2-550-82511-1 (version PDF)

Table des matières

Introduction.....	5
Les conditions socioéconomiques des territoires locaux de la région.....	6
Les déterminants de la santé.....	7
Les habitudes de vie	7
Le statut pondéral	8
Le recours aux services préventifs.....	8
Les problèmes de santé et de bien-être	9
L'état de santé globale.....	9
La santé des nouveau-nés	10
La maternité à l'adolescence.....	10
La santé mentale et le suicide	11
Les maladies chroniques	12
La santé buccodentaire.....	13
La santé au travail	14
La santé environnementale	15
Les limitations d'activités.....	15
Les caractéristiques des plus démunis.....	16
Le sexe et l'âge	16
La situation familiale	16
La scolarité	18
La situation sociale et fiscale (ou la source des revenus).....	18
Conclusion.....	19
Notes méthodologiques	23
Références.....	25

Introduction

On le sait et de nombreuses études le démontrent, plus les gens vivent dans la pauvreté, plus le risque est élevé d'être malades et de mourir prématurément. Les conditions socioéconomiques sont un des plus puissants facteurs associés à la maladie et à une vie de piètre qualité (MSSS, 2007). Elles exercent une influence notable sur la santé des individus :

« Elles peuvent directement influencer la santé à travers les conditions matérielles de subsistance des individus, soit leur capacité à bien se nourrir, la qualité de leur logement, leur capacité à recourir à certains soins et services de santé, etc. Mais elles agissent aussi par leurs effets sur un grand nombre d'autres déterminants tels que les comportements individuels et les habitudes de vie ou l'épanouissement social, qui sont autant de facteurs auxquels un individu est exposé au cours de sa vie (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). » (MSSS en collaboration avec l'INSPQ et l'ISQ, 2011, page 27)

Le contexte économique défavorable dans lequel vit la population gaspésienne et madelinienne a, certes, un impact négatif sur la santé des habitants de la région. Mais même à l'intérieur de la région, les conditions socioéconomiques ne sont pas équitablement partagées entre les individus. Ces inégalités sociales créent des écarts de santé entre les plus favorisés et les moins favorisés de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Or, « parce qu'elles résultent de la répartition de la richesse et du pouvoir, ces inégalités sont évitables » (Le Blanc, Raynault et Lessard, 2011, page 5).

Outre les conditions socioéconomiques, d'autres déterminants sociaux ne sont pas distribués uniformément au sein des populations et créent des écarts de santé entre les personnes. C'est le cas par exemple de l'environnement physique dans lequel nous vivons (exposition à des agents polluants) et de l'accès géographique à une alimentation de qualité (MSSS, 2015). Mais dans le présent rapport, nous examinons les inégalités sociales sous l'angle des conditions socioéconomiques et voyons de quelle façon elles affectent la santé et le bien-être de la population de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Pour ce faire, une soixantaine d'indicateurs de santé et de bien-être sont examinés selon quelques indices de défavorisation, soit le revenu du ménage, la scolarité ou le territoire local de résidence (MRC ou RLS) lorsque le revenu ou la scolarité ne sont pas disponibles. Rappelons que le revenu et la scolarité ne sont pas inscrits dans certaines banques de données, dont le fichier des décès, le fichier des naissances et le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec. Dans ce cas, nous utilisons le territoire local comme une mesure collective de la défavorisation. Précisons que l'indice de défavorisation matérielle de Pampalon-Raymond n'est, pour sa part, pas utilisé en raison des doutes sérieux que nous avons quant à sa fiabilité et sa validité dans les fichiers administratifs et les fichiers d'enquêtes populationnelles de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (Dubé et Parent, 2013).

Cela dit, nous débutons ce document en faisant un bref portrait du contexte socioéconomique actuel de la région en mettant en évidence les territoires locaux les moins avantagés sur ces aspects, ainsi que ceux qui se démarquent plus favorablement. Ensuite, nous examinons comment les déterminants de la santé et l'état de santé varient selon la défavorisation ou entre les mieux nantis et les moins nantis. Une dernière section présente quelques caractéristiques des personnes les plus démunies. Nous terminons par une courte conclusion qui résume l'essentiel des résultats présentés dans ce document.

Les conditions socioéconomiques des territoires locaux de la région

Nous avons retenu cinq indicateurs relativement connus pour examiner la situation socioéconomique des territoires locaux de la région, soit le taux d'emploi, le taux de chômage, le taux d'assistance sociale, le revenu disponible par habitant et l'indice de vitalité économique. Ce dernier indice, sans doute le moins connu, a été développé dans les dernières années par l'Institut de la statistique du Québec. Il s'agit d'un indice composite formé de trois indicateurs, soit le taux de travailleurs de 25 à 64 ans, le revenu médian (avant impôt) des particuliers de 18 ans et plus et le taux d'accroissement annuel moyen sur 5 ans de la population ([Ladouceur, 2016](#)).

Comme on peut le lire au tableau 1, peu importe l'indicateur, la communauté maritime des Îles-de-la-Madeleine et La Côte-de-Gaspé sont en tête de peloton des six territoires locaux de la région en affichant les meilleures notes. En contrepartie, les territoires de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie obtiennent les moins bons résultats, La Haute-Gaspésie se classant systématiquement la dernière en enregistrant le plus faible taux d'emploi, les plus hauts taux de chômage et d'assistance sociale, ainsi que le revenu par habitant et l'indice de vitalité économique les plus faibles de la région (tableau 1). Conséquemment, il n'est pas étonnant de constater que selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), c'est dans le Rocher-Percé et La Haute-Gaspésie que les proportions de personnes à se percevoir pauvres ou très pauvres sont les plus élevées et inversement que les proportions à se considérer à l'aise financièrement sont les plus

faibles ([Dubé, 2017](#)). Enfin, ajoutons à titre indicatif que parmi les 104 MRC du Québec, celles du Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie arrivent aux 103^{ème} et 104^{ème} rangs, faisant de ces territoires les MRC les plus dévitalisées du Québec ([Institut de la statistique du Québec, 2016](#)).

Cet examen rapide du contexte socioéconomique des MRC de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine permet de classer celles-ci les unes par rapport aux autres et de dégager 3 groupes :

- Les MRC les plus favorisées de la région : les Îles-de-la-Madeleine et La Côte-de-Gaspé
- Les MRC les moins favorisées : le Rocher-Percé et La Haute-Gaspésie
- Les MRC se situant au centre : Bonaventure et Avignon (ou la Baie-des-Chaleurs)

Pour la suite du document, nous utilisons les territoires locaux comme un indice écologique ou collectif de la défavorisation. Bien sûr, les personnes habitant un territoire local ne partagent pas toutes la même réalité économique, et des inégalités sociales existent même à l'intérieur d'une MRC, si bien que la défavorisation d'un territoire ne correspond pas à celle de chaque personne le composant. Malgré cela, on peut supposer que plus un territoire est défavorisé au plan économique, plus les indicateurs de santé et de bien-être fortement liés au contexte économique sont susceptibles d'être défavorables dans ce territoire.

Tableau 1 : Ordonnement des MRC¹ selon divers indicateurs socioéconomiques (de la plus favorisée à la moins favorisée), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Taux d'emploi 15 ans et plus (2016)	Taux de chômage 15 ans et plus (2016)	Taux d'assistance sociale moins de 65 ans (mars 2016)	Revenu disponible par habitant (2015)	Indice de vitalité économique (2014)
Îles-de-la-Madeleine (54,7 %)	Îles-de-la-Madeleine (12,0 %)	Îles-de-la-Madeleine (4,1 %)	Îles-de-la-Madeleine (27 733\$)	Côte-de-Gaspé (-4,11)
Côte-de-Gaspé (50,7 %)	Côte-de-Gaspé (12,4 %)	Côte-de-Gaspé (7,1 %)	Côte-de-Gaspé (25 543\$)	Îles-de-la-Madeleine (-7,33)
Bonaventure (45,1 %)	Rocher-Percé (14,9 %)	Avignon (7,9 %)	Bonaventure (24 393\$)	Bonaventure (-9,65)
Avignon (43,9 %)	Bonaventure (16,5 %)	Bonaventure (8,3 %)	Rocher-Percé (23 880\$)	Avignon (-11,10)
Rocher-Percé (42,6 %)	Avignon (18,0 %)	Rocher-Percé (12,9 %)	Avignon (23 449\$)	Rocher-Percé (-16,93)
Haute-Gaspésie (38,4 %)	Haute-Gaspésie (20,5 %)	Haute-Gaspésie (15,9 %)	Haute-Gaspésie (21 665\$)	Haute-Gaspésie (-17,89)

1 Pour les indicateurs de ce tableau, les données sont celles des MRC, sauf pour le taux d'assistance sociale pour lequel le découpage géographique est celui des regroupements des territoires de CLSC. Pour plus de détails, voir la section sur les [notes méthodologiques](#).

Sources : **Emploi, chômage et revenu** : Statistique Canada, Recensement 2016. **Assistance sociale** : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *Statistiques mensuelles des trois programmes d'aide sociale*, données extraites de l'Infocentre de santé publique. **Indice de vitalité économique** : Institut de la statistique du Québec, exploitation des données fiscales des particuliers de Revenu Québec et *Estimations démographiques intercensitaires* (série de février 2016); Statistique Canada, *Estimations démographiques censitaires*, adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Les déterminants de la santé

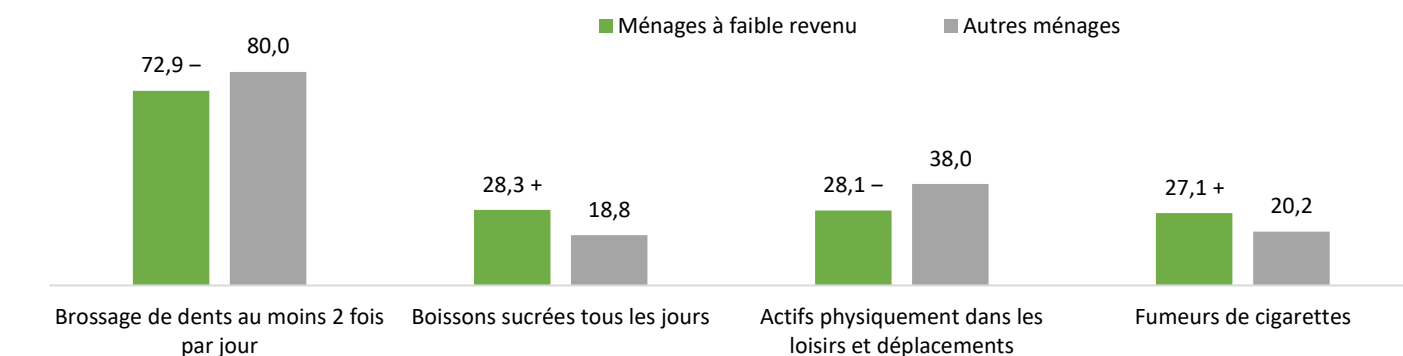
Les habitudes de vie

Plusieurs habitudes de vie sont influencées par le revenu du ménage. Les résultats de l'EQSP 2014-2015 indiquent en effet que l'habitude de se [brosser les dents](#) au moins deux fois par jour est moins répandue chez les personnes vivant dans un ménage à faible revenu que chez les autres personnes (73 % contre 80 %) (figure 1) (voir la mesure de faible revenu utilisée dans l'EQSP dans les [notes méthodologiques](#)). Également, les personnes appartenant aux ménages les moins favorisés économiquement sont plus nombreuses, en proportion, à boire des boissons sucrées tous les jours (28 % contre 19 %), à fumer la cigarette (27 % contre 20 %) et sont par ailleurs moins nombreuses à être actives dans leurs loisirs et déplacements (28 % contre 38 %) (figure 1). Précisons que le territoire de Rocher-Percé affiche en 2014-2015 des proportions particulièrement élevées de buveurs quotidiens de [boissons sucrées](#) (32 %) et de [fumeurs](#) (32 %), tandis que celui de La Haute-Gaspésie obtient une faible proportion de personnes [actives physiquement](#) (28 %) et à l'opposé un fort pourcentage de sédentaires (42 %) (Dubé, 2017).

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), la [consommation de fruits et légumes](#) tend à être plus faible chez les moins nantis et à augmenter avec le

revenu du ménage, quoique la relation ne soit pas significative statistiquement dans la région (voir la mesure de faible revenu utilisée dans l'ESCC dans les [notes méthodologiques](#)). La proportion de personnes mangeant au moins 5 fois par jour des fruits et légumes passe en effet de 40 % chez les personnes vivant dans les ménages au revenu inférieur à 60 % chez celles appartenant aux ménages les plus aisés (tableau 2). Notons enfin au tableau 2 la relation très claire entre le revenu du ménage et la [consommation d'alcool](#), cette relation étant cependant inversée, c'est-à-dire que c'est chez les personnes les plus favorisées financièrement que la proportion de buveurs d'alcool est la plus élevée avec 91 % contre environ 62 % chez celles des ménages les moins favorisés (quintiles 1 et 2). Également, la [consommation abusive d'alcool](#), c'est-à-dire le fait d'avoir pris 5 verres ou plus en une même occasion chez les hommes et 4 ou plus chez les femmes, au moins une fois par mois sur une période d'une année, est un comportement plus répandu chez les personnes vivant dans les ménages les plus favorisés. En effet, le quart des personnes appartenant aux ménages les plus aisés (quintiles 4 et 5) ont eu une consommation abusive d'alcool en 2013-2014 contre environ 15 % chez celles vivant dans les ménages au revenu inférieur ou moyen (tableau 2).

Figure 1 : Habitudes de vie (en %) chez les 15 ans et plus associées au revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle des personnes vivant dans les autres ménages au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015.

Tableau 2 : Habitudes de vie (en %) chez les 12 ans et plus associées au revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014

Habitudes de vie	Revenu du ménage (échelle régionale)				
	Quintile 1 (inférieur)	Q2	Q3	Q4	Quintile 5 (supérieur)
Proportion consommant au moins cinq fois par jour des fruits et légumes	40,4	46,2	45,6	53,3	59,9
Proportion ayant consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois †	63,1	60,3	80,0	82,7	91,4
Proportion ayant une consommation abusive d'alcool au moins une fois par mois dans les 12 derniers mois †	14,9*	16,0*	14,8*	24,6*	25,0

† Signifie que les pourcentages obtenus dans les différents quintiles du revenu du ménage se différencient significativement au seuil de 0,05.

*Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

Le statut pondéral

Le surplus de poids est associé au revenu du ménage, mais de manière différente selon que l’on examine l’embonpoint ou l’obésité. Pour ce qui est d’abord de l’**embonpoint**, il est associé au revenu du ménage mais seulement chez les hommes et de manière inversée, c’est-à-dire que ce ne sont pas les hommes vivant dans les ménages à faible revenu qui sont les plus fortement touchés, mais les autres (50 % contre 36 %) (tableau 3). Cette situation n’est pas unique à la région; elle prévaut aussi chez les Québécois (44 % contre 37 % chez les hommes des ménages les plus pauvres) (résultats non illustrés). Sur cet indicateur, les territoires locaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ne se différencient pas beaucoup les uns les autres, la prévalence de l’embonpoint chez les hommes variant de 43 % à Rocher-Percé à 50 % dans La Côte-de-Gaspé.

Quant à l’obésité, les résultats de l’EQSP 2014-2015 pour le Québec indiquent une prévalence d’**obésité** plus élevée chez les personnes vivant dans les ménages les moins nantis que chez les autres (22,3 % contre 17,7 %), un constat qui est vrai chez les hommes et chez les femmes, et qui avait aussi été observé lors de l’enquête de 2008 (résultats non illustrés). En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, l’EQSP 2008 avait également

fait ressortir une plus forte proportion d’obésité chez les personnes les moins favorisées au plan économique (Dubé et Parent, 2011) et, quoique non significative au plan statistique, cette même tendance est encore observée en 2014-2015 (24 % contre 22 %) (tableau 3).

Tableau 3 : Indicateurs du statut pondéral (en %) chez les 15 ans et plus associés au revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015

Statut pondéral	Ménages à faible revenu	Autres ménages
Proportion faisant de l’embonpoint	35,4	40,9
Hommes	36,2 –	49,6
Femmes	34,7	31,5
Proportion souffrant d’obésité	23,9	22,1
Hommes	24,7	22,3
Femmes	23,9	21,8

– Valeur significativement inférieure à celle des personnes vivant dans les autres ménages au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015.

Le recours aux services préventifs

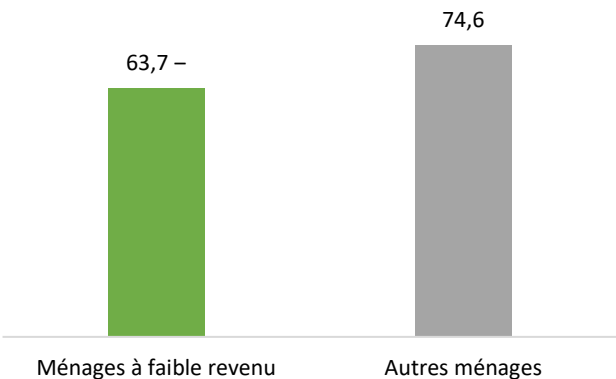
Il est d’abord intéressant de souligner que la proportion d’adultes ayant fait prendre leur tension artérielle lors de leur dernière visite médicale n’est pas associée au revenu du ménage. En effet, 90 % des personnes vivant dans un ménage à faible revenu en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont bénéficié de cette pratique clinique préventive, la même proportion que le reste de la population. D’ailleurs, l’application de cette pratique varie très peu selon les territoires locaux, la proportion allant de 87 % à 93 % selon les territoires (Dubé, 2017).

Cela dit, le recours au **dépistage du cancer du col utérin** est, pour sa part, associé au revenu du ménage. En effet, 64 % des femmes de 18 à 69 ans vivant dans un ménage à faible revenu ont passé un test de Pap depuis moins de trois ans, alors que cette proportion atteint 75 % chez les femmes des autres ménages (figure 2). Sur ce point, La Haute-Gaspésie obtient une proportion particulièrement faible avec 59 %, tandis que La Côte-de-Gaspé enregistre un 79 % (Dubé, 2017).

Enfin, les données dont on dispose sur la **mammographie de dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein** ne fournissent aucune information sur la situation économique des femmes. Notons toutefois qu’au cours des deux années 2014 et 2015, La Haute-Gaspésie

enregistre la plus faible proportion de femmes de 50 à 69 ans s’étant prévalu de ce service (52 %) et La Côte-de-Gaspé, la plus élevée (68 %) (Dubé, 2017).

Figure 2 : Proportion (en %) des femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) au cours des trois dernières années, selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



– Valeur significativement inférieure à celle des femmes vivant dans les autres ménages au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015.

Les problèmes de santé et de bien-être

L'état de santé globale

Selon l'EQSP 2014-2015, la **perception qu'ont les gens de leur santé** varie selon le revenu du ménage auquel ils appartiennent. En effet, seulement 32 % des personnes vivant dans un ménage à faible revenu jugent très bonne ou excellente leur santé contre 56 % chez celles appartenant aux autres ménages. À l'inverse, 25 % des personnes des ménages les plus défavorisés perçoivent passable ou mauvaise leur santé, alors que cette proportion n'est que de 8,2 % chez les autres (figure 3). Mentionnons que bien que La Haute-Gaspésie ne se différencie pas significativement du reste de la région à cet égard, une forte proportion de personnes sur ce territoire fait un bilan négatif de sa santé (17 %) et une faible proportion la juge favorablement (45 %) (Dubé, 2017).

Quant à l'**espérance de vie**, rappelons que nous ne disposons pas du revenu de la personne ou de toute autre donnée économique personnelle dans le fichier des décès. Les données des territoires locaux indiquent que les populations de La Haute-Gaspésie et de Rocher-Percé ont les espérances de vie les plus faibles de la région en 2010-2014 avec 79,3 ans et 79,8 ans respectivement (figure 4). À l'opposé, la MRC de

Bonaventure enregistre la plus longue durée de vie (82,5 ans). Comme l'illustre la figure 5, La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé ont souvent été aux derniers rangs au chapitre de l'espérance de vie, tandis que Bonaventure et l'Archipel ont généralement obtenu les espérances de vie les plus élevées.

Figure 3 : Répartition (en %) des 15 ans et plus selon la perception de la santé et le revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015

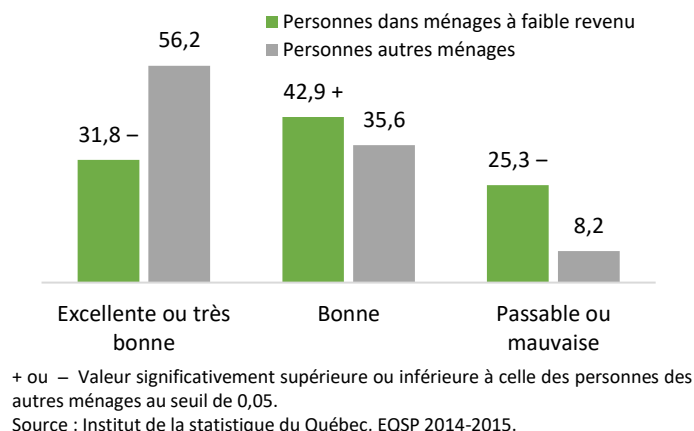
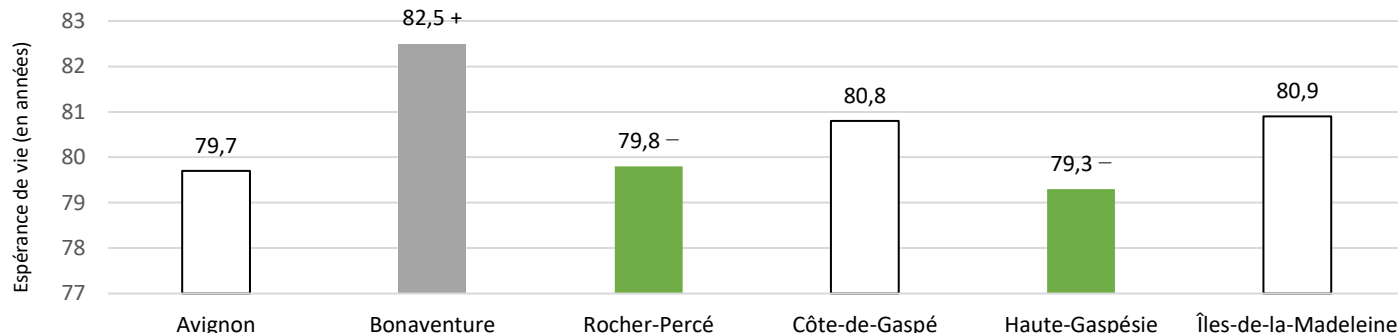
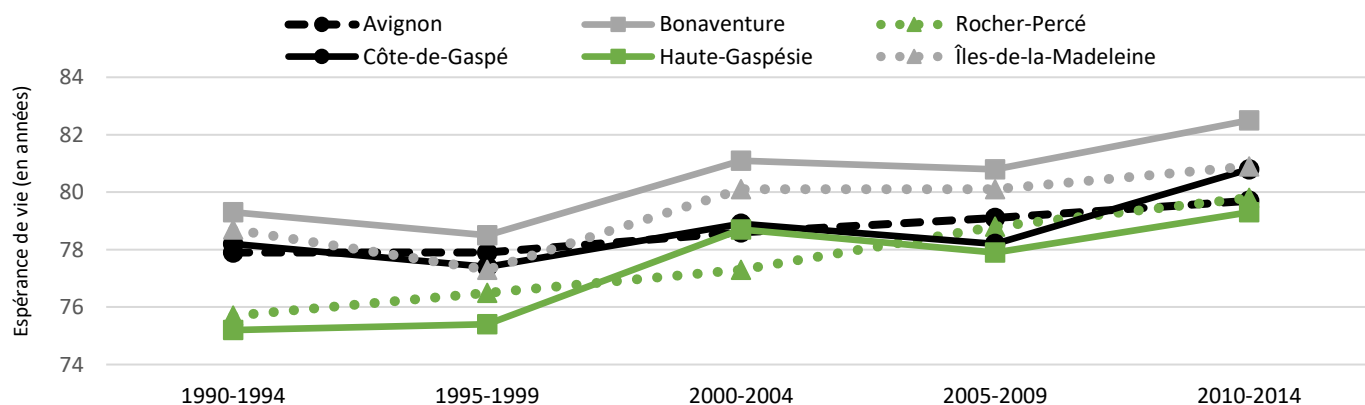


Figure 4 : Espérance de vie (en années), sexes réunis, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2010-2014



Note : Les territoires locaux obtenant les meilleurs résultats sont illustrés par des bâtonnets gris, les moins bons par des bâtonnets verts et les autres, par des blancs.
+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,05.
Source : MSSS, Fichier des décès, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 5 : Espérance de vie (en années), sexes réunis, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1990-1994 à 2010-2014

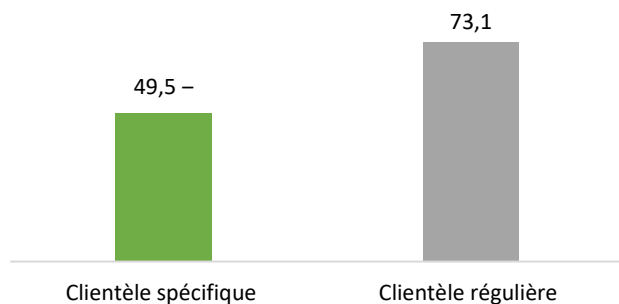


Source : MSSS, Fichier des décès, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

La santé des nouveau-nés

Au chapitre de l'[allaitement maternel](#), moins de 50 % des bébés faisant partie des clientèles de services spécifiques en périnatalité comme les SIPPE, OLO et le PCNP, sont allaités lors du premier contact de l'infirmière, alors que cette proportion est de 73 % chez les bébés des clientèles régulières (figure 6). Cet écart est considérable et témoigne clairement des inégalités sociales de santé qui perdurent entre les bébés issus des familles les plus vulnérables et les autres bébés. Ajoutons encore une fois les moins bons résultats obtenus par les deux territoires les plus défavorisés de la région, soit le Rocher-Percé et La Haute-Gaspésie qui obtiennent des pourcentages d'allaitement de 58 % et 64 % respectivement (Dubé, 2017).

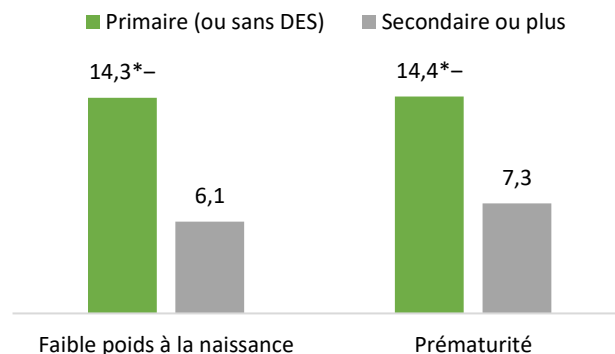
Figure 6 : Taux (en %) d'allaitement des bébés lors du premier contact de l'infirmière du CLSC, selon le type de clientèle, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, années financières 2013-2014 à 2015-2016



– Valeur sign. inférieure à celle de la clientèle régulière au seuil de 0,05.
Source : Banque provinciale du système I-CLSC, données analysées par la DSP.

Par ailleurs, un lien très clair se dégage entre la scolarité de la mère et l'[insuffisance de poids à la naissance](#) d'une part et la [prématurité](#), d'autre part. Comme l'illustre en effet la figure 7, les mères n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES) sont davantage susceptibles que les mères plus scolarisées de donner naissance à des bébés de faible poids (14 % contre 6,1 %) et d'accoucher prématurément (14 % contre 7,3 %).

Figure 7 : Proportion (en %) de bébés de faible poids à la naissance et de bébés prématurés selon le dernier niveau de scolarité réussi par la mère, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2013-2015p



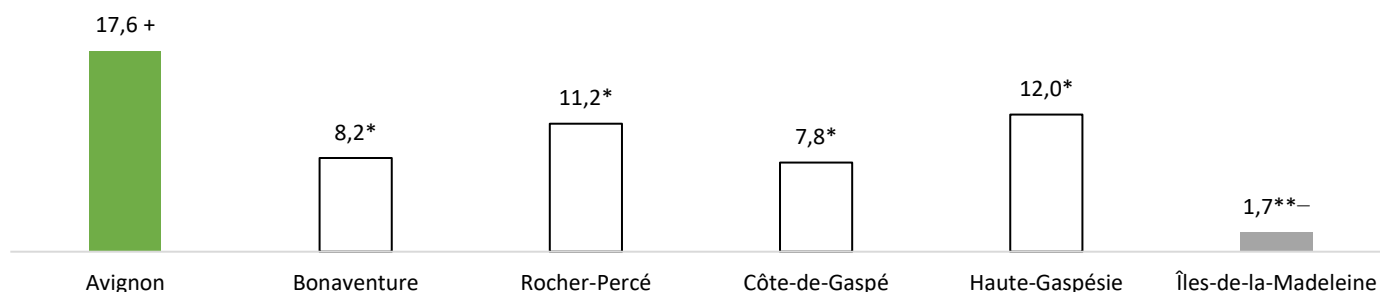
p : Données 2014 et 2015 provisoires.
*CV entre 16,7 et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence
– Valeur sign. inférieure à celle des mères plus scolarisées au seuil de 0,05.
Source : MSSS, Fichier des naissances

La maternité à l'adolescence

De manière générale, plus les femmes sont scolarisées, plus elles ont leurs enfants tardivement dans leur vie reproductive. En 2010-2014, les femmes sans DES ont en moyenne 25,7 ans au moment de l'accouchement, alors que l'âge moyen des femmes avec un DES est de 27,0 ans, de 29,7 ans chez celles ayant un niveau collégial et de 31,1 ans chez celles avec un niveau universitaire (résultats non illustrés). À ce sujet, les résultats sur les taux de [maternité chez les jeunes femmes de 15-19 ans](#) dans les territoires locaux montrent que les taux de

La Haute-Gaspésie et de Rocher-Percé tendent à être plus élevés que les autres, bien que les différences entre les territoires ne soient pas significatives (figure 8). Le taux élevé observé dans la MRC d'Avignon, situation qui n'est pas nouvelle (Dubé, 2018e), s'explique sans doute en bonne partie par la plus forte fécondité des jeunes femmes de la communauté anglophone (Dubé, 2018f). Les Îles-de-la-Madeleine obtiennent, pour leur part, le taux le plus faible.

Figure 8 : Taux de fécondité (pour 1 000) chez les jeunes femmes de 15-19 ans, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2010-2014



*Coefficient de variation (CV) entre 16,7 et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence.
**CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.
+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,05.
Source : MSSS, Fichier des naissances.

La santé mentale et le suicide

Selon l’ESCC 2013-2014, le revenu du ménage exerce un gradient très net sur la perception qu’a la population gaspésienne et madelinienne de sa santé mentale et sur sa satisfaction de sa vie. En fait, plus le revenu augmente, plus le bilan que font les gens de leur santé mentale est positif et plus ils sont satisfaits de leur vie. Comme le montre le tableau 4, environ 64 % des personnes vivant dans un ménage au revenu inférieur (quintiles 1 et 2) **perçoivent leur santé mentale** excellente ou très bonne, une proportion qui progresse à 72 % chez celles dont le revenu du ménage appartient au quintile 3 pour atteindre 79 % chez celles des ménages les plus favorisés. De même, bien qu’une forte majorité de la population soit **satisfaite de sa vie**, peu importe le revenu du ménage, les mieux nantis surpassent d’environ 15 points de pourcentage les moins nantis (tableau 4). Le niveau de **soutien social** tend aussi à augmenter avec le revenu, 48 % des personnes vivant dans les ménages les plus pauvres de la région ayant un niveau très élevé de soutien social contre environ 57 % chez les autres personnes (figure 9).

Par ailleurs, les personnes les plus démunies sont davantage susceptibles de se situer au niveau élevé à l’indice de **détresse psychologique**. En 2014-2015, plus du tiers (34 %) des personnes vivant dans les ménages les plus pauvres de la région

se situaient au niveau élevé à cet indice contre 21 % chez les autres personnes (figure 10). Pour cet indicateur, La Haute-Gaspésie obtient une proportion supérieure à celle du reste de la région, tandis que les Îles-de-la-Madeleine enregistre une proportion nettement inférieure à celle des autres territoires de la Gaspésie (18 % contre 25 %) (Dubé, 2017). La communauté maritime des Îles-de-la-Madeleine est également le territoire de la région où la prévalence des **troubles mentaux** est la plus faible en 2015-2016, alors que La Haute-Gaspésie obtient la prévalence la plus élevée, suivie de Rocher-Percé et Avignon (figure 11). Notons aussi qu’au chapitre de la mortalité par suicide, l’Archipel a toujours enregistré, au cours des 35 dernières années, des taux de suicide relativement bas et moindres que ceux des autres territoires. Et c’est encore le cas en 2010-2014 (Dubé, 2017). À ce sujet, mentionnons que les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont associées au revenu du ménage. Selon l’EQSP 2014-2015, en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 4,8 % des personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage à faible revenu ont sérieusement songé au suicide ou ont tenté de se suicider sur une période de 12 mois contre 2,2 % chez les autres personnes (figure 10). Pour cet indicateur, les analyses ne font ressortir aucune différence entre les territoires locaux de la région.

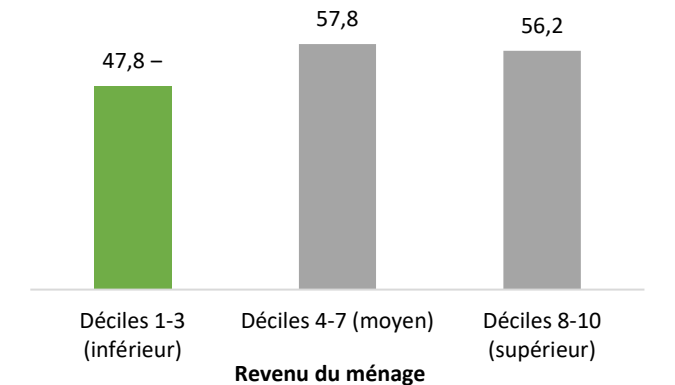
Tableau 4 : Indicateurs de la santé mentale (en %) chez les 12 ans et plus associés au revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014

Indicateurs de la santé mentale	Revenu du ménage (échelle régionale)				
	Quintile 1 (inférieur)	Q2	Q3	Q4	Quintile 5 (supérieur)
Proportion percevant excellente ou très bonne sa santé mentale †	63,2	64,9	71,9	77,4	79,4
Proportion satisfaite ou très satisfaite de sa vie †	80,3	76,9	90,5	91,0	95,3

† Signifie que les pourcentages obtenus dans les différents quintiles du revenu du ménage se différencient significativement au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

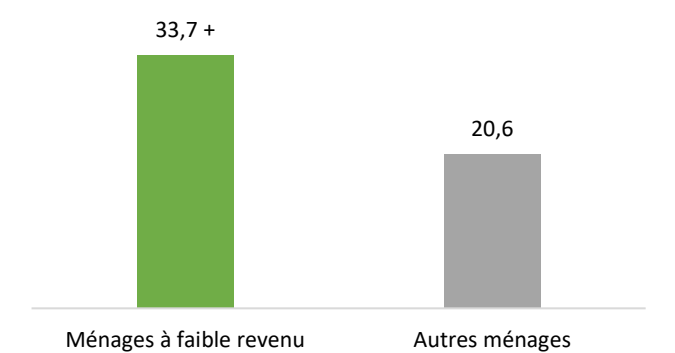
Figure 9 : Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant un niveau très élevé de soutien social selon le revenu du ménage (échelle régionale), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2009-2010



– Valeur significativement inférieure à celle des autres groupes au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, ESCC 2009-2010.

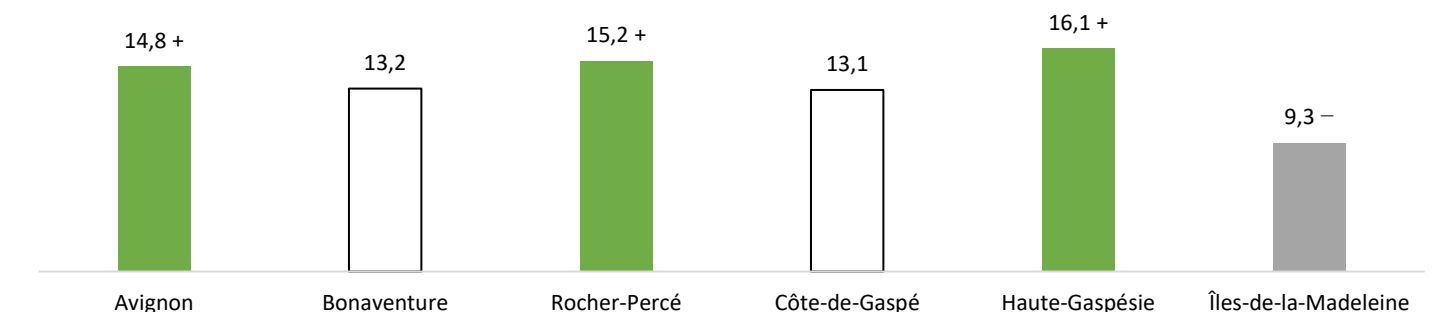
Figure 10 : Proportion (en %) des 15 ans et plus se situant au niveau élevé à l’indice de détresse psychologique selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



+ Valeur significativement supérieure à celle des personnes des autres ménages au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015.

Figure 11 : Prévalence annuelle ajustée (en %) des troubles mentaux chez les un an et plus, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2015-2016



Note : Rappelons que dans les figures, les territoires locaux obtenant les meilleurs résultats sont illustrés par des bâtonnets gris, ceux obtenant les moins bons par des bâtonnets verts et les autres, par des blancs.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,01.

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système de surveillance des maladies chroniques du Québec.

Ajoutons en terminant qu’au Québec, depuis le début des années 2000, on constate avec les données de l’ESCC que la proportion de personnes vivant un [stress quotidien](#) élevé augmente avec le revenu du ménage, si bien que se sont

généralement les mieux nantis qui vivent le plus de stress, et non les moins favorisés. En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, l’imprécision des données reliée aux faibles effectifs rendent difficiles les conclusions à cet égard (résultats non illustrés).

Les maladies chroniques

Nous le disions en introduction, le fichier des décès et le Système de surveillance des maladies chroniques du Québec ne fournissent aucune information sur les conditions socioéconomiques des individus. Pour les indicateurs provenant de ces banques de données, les inégalités sociales de santé sont mises en évidence en examinant comment les territoires locaux se situent les uns par rapport aux autres.

Pour ce qui est d’abord de la prévalence des maladies chroniques, on peut lire au tableau 5 que le territoire de

Rocher-Percé se démarque des autres en enregistrant, en 2015-2016, les proportions les plus élevées d’[hypertension artérielle](#) (HTA) et de [diabète](#), tandis que La Haute-Gaspésie et Avignon ressortent du peloton pour les [maladies pulmonaires obstructives chroniques](#) (MPOC). À l’inverse, les Îles-de-la-Madeleine obtiennent les plus faibles prévalences d’HTA et de MPOC, suivie de La Côte-de-Gaspé. Quant au diabète, ce sont les secteurs de La Côte-de-Gaspé et de Bonaventure qui enregistrent les meilleurs résultats (tableau 5).

Tableau 5 : Prévalence ajustée (en %) de certaines maladies chroniques, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2015-2016

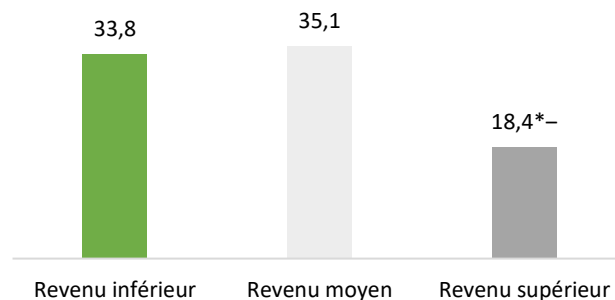
	Avignon	Bonaventure	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine
HTA (20 ans et plus)	22,4	21,1	24,8+	18,9–	22,1	17,2–
MPOC (35 ans et plus)	15,5+	9,6	11,1	7,2–	15,3+	5,4–
Diabète (1 an et plus)	7,6	6,3–	8,2+	5,8–	7,0	7,7

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,01.

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système de surveillance des maladies chroniques du Québec.

Selon par ailleurs l’ESCC 2013-2014, la [prévalence des maladies cardiovasculaires](#) (MCV) est associée au revenu du ménage. En effet, comme l’illustre la figure 12, environ 34 % des personnes vivant dans des ménages au revenu inférieur ou moyen souffrent d’une MCV, alors que c’est le cas de 18 % des personnes au revenu supérieur. Toujours selon cette enquête, 21 %* de la population de 12 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine vivant dans les ménages les moins nantis a déjà eu un diagnostic d’[asthme](#) contre environ 8 % chez les personnes des autres ménages (résultats non illustrés).

Figure 12 : Proportion (en %) des 12 ans et plus souffrant d’une maladie cardiovasculaire, selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014



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

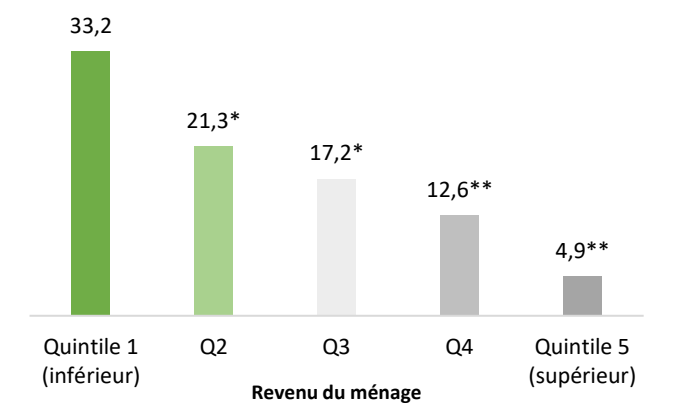
– Valeur sign. Inférieure à celle des autres ménages au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

Par ailleurs, 33 % des personnes de 15 ans et plus vivant dans les ménages les plus pauvres de la région souffrent d’arthrite ou d’arthrose (sauf la fibromyalgie), une proportion qui diminue au fur et à mesure où le revenu augmente pour se situer à environ 5 % chez les mieux nantis (figure 13).

Au chapitre de la mortalité, on observe au tableau 6 que le territoire de Rocher-Percé enregistre un taux de **décès par cancer** significativement supérieur à celui du reste de la région et une tendance similaire, quoique non significative, s’observe dans La Haute-Gaspésie avec un taux de 276 pour 100 000. De son côté, la MRC de Bonaventure est le territoire qui s’en tire le mieux. Le **cancer du poumon** étant le cancer le plus mortel, ces derniers résultats sur la mortalité par cancer lui sont grandement attribuables comme en témoignent les données du tableau 6 (à noter toutefois qu’aucun territoire ne se distingue des autres de manière significative). Pour ce qui est des **décès par maladies cardiovasculaires**, les résultats ne permettent pas de conclure à des différences entre les territoires, mais La Haute-Gaspésie est tout de même l’endroit où le taux tend à être le plus élevé et les Îles-de-la-Madeleine, là où il tend à être le plus bas. Enfin, la **mortalité par MPOC** est clairement supérieure en 2012-2014 dans le territoire de Rocher-Percé, tandis que les Îles-de-la-Madeleine se distinguent favorablement des autres territoires (tableau 6).

Figure 13 : Proportion (en %) des 15 ans et plus souffrant d’arthrite ou d’arthrose (sauf la fibromyalgie), selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.
**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.
Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

Tableau 6 : Taux ajusté de décès (pour 100 000) pour certaines maladies chroniques, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2012-2014

	Avignon	Bonaventure	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine
Cancer	234,1	193,3–	274,0+	243,8	276,2	239,6
Cancer du poumon	87,9	68,5	105,2	75,0	101,1	88,5
Maladies cardiovasculaires	186,0	160,4	162,9	170,8	193,5	151,1
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	25,4*	26,9*	58,7+	33,8*	29,5*	8,6**–

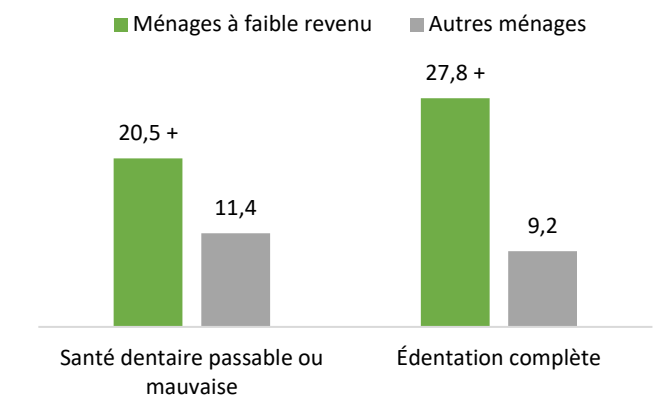
*CV entre 16,7 et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence.
**CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.
+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,05.
Source : MSSS, Fichier des décès, données analysées par la DSP.

La santé buccodentaire

Selon l’EQSP 2014-2015, seulement 42 % des personnes vivant dans des ménages à faible revenu en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine perçoivent excellente ou très bonne leur **santé buccodentaire**, alors que c’est le cas de 58 % des personnes appartenant aux autres ménages. À l’autre bout du spectre, 21 % des personnes les plus défavorisées jugent passable ou mauvaise cet aspect de leur santé, une proportion qui n’est que de 11 % chez les autres (figure 14). Comme l’illustre également la figure 14, l’**édentation complète** touche 28 % des gens à faible revenu contre seulement 9,2 % chez les autres.

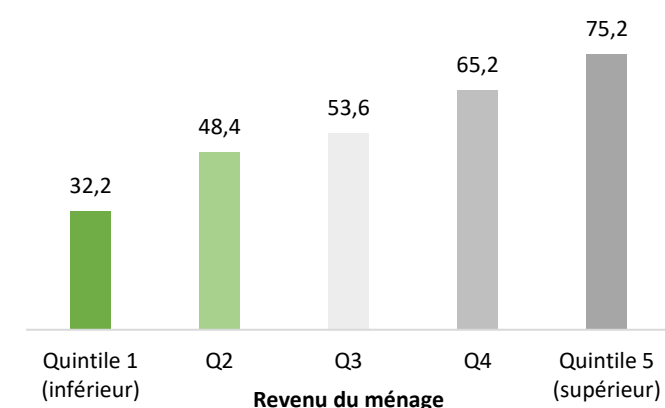
Précisons que la population de La Haute-Gaspésie est celle qui fait le bilan le plus négatif de sa santé buccodentaire et qui enregistre la plus forte proportion d’édentation complète (Dubé, 2017). Mentionnons enfin que le revenu du ménage exerce un gradient très net sur la probabilité d’avoir **consulté un professionnel de la santé dentaire** au cours d’une année, celle-ci passant de 32 % chez les moins nantis à plus de 75 % chez les plus favorisés (figure 15).

Figure 14 : Proportion (en %) des 15 ans et plus percevant négativement leur santé buccodentaire et proportion n'ayant plus de dents naturelles, selon le revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



+ Valeur significativement supérieure à celle des autres ménages au seuil de 0,05.
Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015.

Figure 15 : Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste dans la dernière année, selon le revenu du ménage (échelle régionale), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014



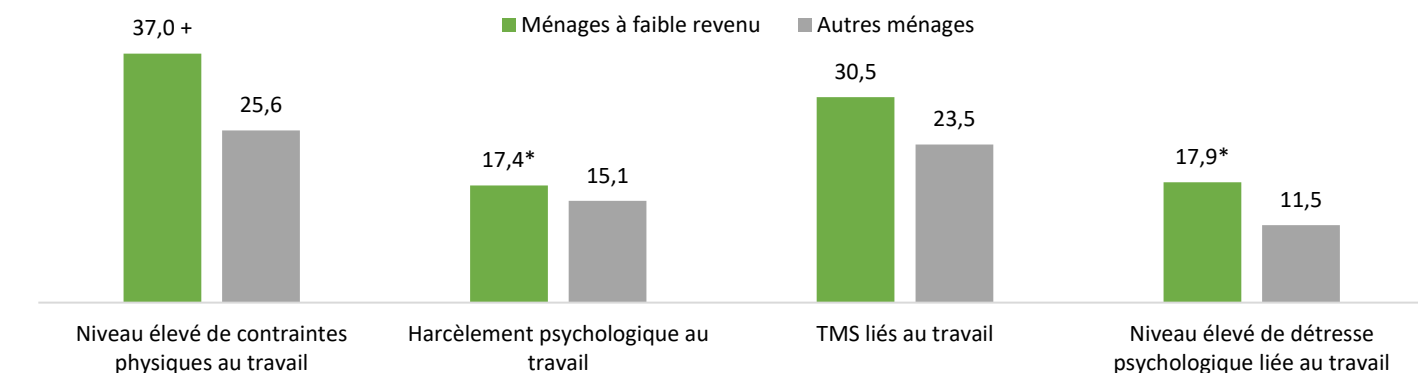
Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

La santé au travail

L'EQSP 2014-2015 a documenté sept indicateurs de la santé au travail, soit l'exposition au bruit, les contraintes physiques, le harcèlement psychologique, la conciliation travail-famille, la surdité attribuable au travail, les troubles musculosquelettiques (TMS) liés au travail et la détresse psychologique liée au travail. Parmi ces indicateurs, seule l'exposition à un niveau élevé de contraintes physiques est associée de manière statistiquement significative au revenu du ménage en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ainsi, les travailleurs vivant dans des ménages à faible revenu sont plus nombreux, en proportion, à être exposés à un niveau élevé de [contraintes physiques](#) à leur travail que les autres travailleurs (37 % contre 26 %) (figure 16). Les territoires de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie obtiennent de fortes proportions avec 34 % et 33 % respectivement, sans toutefois se différencier statistiquement des autres territoires de la région (Dubé, 2017).

Les résultats à l'échelle du Québec font pour leur part ressortir des liens significatifs entre le revenu du ménage d'une part et le harcèlement psychologique, les TMS et la détresse psychologique, d'autre part. Bien que non significative, des tendances similaires sont observées en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. On constate en effet à la figure 16 que 17 % des travailleurs à faible revenu dans la région ont subi du [harcèlement psychologique](#) sur une période de 12 mois contre 15 % des autres travailleurs. De plus, 31 % des travailleurs les moins nantis ont souffert d'un [TMS d'origine non traumatique lié à l'emploi](#) principal actuel au cours des 12 derniers mois, alors que cette proportion est estimée à 24 % chez les autres travailleurs. Enfin, 18 % des travailleurs à faible revenu se situent au niveau élevé de [détresse psychologique](#) et associent cette situation à leur travail, une proportion qui est de 12 % chez les autres travailleurs (figure 16).

Figure 16 : Prévalence (en %) de certains indicateurs de la santé au travail chez les travailleurs de 15 ans et plus, selon le revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



+ Valeur significativement supérieure à celle des autres ménages au seuil de 0,05.

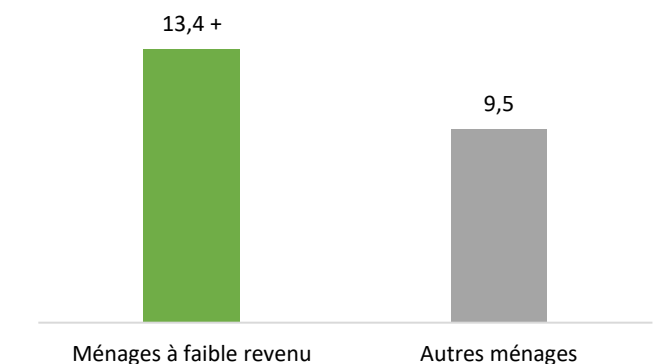
*CV entre 15 % et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015.

La santé environnementale

En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les données de l'EQSP indiquent qu'en 2014-2015, les personnes vivant dans un ménage à faible revenu sont plus susceptibles d'être fortement **dérangées à leur domicile par le bruit** que celles appartenant aux autres ménages (13 % contre 9,5 %) (figure 17). Sur ce point, la population de La Haute-Gaspésie obtient une proportion supérieure aux autres territoires (15 %), tandis que

Figure 17 : Proportion (en %) des 15 ans et plus fortement dérangés à leur domicile par le bruit selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015

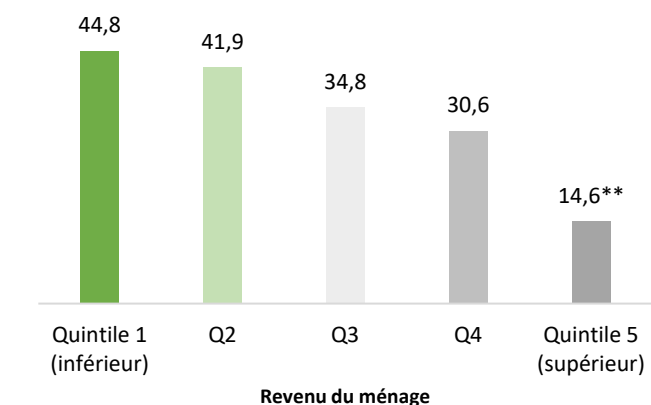


+ Valeur significativement supérieure à celle des autres ménages au seuil de 0,05.
Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015.

Les limitations d'activités

Selon l'ESCC 2013-2014, 34 % de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine vivant en ménage privé est **limitée dans sa participation à des activités** à cause d'un problème de santé. De plus, 12 % ont **besoin d'aide** pour leurs activités de la vie

Figure 19 : Proportion (en %) des 12 ans et plus vivant en ménage privé limitée dans sa participation à des activités en raison de son état de santé, selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014

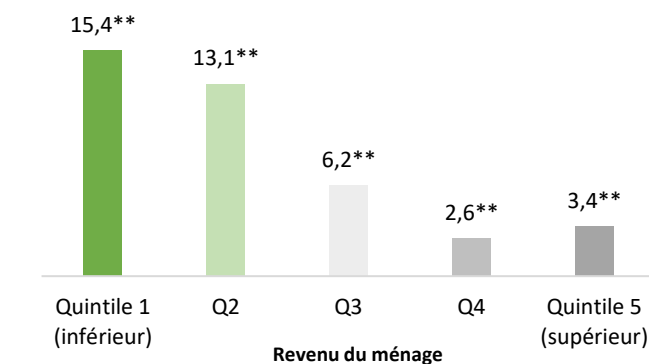


**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.
Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

les Îles-de-la-Madeleine obtiennent la plus faible proportion avec 4,0 %** (Dubé, 2017).

Dans un autre ordre d'idée, l'exposition à la fumée secondaire à domicile est plus fréquente chez les personnes à faible revenu et diminue au fur et à mesure où le revenu du ménage augmente (figure 18).

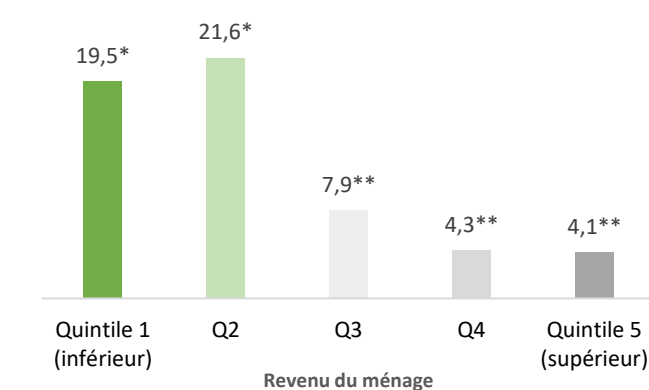
Figure 18 : Proportion (en %) des 12 ans et plus exposés tous les jours ou presque tous les jours à la fumée secondaire à la maison, selon le revenu du ménage (échelle régionale), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014



**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.
Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

quotidienne à cause de leur état de santé. Comme l'illustrent les figures 19 et 20, ces deux indicateurs varient de manière significative selon le revenu du ménage. Et ces associations demeurent vraies quand on contrôle pour l'âge.

Figure 20 : Proportion (en %) des 12 ans et plus vivant en ménage privé ayant besoin d'aide pour ses activités de la vie quotidienne à cause de son état de santé, selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014



*CV entre 15 % et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.
**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015.

Les caractéristiques des plus démunis

Nous ne disposons pas de données récentes sur les caractéristiques des personnes les plus démunies en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Nous présentons donc dans cette section les données québécoises issues du [Plan d'action gouvernementale pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023](#) en faisant l'hypothèse que les caractéristiques des plus défavorisés de la région s'apparentent à celles des plus démunis du Québec. Cela dit, les données du plan d'action gouvernemental sont basées sur les taux de faible revenu selon la mesure du panier de consommation (MPC) et proviennent d'une compilation faite par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) à compter du fichier de microdonnées à grande diffusion de l'*Enquête canadienne sur le revenu* de Statistique Canada. Précisons que le taux de faible revenu selon la MPC correspond au pourcentage de personnes dont le revenu disponible à la consommation ne permet pas de couvrir les besoins de base (nourriture, vêtements et chaussures, logement, transport et autres biens et services). Cet indicateur ne constitue pas un indicateur de sortie de la pauvreté, mais bien un indicateur de pauvreté sous l'angle de la couverture des besoins de base : « Il faut garder en tête qu'il s'agit d'un minimum vital, insuffisant aux yeux de plusieurs. [...] Il donne un seuil en deçà duquel il est difficile de justifier le maintien des personnes en situation de précarité et permet de calculer le déficit humain qu'on leur impose. » (Hurteau, 2018, page 3)

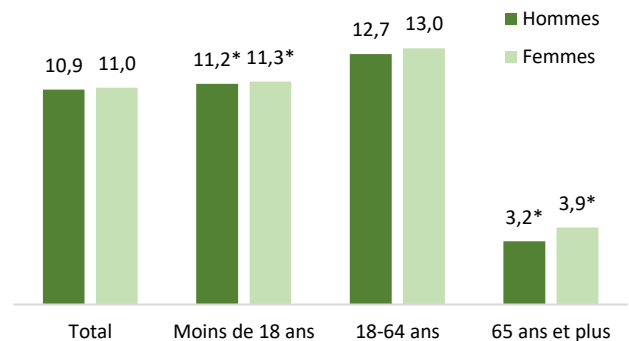
Le sexe et l'âge

Précisons d'abord qu'en 2015, 10,9 % de la population du Québec est à faible revenu selon la MPC, c'est-à-dire des gens qui n'ont pas les moyens financiers de couvrir les besoins de base. De manière générale au Québec, l'écart entre le taux de faible revenu des hommes et celui des femmes est faible depuis 2002. En 2015, 10,9 % des hommes et 11 % des femmes sont à faible revenu (figure 21). Comme l'illustre la figure 21, ce constat est vrai chez les jeunes, chez les adultes de 18 à 64 ans et chez les aînés. Ces résultats selon le sexe, qui peuvent apparaître étonnants à première vue, méritent toutefois d'être nuancés et analysés plus finement selon la situation familiale, ce que nous faisons au prochain point, de même que dans l'encadré vert à la page suivante.

L'examen des données selon l'âge indique que les personnes de 18 à 64 ans sont un peu plus à risque d'être à faible revenu que les jeunes (13 % contre 11 %). Comme on peut le lire dans le *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale* : « Les jeunes de moins de 25 ans, plus enclins à être aux études, vivent souvent des situations de pauvreté transitoires qui se résorberont lors de leur entrée sur le marché du travail. » (MTESS, 2017, page 79). Les aînés sont

par ailleurs ceux qui s'en sortent le mieux avec un taux de faible revenu de 3,6 % en 2015. Le fait que le niveau des prestations publiques de retraite se situe souvent au-dessus du seuil de faible revenu expliquerait cette situation chez les personnes de 65 ans et plus (MTESS, 2017).

Figure 21 : Taux de faible revenu (en %) selon la mesure du panier de consommation, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2015



Source : Statistique Canada, CANSIM, tableau 206-0042, données tirées du *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023*, page 81.

La situation familiale

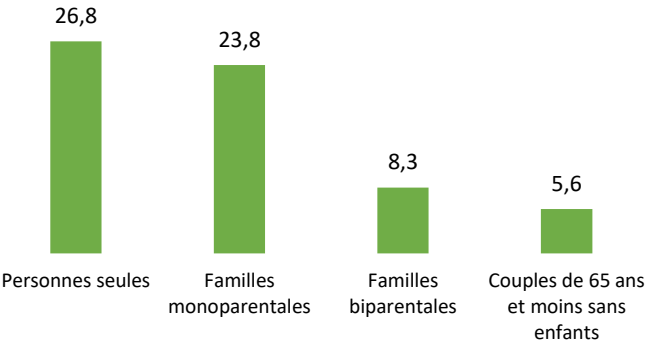
Les personnes seules sont celles qui sont les plus susceptibles d'avoir un revenu inférieur à ce qu'il en coûte pour couvrir les nécessités de base. À preuve, en 2015, plus du quart des personnes seules au Québec (27 %) sont à faible revenu (figure 22). Ce taux est aussi relativement élevé chez les familles monoparentales avec 24 %. Depuis au moins une dizaine d'années, les personnes seules et les familles monoparentales ont toujours été les deux groupes avec les plus hauts taux de faible revenu. Puis, plus loin derrière viennent les familles biparentales avec un taux de 8,3 % en 2015 et les couples de 65 ans et moins sans enfants (5,6 %) (figure 22).

Cela dit, l'influence de la situation familiale sur la capacité à couvrir financièrement les besoins de base n'est pas le même selon que l'on soit un homme ou une femme. En effet, si 24 % des familles monoparentales sont à faible revenu, cette proportion est de 28 % dans le cas de celles dirigées par une femme. Le taux correspondant chez les familles monoparentales dirigées par un homme n'est pas suffisamment fiable pour être publié, mais se situe assurément au-dessous de la barre des 10 %.

Quant aux personnes vivant seules, on note à la figure 23 que les hommes et les femmes ont sensiblement le même taux de faible revenu en 2015 (27 % dans les deux cas). Toutefois, les

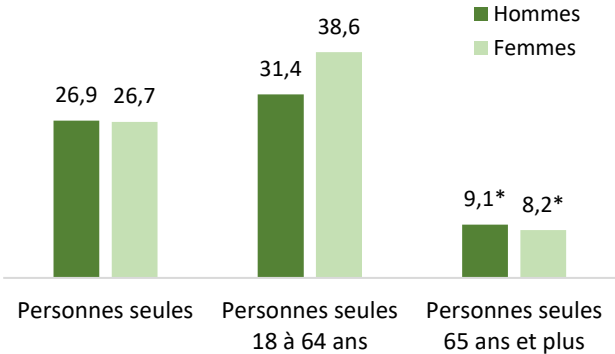
femmes seules de 18 à 64 ans sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à ne pas disposer d'un revenu suffisant pour couvrir les besoins de base (39 % contre 31 %). Cette situation n'est pas nouvelle; elle a été observée à plusieurs reprises depuis 2002. Chez les personnes âgées vivant seules, les données selon le sexe sont à interpréter avec prudence, mais l'écart entre le taux de faible revenu des hommes et celui des femmes est tout de même assez faible en 2015 (9,1 % contre 8,2 %) (figure 23) comme cela semble avoir été le cas depuis 2002. Encore ici, sans doute peut-on expliquer ce résultat par les prestations de retraite que reçoivent les aînés, lesquelles permettent non seulement de diminuer la pauvreté chez ce groupe mais aussi de réduire les inégalités sociales liées au genre à compter de 65 ans.

Figure 22 : Taux de faible revenu (en %) selon la mesure du panier de consommation selon la situation familiale, Québec, 2015



Source : Statistique Canada, CANSIM, tableau 206-0042, données tirées du *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023*, page 81.

Figure 23 : Taux de faible revenu (en %) selon la mesure du panier de consommation chez les personnes seules, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2015



Source : Statistique Canada, CANSIM, tableau 206-0042, données tirées du *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023*, page 81.

La situation particulière des femmes

Si globalement, le taux de faible revenu ne se différencie pas entre les hommes et les femmes au Québec, les femmes de 18 à 64 ans sont davantage touchées par la pauvreté que ne le sont les hommes quand elles se retrouvent dans deux situations particulières : quand elles sont chefs de familles monoparentales et quand elles vivent seules. Mais puisque ces deux groupes de femmes ne représentent que 15 % de l'ensemble de la population féminine du Québec en 2016, leurs taux de faible revenu, bien que très élevés, influent peu sur le taux global obtenu chez l'ensemble des femmes.

Précisons que ces résultats en défaveur des femmes qui vivent seules ou qui sont seules à la tête de la famille, sont tout à fait cohérents avec ceux obtenus par ailleurs sur les ménages à faible revenu examinés sous l'angle du soutien principal. En effet, au Québec, 20 % des ménages dont le soutien financier principal est assumé par une femme sont à faible revenu en 2015 selon la mesure de faible revenu après impôt, alors que cette proportion est de 11 % chez les ménages dont le soutien principal est un homme ([Institut de la statistique du Québec, 2017](#)).

Cela dit, ces différences entre les hommes et les femmes s'expliquent sans doute en bonne partie par les écarts de revenu, notamment au plan salarial, qui séparent encore aujourd'hui ces deux groupes et qui sont à la défaveur des femmes. Comme le souligne Marie-Pier Roberge, chercheure à l'IRIS :

« Même s'il est vrai qu'elles font des choix différenciés de ceux des hommes, les écarts salariaux entre les hommes et les femmes ayant fait les mêmes choix prouvent l'existence d'une discrimination systémique qui persiste sur le marché du travail québécois. » ([Roberge, 2017](#), page 10)

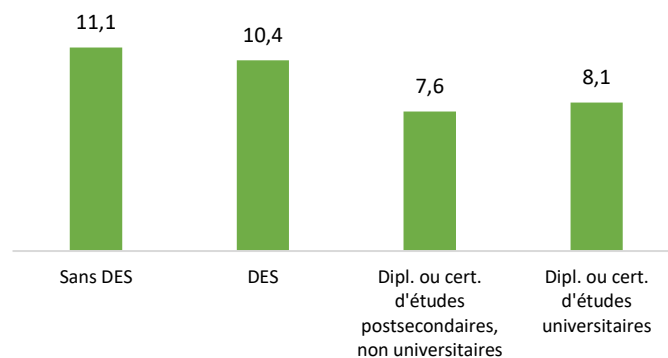
Les femmes vivant en couple n'échappent évidemment pas à cette forme de discrimination, si bien que même si le revenu de leur ménage permet de se procurer les nécessités de base, cela ne les met pas pour autant à l'abri de la pauvreté, notamment en cas de séparation ou de violence conjugale.

En somme, peu importe leur situation (familiale, de travail, etc.), les femmes demeurent plus vulnérables que les hommes face à la pauvreté. Cette vulnérabilité se manifeste particulièrement avant 65 ans lorsqu'elles vivent seules ou lorsqu'elles sont chefs de familles monoparentales.

La scolarité

La scolarité est aussi associée à la pauvreté, mais moins fortement que ne le sont la situation familiale et l'âge. En effet, selon nos estimations faites à compter des données publiées dans le plan d'action gouvernemental du MTESS en 2017, le taux de faible revenu en 2014 avoisine les 11 % chez les personnes de 25 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES) et se situe autour de 8 % chez celles ayant un diplôme ou un certificat universitaire (figure 24). Ainsi, si le taux de faible revenu diminue avec la scolarité, le risque d'être pauvre ou d'avoir un revenu inférieur au coût du panier de consommation est loin d'être nul même chez les personnes ayant fait des études postsecondaires voire universitaires.

Figure 24 : Taux de faible revenu (en %) selon la mesure du panier de consommation chez les personnes de 25 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Québec, 2014



Source : Statistique Canada, CANSIM, tableau 206-0042, données estimées par la DSP GÎM à compter de celles du *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023*, page 79.

La situation sociale et fiscale (ou la source des revenus)

En 2016, l'Observatoire de la pauvreté et des inégalités du Québec a fait un [État de situation de la pauvreté, des inégalités et de l'exclusion sociale au Québec en 2013](#) à partir des données publiées par le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. Parmi les résultats de l'état de situation de 2013, il ressort que le fait d'être **prestataire de l'aide sociale** ne permet pas de dépasser le seuil de faible revenu selon la MPC, et ce, peu importe la situation familiale des personnes. En fait, les personnes seules et les couples sans enfants recevant de l'aide sociale ne disposent que d'environ la moitié du montant nécessaire pour couvrir leurs besoins de base selon la MPC. De leur côté, les familles monoparentales avec un enfant et les familles biparentales avec deux enfants n'arrivent pas, elles non plus, à couvrir leurs besoins de base même en ajoutant un revenu de travail à leur prestation d'aide sociale et à leur prestation pour enfants (Observatoire de la pauvreté et des inégalités du Québec, 2016).

On pourrait par ailleurs penser que le fait de **travailler 35 heures par semaine au salaire minimum** permet d'accéder à un revenu suffisant pour couvrir les nécessités de base. Or, les couples sans enfants disposant d'un seul revenu d'emploi au salaire minimum, même en travaillant à temps plein, n'atteignent pas en 2013 le montant nécessaire pour couvrir leurs besoins de base. Quant aux personnes seules et aux familles biparentales avec deux enfants dépendant d'un seul emploi, le salaire minimum leur permet tout juste de dépasser le seuil de la MPC en 2013. Enfin, les familles monoparentales sont celles qui s'en sortent le mieux en dépassant d'environ 12 % la MPC. Malgré cela, leur revenu demeure modeste (Observatoire de la pauvreté et des inégalités du Québec, 2016). Mentionnons que sans les prestations pour enfants, la situation des familles monoparentales et des familles biparentales dépendant d'un seul emploi au salaire minimum serait moins favorable que celle décrite ici.

Conclusion

L'objectif de ce document était de faire ressortir les inégalités sociales de santé présentes en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et d'identifier quelques-unes des caractéristiques des personnes les plus démunies. D'abord, sur les quelque 60 indicateurs de santé et de bien-être examinés, il ressort que pour 33 d'entre eux, les personnes (ou les territoires) les plus défavorisées de la région sont significativement désavantagées sur le plan des déterminants de la santé ou de l'état de santé par rapport aux mieux nanties. Pour 9 autres indicateurs, bien que les écarts régionaux ne soient pas significatifs, les résultats suivent la même tendance que ceux du Québec en désavantageant les plus démunis. Ce sont donc 70 % des indicateurs examinés qui sont associés à la situation socioéconomique des individus ou à celle des territoires et dont les résultats défavorisent les plus pauvres.

Ces indicateurs pour lesquels le niveau socioéconomique exerce une influence sur l'état de santé et de bien-être sont variés et affectent les plus démunis de diverses façons. D'abord au niveau des habitudes de vie; les personnes en situation plus précaire sont moins enclines à se brosser les dents selon les recommandations, à manger des fruits et des légumes et à être actives physiquement. La consommation de boissons sucrées et l'usage de la cigarette font aussi davantage partie du quotidien des plus démunis. Jumelées à la pauvreté ou à une situation économique défavorable, ces habitudes de vie ne sont pas sans conséquences sur la santé. D'autant que le recours aux services préventifs est moins courant chez les populations défavorisées, à tout le moins chez les femmes pour le dépistage du cancer du col utérin et le dépistage du cancer du sein. Les résultats de ce rapport montrent aussi à quel point les personnes vivant dans les ménages les plus pauvres de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ou celles appartenant aux territoires les plus défavorisés, soit La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé, sont désavantagées à plusieurs égards au plan de la santé et ce, dès la naissance. Les bébés issus de mères moins scolarisés sont plus susceptibles de naître avant terme et d'avoir un faible poids à la naissance, avec les conséquences que ces conditions peuvent entraîner sur leur développement et leur santé future. Aussi, il faut rappeler que les enfants 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 (MSSS, 2007). Également, en dépit des efforts déployés pour promouvoir l'allaitement maternel auprès de toutes les mères, des écarts persistent encore et à la défaveur des plus défavorisés. À ce sujet, les résultats de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ) ont montré que les enfants vivant depuis leur naissance dans une famille au bas de l'échelle sociale sont plus à risque d'être malades, mais que certains facteurs peuvent atténuer ce risque et même rendre pratiquement égaux les tout-petits entre eux sur le plan de la santé. L'allaitement maternel compte parmi ces facteurs de protection, ce qui portait les auteurs à recommander :

« Tout en adoptant une attitude non culpabilisante et respectueuse des familles appartenant à un milieu social différent, les intervenants de la santé devraient promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en milieu défavorisé, car s'il dure au moins six mois, l'allaitement peut protéger de l'hospitalisation les jeunes enfants de faible position sociale. » (Paquet et Hamel, 2003, page 13)

Par ailleurs, bien que l'espérance de vie s'améliore dans tous les territoires locaux de la région, La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé accusent un retard systématique d'environ 2-3 ans au cours des 25 dernières années par rapport au secteur de Bonaventure et dans une moindre mesure, par rapport aux Îles-de-la-Madeleine. Ce désavantage en terme de durée de vie est la conséquence de taux de décès par cancer particulièrement élevés dans La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé au cours des dernières années, notamment le cancer du poumon. C'est aussi dans Le Rocher-Percé que la mortalité par MPOC est la plus élevée dans la région, alors que la mortalité cardiovasculaire tend à toucher davantage la population de La Haute-Gaspésie. Les plus fortes prévalence d'HTA, de MPOC et de diabète sont également enregistrées dans ces deux territoires plus défavorisés. Les données de l'ESCC ont aussi permis de mettre en lumière que les personnes les plus pauvres sont les plus affligées par les maladies cardiovasculaires, l'asthme, l'arthrite et l'arthrose.

Outre l'arthrite et l'arthrose, d'autres problèmes dont on ne meurt pas nécessairement, mais qui peuvent miner la qualité de vie, affectent de manière inégale les individus selon leur situation économique. On pense entre autres au dérangement causé par le bruit, aux jeunes filles devenant mères, à l'édentation complète et aux limitations d'activités, des conditions qu'on retrouve plus fréquemment chez les personnes les plus défavorisées.

La santé mentale est un autre aspect de la vie intimement relié au statut socioéconomique. Les personnes les plus démunies font un bilan plus négatif de leur santé mentale et sont les moins satisfaites de leur vie. Elles se retrouvent plus souvent au niveau élevé de détresse psychologique et sont les plus nombreuses, en proportion, à penser sérieusement à s'enlever la vie ou à faire des tentatives de suicide. Si l'argent ne fait pas le bonheur, comme l'expression le suggère, il est clair qu'il y contribue.

Par ailleurs, nous avons vu que des inégalités sociales de santé existent même entre les travailleurs. C'est ainsi que les travailleurs de la région vivant dans les ménages les plus pauvres sont plus susceptibles d'être exposés à des contraintes physiques importantes à leur travail. De même, le harcèlement psychologique, les TMS et un niveau élevé de détresse psychologique à cause du travail tendent à affliger davantage les travailleurs les plus défavorisés économiquement.

Les résultats de ce rapport ont aussi mis en évidence des indicateurs associés au revenu, mais dont le désavantage va dans le camp des plus favorisés. C'est le cas de la consommation d'alcool, de la consommation abusive d'alcool, du stress quotidien élevé et de l'embonpoint chez les hommes. Néanmoins, bien qu'il y ait quelques exceptions à la règle générale, il est reconnu que lorsqu'il existe des écarts en matière de santé, ils sont généralement défavorables aux personnes moins favorisées. En d'autres mots, les conséquences de la pauvreté sont sans aucun doute plus néfastes que les conséquences que peut avoir une vie plus aisée.

Cela dit, il est important de rappeler que les écarts de santé entre les plus pauvres et les mieux nantis sont évitables, notamment en améliorant les conditions de vie et en assurant une répartition plus juste de la richesse, du pouvoir et des ressources (Raynault, Côté, Chénier, Schaeffer et Archambault, 2017). Comme le mentionne le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé :

« Il est généralement admis que les actions visant à réduire les inégalités sociales de santé doivent provenir de deux directions à la fois. Comme l'ont démontré les travaux d'une équipe de recherche des Pays-Bas, les interventions gouvernementales les plus utiles sont celles qui réduisent la pauvreté elle-même, ce qui constitue la base de la première approche (Mackenbach, 1994). On y parvient en haussant le niveau de scolarité, en travaillant à réduire

le chômage et en augmentant le revenu de ceux qui se trouvent au bas de l'échelle sociale. [...] La seconde approche vise quant à elle la réduction de l'exposition des groupes désavantagés aux conditions (insécurité alimentaire, pollution et environnement non sécuritaire, par exemple) et/ou aux comportements (mauvaise alimentation, usage du tabac, etc.) dommageables pour la santé tout en gardant à l'esprit le contexte dans lequel évoluent ces groupes-cibles. Les suppléments au revenu, les prestations pour l'achat de services de santé, la mise sur pied d'activités qui font la promotion du développement de la petite enfance, le suivi et l'aide aux femmes enceintes, le développement des habilités relationnelles, voilà quelques-unes des avenues possibles pour réduire les inégalités sociales de santé. » (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2011, page 2)

Certains outils comme [Réflex ISS](#) (Guichard, Ridde, Nour et Lafontaine, 2015) ont aussi été développés pour permettre de prendre en compte, dans les interventions et services publics, les inégalités sociales de santé et de s'assurer que les actions auprès de la population contribuent à réduire les écarts et non à les augmenter.

Enfin, nous avons ressorti dans ce document quelques-unes des caractéristiques des personnes les plus démunies au Québec. Ainsi, les personnes seules, les familles monoparentales et les prestataires d'aide sociale sont parmi les groupes les plus touchés par la pauvreté, leur revenu ne leur permettant pas dans bien des cas de couvrir leurs besoins de base comme se nourrir, se vêtir, se loger et se déplacer. Quant aux femmes, elles demeurent plus vulnérables que les hommes face à la pauvreté, et ce, peu importe leur situation (familiale, de travail, etc.). Cette vulnérabilité se manifeste particulièrement avant 65 ans lorsqu'elles vivent seules ou lorsqu'elles sont chefs de familles monoparentales. Nos interventions et services de santé publique doivent donc nécessairement porter une attention particulière à tous ces groupes dont on vient de parler et s'ajuster à leur réalité et à leur contexte de vie. Mais ce que révèlent aussi ces résultats c'est que bien que certains groupes sont davantage à risque de vivre de la pauvreté, aucun n'en est complètement exempt, même les plus scolarisés de notre société. C'est pourquoi, une des mesures à mettre en place pour lutter efficacement contre la pauvreté et faire des gains sur les inégalités sociales de santé, est de garantir à tous un revenu permettant de couvrir les besoins de base. À ce sujet, rappelons combien les personnes âgées sont moins touchées par la pauvreté que les autres groupes, justement parce qu'elles bénéficient d'un revenu de base via les prestations publiques de retraite. Et s'il était permis de rêver, nous dirions même de donner à tout le monde le revenu qui offre une vie décente et qui permet de sortir de la pauvreté.

Cela dit, nous espérons que les résultats de ce rapport sauront alimenter et enrichir les réflexions, et contribuer éventuellement à réduire les inégalités sociales de santé qui affectent notre population régionale. Car il est clair que c'est en agissant collectivement sur la réduction de ces écarts de santé systématiques entre les plus démunis et les mieux nantis que nous améliorerons la santé de la population gaspésienne et madelinienne, et que nous ferons de notre région un endroit où il fait bon vivre pour tout le monde.

Notes méthodologiques

Le découpage géographique des territoires :

Dans la section portant sur les données socioéconomiques des territoires locaux, les données ont trait aux MRC à l'exception du taux d'assistance sociale pour lequel les données ne sont pas disponibles par MRC, mais plutôt par territoire de CLSC. Ainsi, le taux d'assistance sociale est présenté selon les regroupements des territoires de CLSC. Pour les Îles-de-la-Madeleine, Avignon et Bonaventure, le découpage géographique des territoires de CLSC est exactement le même que celui des MRC, ce qui n'est pas le cas pour La Haute-Gaspésie, La Côte-de-Gaspé et Rocher-Percé où le découpage géographique du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS ne correspond pas tout à fait à celui des MRC (tableau 7).

Tableau 7 : Différences entre le découpage géographique du réseau de la santé et des services sociaux et celui des MRC, territoires de La Haute-Gaspésie, La Côte-de-Gaspé et Rocher-Percé

	Découpage des CLSC		Découpage des MRC	
	De	À	De	À
La Haute-Gaspésie	Capucins (Cap-Chat)	Gros-Morne (Mont-Louis)	Capucins (Cap-Chat)	Ste-Madeleine-de-la-Rivière-Madeleine
La Côte-de-Gaspé	Ste-Madeleine-de-la-Rivière-Madeleine	Coin-du-Banc (Percé) (incluant Murdochville)	Grande-Vallée	Douglastown (Gaspé) (incluant Murdochville)
Le Rocher-Percé	Cannes-de-Roches (Percé)	Port-Daniel/Gascons	Prével (Percé)	Port-Daniel/Gascons

Quant aux données sur les déterminants de la santé, lorsqu'elles sont disponibles à l'échelle locale, elles ont trait aux RLS. Dans la région, le découpage géographique des RLS des Îles-de-la-Madeleine, de La Haute-Gaspésie, de La Côte-de-Gaspé et de Rocher-Percé correspond à celui des regroupements des territoires de CLSC. Pour ce qui est du RLS de la Baie-des-Chaleurs, il est constitué des territoires de Bonaventure et d'Avignon. Les données présentées sur l'allaitement maternel, la santé au travail et la santé environnementale sont aussi celles des RLS. Enfin, pour tous les autres indicateurs où des données locales sont disponibles (espérance de vie, maternité à l'adolescence, prévalence des troubles mentaux, prévalence de l'HTA, du diabète et des MPOC, et mortalité par maladie chronique), celles-ci ont trait aux regroupements des territoires de CLSC.

Les mesures de faible revenu :

Pour mettre en évidence les inégalités sociales de santé, nous avons utilisé, en plus du territoire local, les mesures de faible revenu retenues dans les enquêtes populationnelles.

Enquête québécoise sur la santé de la population

Dans l'EQSP 2014-2015, l'Institut de la statistique du Québec a utilisé la mesure de faible revenu (MFR). La MFR est un pourcentage fixe (50%) du revenu ménager médian « ajusté », ce dernier terme traduisant la prise en compte des besoins du ménage. L'ajustement est fait en fonction de la taille du ménage et permet de rendre compte du fait que les besoins d'un ménage augmentent à mesure que le nombre de membres croît. Plus concrètement, il faut d'abord déterminer la taille ajustée de chaque ménage en accordant les points suivants à chaque membre du ménage :

- Première personne : 1 point
- Deuxième personne dans le ménage peu importe son âge : 0,4 point
- Chaque adulte additionnel : 0,4 point
- Et chaque enfant additionnel (moins de 16 ans) : 0,3 point

Le revenu du ménage est ensuite ajusté par le pointage obtenu. Par exemple, un ménage de 2 adultes et de 3 enfants de moins de 16 ans a un pointage ou une taille ajustée de 2,3. Pour un revenu familial de 100 000 \$, le revenu ajusté de ce ménage est de 43 478 \$ ($100\,000\ \$/2,3$). On calcule ainsi le revenu du ménage ajusté de tous les ménages au Québec. On fait ensuite la distribution des revenus ajustés de tous les ménages québécois et on identifie le revenu ajusté médian, c'est-à-dire le revenu qui divise la population en deux parties égales. Admettons que la médiane se situe à 50 000 \$. Ainsi, tous les ménages dont le revenu ajusté est inférieur à 25 000 \$ (seuil fixé à 50 % de la médiane) sont considérés à faible revenu selon la MFR. Pour de plus amples informations sur la MFR, consultez le site de Statistique Canada (2015) : <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/lim-mfr-fra.htm>.

Enquête sur la santé dans les collectivités

Dans l'ESCC, l'information sur le revenu du ménage se rapporte au revenu du ménage ajusté pour le seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada. Il s'agit plus précisément du revenu total du ménage divisé par le SFR correspondant à la taille du ménage et à la taille de la communauté dans laquelle vit le répondant. Les répondants sont ensuite ordonnancés selon la valeur du revenu du ménage ajusté pour le SFR. Les catégories de revenu disponibles à l'Infocentre de santé publique sont le plus souvent les quintiles, lesquels divisent la population en cinq parties à peu près égales (comptant environ 20 % de répondants chacune). Pour quelques indicateurs, les catégories sont plutôt celles-ci : inférieur (premier 30 % des répondants de la liste ascendante des revenus ajustés), moyen (le 40 % suivant des répondants) et supérieur (dernier 30 % des répondants).

Enfin, pour identifier les caractéristiques des personnes les plus démunies, nous avons pris les données dans le *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023*, lequel utilise la mesure du panier de consommation.

Le calcul des prévalences ajustées et taux ajustés selon l'âge :

Les ajustements selon l'âge (prévalence et taux de décès) ont été faits en prenant comme population de référence la population du Québec (sexes réunis) en 2001.

Les tests statistiques :

Le test du khi-carré a été utilisé pour comparer les ménages à faible revenu des autres ménages eu égard à quelques indicateurs (comparaison deux à deux). Lorsque le revenu du ménage est en trois ou cinq catégories, le test global d'indépendance du khi-carré a été fait pour déterminer la signification statistique de la relation entre l'indicateur et le revenu du ménage. Pour comparer les territoires entre eux, nous avons aussi utilisé le test global d'indépendance du khi-carré entre l'indicateur et le territoire. Lorsque le test global est significatif, des comparaisons deux à deux ont été faites avec le khi-carré (territoire comparativement au reste de la région) pour identifier les territoires qui contribuent à la relation significative détectée par le test global. Tous les tests statistiques ont été effectués par le système de l'Infocentre de santé publique et ont utilisé comme seuil de signification alpha le seuil de 5 %.

Enfin, pour les données provenant du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec, l'Infocentre de santé publique ne permet pas de faire de comparaisons entre les territoires. Il calcule cependant des intervalles de confiance à 99 % pour les valeurs obtenues dans chaque territoire. Pour les indicateurs issus de cette source (prévalence des troubles mentaux, de l'HTA, du diabète et des MPOC), nous avons donc comparé les intervalles de confiance des territoires avec celui de l'ensemble de la région et avons conclu à une différence significative entre le territoire et le reste de la région uniquement dans les cas où les intervalles de confiance sont disjoints.

Références

- CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ. *Treize interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé au Canada*, Rapport synthèse, février 2010, Institut national de santé publique du Québec, 15 pages. (2011)
- DUBÉ, NATHALIE. *La santé et le bien-être de la population de la MRC d'Avignon-Édition 2018*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 63 pages. (2018e)
- DUBÉ, NATHALIE avec la collaboration de CLAUDE PARENT. *La santé et le bien-être des anglophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine-Édition 2018*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 42 pages. (2018f)
- DUBÉ, NATHALIE. *La santé et le bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine-Édition 2017*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 213 pages. (2017)
- DUBÉ, NATHALIE ET CLAUDE PARENT. *L'indice de défavorisation matérielle de Pampalon-Raymond : ses faiblesses et leurs impacts pour une région rurale comme la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Synthèse des travaux réalisés sur cet indice en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 16 pages. (2013)
- DUBÉ, NATHALIE ET CLAUDE PARENT. *L'état de santé et de bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 240 pages. (2011)
- GUICHARD, ANNE, VALÉRY RIDDE, KAREEN NOUR ET GINETTE LAFONTAINE. *OUTIL RÉFLEX-ISS - Outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé*. Longueuil : CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie. (2015)
- HURTEAU, PHILIPPE. *Le revenu viable : un indicateur de sortie de pauvreté en 2018. Des données pour différentes localités du Québec*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 11 pages. (2018)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Classement des MRC selon l'indice de vitalité économique, Québec*, dernière mise à jour : 14 décembre 2016. Site internet consulté en juin 2018
- LADOUCEUR, STÉPHANE. *Indice de vitalité économique des territoires*, Bulletin d'analyse, Institut de la statistique du Québec, 41 pages. (2016)
- LEBLANC, MARIE-FRANCE, MARIE-FRANCE RAYNAULT ET RICHARD LESSARD. *Rapport du directeur de santé publique 2011, Les inégalités sociales de santé à Montréal, Le chemin parcouru*, Rapport synthèse, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 31 pages. (2011)

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Résultat d’une réflexion commune*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 pages (2010a).
- 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 EN COLLABORATION AVEC L’INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET L’INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Pour guider l’action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 156 pages. (2011)
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L’EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Plan d’action gouvernemental pour l’inclusion économique et la participation sociale*, gouvernement du Québec, 83 pages. (2017)
- OBSERVATOIRE DE LA PAUVRETÉ ET DES INÉGALITÉS AU QUÉBEC. *La pauvreté, les inégalités et l’exclusion sociale au Québec : état de situation 2013*, 16 pages. (2016)
- PAQUET, GINETTE ET DENIS HAMEL. *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l’identification de facteurs de protection*, Faits saillants, Institut national de santé publique du Québec, 16 pages. (2003)
- RAYNAULT, MARIE-FRANCE, DOMINIQUE CÔTÉ, GENEVIÈVE CHÉNIER, CARMEN SCHAEFFER ET JUDITH ARCHAMBAULT. *Protéger les plus vulnérables, un impératif de santé publique*, sous la direction de Richard Massé, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal, 47 pages. (2017)
- ROBERGE, MARIE-PIER. *Salaires inégaux, à qui la faute?* Institut de recherche et d’informations socioéconomiques, 11 pages. (2017)



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie**

Québec 