



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

*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

Analyses des données et interprétation des résultats :

Nathalie Dubé, responsable régionale de la surveillance de l'état de santé
Avec la collaboration de Lisa-Marie Jalbert, agente de recherche en santé au travail, pour l'analyse des données sur les décès par suicide, par cancer, par maladies cardiovasculaires et par maladies pulmonaires obstructives chroniques

Révision et expertise de contenu (de la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) :

Ariane Courville, médecin-conseil en santé publique, pour l'ensemble du document
Wilber Deck, médecin-conseil en santé publique, pour les fiches sur le cancer, la maladie d'Alzheimer et le recours aux services préventifs et curatifs
Sonia Belvin, adjointe au directeur régional de santé publique, pour les fiches sur la santé au travail
Éloïse Bourdon, responsable régionale du dossier de la saine alimentation, pour les fiches sur les boissons sucrées et le poids corporel
Marie Chagnon, responsable régionale des dossiers sur l'environnement, pour les fiches sur la santé environnementale
Jocelyne Côté, responsable régionale du dossier *École en santé*, pour les fiches sur le décrochage scolaire et les élèves avec un handicap ou ayant des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage
Caroline Duval, responsable régionale du dossier de la périnatalité, pour les fiches sur la santé des nouveau-nés et des tout-petits
Ingrid Fleurant, responsable régionale du dossier de l'activité physique, pour les fiches sur l'activité physique et le tabagisme
Sylvie Gagnon, dentiste-conseil, pour les fiches sur l'hygiène et la santé buccodentaire
Suzanne Gérin-Lajoie, responsable régionale des dossiers du développement des communautés et de la sécurité alimentaire, pour les fiches sur les conditions de vie
Danielle Haché, responsable régionale du PQDCS et de la cessation du tabagisme, pour les fiches sur le dépistage du cancer du sein et le tabagisme
Charles Lemieux, responsable régional des dossiers de la santé des aînés et des traumatismes, pour les fiches sur les blessures accidentelles
Marie-Claude Tremblay, responsable du dossier de la sexualité, pour les fiches sur le décrochage scolaire et les élèves avec un handicap ou ayant des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage

Correction orthographique et linguistique :

Suzie Fortin, agente administrative
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. *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)

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017
ISBN : 978-2-550-80006-4 (version PDF)

Table des matières

Introduction	7
--------------------	---

Faits saillants de l'état de santé de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	9
------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

La démographie.....15

1	L'évolution de la population.....	16
2	Les perspectives démographiques	17
3	Le vieillissement de la population	18
4	Les naissances et la fécondité	19
5	La migration.....	22

Les conditions de vie.....25

6	Les conditions socioéconomiques	26
	<i>La scolarité</i>	26
	<i>Le taux d'emploi</i>	27
	<i>Le taux de chômage</i>	28
	<i>Le taux d'inactivité</i>	29
	<i>Le taux d'assistance sociale</i>	30
	<i>Le revenu disponible par habitant</i>	31
7	La perception de sa situation financière	32
8	La satisfaction de sa vie sociale	34
	Le soutien social (voir la fiche 40)	
	Le sentiment d'appartenance à sa communauté (voir la fiche 41)	
	Le logement (voir la fiche 73)	

Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé.....35

9	L'hygiène buccodentaire	36
10	La consommation de fruits et légumes	37
11	La consommation de boissons sucrées	40
12	L'activité physique de loisirs et de transport	42
13	L'usage de la cigarette.....	46
14	La consommation d'alcool.....	47
15	La consommation de drogues	51
16	Les comportements des conducteurs	53

Le poids corporel55

17	Le statut pondéral	56
18	L'image corporelle.....	59
19	Les actions entreprises à l'égard du poids.....	61

Le recours aux services préventifs et curatifs65

20	La prise de la tension artérielle	66
21	Le dépistage du cancer du col utérin (le test de Pap)	68
22	La mammographie de dépistage du cancer du sein	70

L'état de santé globale.....		71
23	La perception de l'état de santé.....	72
24	L'espérance de vie.....	74
25	Les principales causes de décès.....	76
La santé des nouveau-nés et des tout-petits.....		77
26	L'allaitement maternel.....	78
27	Les naissances de faible poids.....	80
28	La prématurité.....	82
29	Le faible poids pour l'âge gestationnel (le retard de croissance intra-utérine).....	84
30	La mortalité.....	86
31	La mortalité infantile.....	88
32	Les hospitalisations durant la première année de vie.....	90
Les problèmes psychosociaux.....		93
33	Les grossesses précoces.....	94
34	Les handicaps et difficultés d'adaptation et d'apprentissage.....	97
35	Le décrochage scolaire.....	101
36	Les infractions sexuelles.....	103
37	La violence conjugale.....	105
La santé mentale et le suicide.....		107
	Définition de la santé mentale.....	108
38	La perception de sa santé mentale.....	109
39	La satisfaction de sa vie.....	110
40	Le soutien social.....	111
41	Le sentiment d'appartenance à sa communauté.....	112
42	La santé mentale positive.....	114
43	Les stress quotidiens.....	116
44	La détresse psychologique.....	117
45	Les troubles mentaux.....	119
46	Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.....	122
47	Le suicide.....	124
Les maladies chroniques et la maladie d'Alzheimer.....		129
48	Le cancer.....	130
49	Le cancer du poumon.....	134
50	Le cancer du sein chez les femmes.....	135
51	Le cancer de la prostate.....	136
52	Le cancer colorectal.....	137
53	Le cancer du pancréas.....	138
54	Les maladies cardiovasculaires.....	139
55	L'hypertension artérielle.....	142
56	Les maladies pulmonaires obstructives chroniques.....	144
57	L'asthme.....	148
58	Le diabète.....	150
59	La maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs.....	152

La santé buccodentaire.....	155
60 La perception de sa santé buccodentaire.....	156
61 L'édentation complète	157
62 Les consultations auprès d'un professionnel de la santé dentaire	158
La santé au travail	159
63 L'exposition au bruit en milieu de travail	160
64 Les contraintes physiques en milieu de travail.....	161
65 Le harcèlement psychologique au travail.....	163
66 La conciliation travail-famille.....	165
67 La surdité attributable au travail	167
68 Les troubles musculosquelettiques liés au travail	169
69 La détresse psychologique au travail	171
La santé environnementale	173
70 Le bruit dans l'environnement	174
71 Le sommeil perturbé par le bruit.....	176
72 La rhinite allergique.....	178
73 Le logement.....	180
Les blessures accidentelles	185
74 Les traumatismes non intentionnels	186
75 Les accidents de véhicule à moteur.....	190
76 Les accidents de véhicule hors route	193
77 Les chutes chez les aînés	196
78 Les blessures causées par les mouvements répétitifs.....	200
Les limitations d'activités	201
79 Les handicaps chez les enfants	202
80 Les limitations d'activités	203
81 Le besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne	205
Conclusion.....	207
Références.....	209

Introduction

Au cours de la dernière année, la Direction de santé publique de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a mis à jour l’essentiel des données disponibles les plus récentes sur la santé de la population gaspésienne et madelinienne. Plus de 80 fiches portant sur autant de thèmes ont été rendues disponibles sur le site [Statistiques régionales](#) du CISSS de la Gaspésie et diffusées à l’ensemble des intervenants et organismes de la région concernés par la santé et le bien-être de notre population. Le présent document regroupe sous un même couvert l’ensemble de ces fiches et constitue ainsi l’édition 2017 du portrait sur *La santé et le bien-être de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*.

Plus précisément, nous présentons à l’intérieur de chacune des fiches les données les plus récentes sur divers indicateurs et nous :

- mettons en relief celle qui nous apparaît la plus importante;
- comparons la situation régionale et locale, lorsque des données locales sont disponibles, à celle du Québec;
- mettons en évidence les groupes les plus touchés par les problèmes ou les plus vulnérables en portant une attention particulière aux écarts entre les hommes et les femmes, les différents groupes d’âge, le revenu des ménages et la langue (lorsque les données sont disponibles);
- et examinons l’évolution des indicateurs au cours des dernières années, voire des dernières décennies.

Tout au long du document, des liens hypertextes permettent d’accéder rapidement à d’autres fiches ou à des articles ou documents de références que nous avons utilisés. De plus, la signification des symboles utilisés dans les fiches ainsi que les sources de données sont précisées dans un encadré bleu au bas de la première page de chacune des fiches.

Mais d’abord, nous présentons dans les pages qui suivent les faits saillants de cette mise à jour des données sur la santé de la population en faisant ressortir les gains que la région a faits, mais aussi les problèmes persistants dont il faut continuer à se préoccuper et ceux en émergence. Ces quelques pages permettent d’avoir une idée sommaire et globale de quelques-uns des défis qui nous attendent.

Nous espérons que le contenu de cette édition 2017 du portrait de santé saura enrichir et alimenter les réflexions et les échanges, et contribuer à orienter les actions et les interventions pour faire de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, une région habitée par des populations toujours plus heureuses et en santé.

Nathalie Dubé
Responsable régionale de la surveillance de l’état de santé

Faits saillants de l'état de santé de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Une population en décroissance et vieillissante

Depuis 1981, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a vu son nombre d'habitants diminuer de 20 %, soit une perte nette d'environ 23 000 personnes en 35 ans. Et bien qu'il soit difficile d'en prédire l'ampleur, il est raisonnable de s'attendre à ce que le [déclin](#) se poursuive au cours des vingt prochaines années. À cette décroissance se jumelle un [vieillissement de la population](#), le plus rapide en fait de tout le Québec. C'est ainsi qu'en 2016, sur les quelque 91 780 personnes qui habitent la région, 25 % sont âgées de 65 ans et plus et d'ici les vingt prochaines années, cette proportion pourrait possiblement grimper à 38 %. Exprimé autrement, le nombre d'aînés passera de 23 000 en 2016 à plus de 34 000 en 2036.

Cette hausse attendue du nombre d'aînés aura pour conséquence, à tout le moins à court et moyen termes, d'augmenter l'ampleur de certains problèmes de santé dont les maladies chroniques et les maladies rhumatismales, et d'exercer une pression accrue sur le système de santé et de services sociaux. Cette pression peut toutefois être atténuée si la santé de la population, y compris celle des aînés, continue de s'améliorer. Pour ce faire, il est clair qu'il faut poursuivre nos efforts pour agir sur les autres facteurs qui influencent la santé comme le développement économique, l'adoption de politiques publiques favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire et l'adoption de saines habitudes de vie pour ne nommer que ceux-là.

Une situation socioéconomique encore difficile

À l'image de la situation provinciale, le niveau de [scolarité](#) de la population gaspésienne et madelinienne n'a cessé de progresser au cours des vingt-cinq dernières années. Le [revenu](#) sur lequel peut compter la population a aussi augmenté depuis le début des années 2000, et ce, de manière plus importante en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec, si bien que l'écart entre les deux territoires se resserre. Néanmoins, encore en 2015, le niveau de scolarité et le revenu de la population régionale demeurent nettement inférieurs à ceux de la population québécoise. Ce constat en défaveur de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est aussi vrai pour plusieurs autres indicateurs socioéconomiques dont le [taux d'emploi](#), le [taux de chômage](#) et le [taux d'assistance sociale](#). Toutefois, la proportion de ménages privés propriétaires de leur [logement](#) est plus élevée dans la région qu'au Québec. Également, les ménages gaspésiens et madelinots, qu'ils soient propriétaires ou locataires, sont proportionnellement moins nombreux que ceux du Québec à consacrer 30 % ou plus de leur revenu aux frais de logement.

Cela dit, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n'échappe pas pour autant aux inégalités sociales. Même à l'intérieur de la région, les conditions socioéconomiques ne sont pas équitablement partagées entre les individus et ces inégalités sociales créent des écarts de santé systématiques entre les plus favorisés et les moins favorisés. On sait par exemple que le [tabagisme](#) est deux fois plus fréquent chez les personnes vivant dans des ménages au revenu inférieur que chez celles évoluant dans des ménages au revenu supérieur. Les inégalités sociales de santé se traduisent aussi par des écarts dans les prévalences de l'[obésité](#), de la [détresse psychologique](#), de la [satisfaction de la vie](#) et des

limitations d'activités, et dans le recours aux services préventifs comme le [test de dépistage du cancer du col utérin](#). Même à la naissance, les bébés ne partent pas avec les mêmes chances. Les bébés des familles faisant partie de la clientèle des services spécifiques en périnatalité (SIPPE, OLO et PCNP) sont nettement moins nombreux, en proportion, à bénéficier de l'[allaitement maternel](#) que ceux des familles recevant les services réguliers.

Des milieux de vie et un environnement relativement favorables à bien des égards, quoique des progrès soient encore souhaitables

La communauté locale et le voisinage sont des milieux de proximité dans lesquels les individus vivent au quotidien. La qualité des relations que les individus entretiennent avec les autres, la participation à la vie communautaire, le désir des individus de coopérer au mieux-être de tous et le sentiment de sécurité et de bien-être à vivre dans un milieu sont tous des facteurs de protection pour la santé ([MSSS avec INSP et ISQ, 2011](#)). En ce sens, il est extrêmement positif de constater que la majorité de la population gaspésienne et madelinienne a un fort [sentiment d'appartenance à sa communauté](#) et un niveau très élevé de [soutien social](#). Plus précisément, en 2013-2014, 81 % des personnes de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont un fort sentiment d'appartenance à leur communauté, une proportion qui s'est toujours maintenue à ce niveau depuis le début des années 2000 et qui est, par surcroît, nettement supérieure à celle du Québec (58 % en 2013-2014). De plus, en 2009-2010, 54 % des résidents de la région ont un niveau très élevé de soutien social, une situation favorable par rapport à celle des Québécois et Québécoises (44 %).

Dans un autre ordre d'idée, le [bruit dans l'environnement](#) constitue l'une des formes de pollution les plus répandues. Or, la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est en général passablement moins dérangée par le bruit à son domicile et moins perturbée dans son sommeil que ne l'est la population québécoise. Les allergènes présents dans l'air extérieur (ex. : pollens) et dans l'air intérieur (ex. : poussières, animaux) peuvent déclencher ou exacerber les symptômes de la rhinite allergique. Et on sait que les symptômes de la rhinite peuvent avoir un impact sur la qualité de vie, notamment à cause des troubles du sommeil qu'ils peuvent entraîner. À ce sujet, la population régionale est moins nombreuse, en proportion, que celle du Québec à ressentir les symptômes de la [rhinite allergique](#). D'autres contaminants présents dans l'air comme la pollution atmosphérique, dans l'eau ou dans le sol comme le radon sont autant de facteurs qui peuvent causer ou aggraver des maladies comme les maladies cardiovasculaires, respiratoires et gastro-intestinales et certains cancers dont le cancer du poumon. Nous disposons cependant de très peu de données sur la situation régionale eu égard à l'environnement naturel dans lequel nous vivons; c'est pourquoi, aucune fiche n'a été conçue sur ces thèmes. Néanmoins, nous référons le lecteur au *Plan d'action régional de santé publique 2016-2021* (PAR) dans lequel sont brièvement traités la [pollution atmosphérique](#), l'[exposition à la fumée secondaire](#) et les [impacts des changements climatiques](#). De la même manière, on reconnaît le rôle majeur de l'environnement bâti sur la santé, notamment sur l'adoption de saines habitudes de vie et sur l'accès des personnes à mobilité réduite aux commerces et services. Malgré son importance et les améliorations qu'on doit sans doute encore apporter à notre environnement bâti, ce déterminant de la santé est peu documenté sur le territoire gaspésien et madelinot, outre le [potentiel piétonnier](#) des secteurs d'habitation et l'[accès géographique aux commerces d'alimentation](#) que nous présentons dans le PAR 2016-2021.

Le milieu de travail est un autre milieu de vie significatif pour une bonne partie de la population. Plusieurs éléments présents en milieu de travail sont à l'origine de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale et de blessures. Les données les plus récentes sur la santé au travail indiquent une situation somme toute assez favorable pour les travailleurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine quand on les compare aux travailleurs québécois. D'abord, la proportion de travailleurs qui se situent à un niveau élevé à l'indice de **détresse psychologique** et qui associent leur détresse à leur travail, est moindre dans la région qu'au Québec (12 % contre 16 %). De même, les travailleurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont moins nombreux, en proportion, à rapporter être la cible de **harcèlement psychologique** au travail que leurs homologues provinciaux. Néanmoins, c'est tout de même près d'un travailleur sur six dans la région qui subit ce type de conduite au travail, les femmes en étant plus souvent la cible. Or, la **Loi sur les normes du travail** indique que tout salarié a droit à un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique. Les difficultés de **conciliation travail-famille** semblent, pour leur part, toucher autant les travailleurs de la région que ceux du Québec dans des proportions de 8,5 % et 9,9 % respectivement. Dans un autre ordre d'idée, 7,7 % des travailleurs de la région sont exposés souvent ou tout le temps à du **bruit intense au travail**, c'est-à-dire que le bruit est à ce point intense qu'il est difficile de tenir une conversation à quelques pieds de distance, même en criant. Et bien que cette proportion ne se différencie pas de celle du Québec, elle invite tout de même à la réflexion en raison des conséquences néfastes que peut avoir l'exposition chronique au bruit sur la santé des travailleurs (pertes auditives, acouphènes, hypertension artérielle, accidents de travail, etc.). À ce sujet, mentionnons que 5,4 % des travailleurs gaspésiens et madelinots ont une **surdité** (ou une difficulté à entendre) à cause d'une exposition passée ou actuelle au bruit en milieu de travail, une proportion qui atteint 9,0 % chez les hommes. Enfin, bien qu'encore en 2014-2015, les travailleurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine soient davantage exposés que les travailleurs québécois à des **contraintes physiques** à leur lieu de travail (27 % contre 22 %), la prévalence des **troubles musculosquelettiques** d'origine non traumatique liés au travail n'est pas plus élevée dans la région qu'au Québec.

Des gains au chapitre des habitudes de vie mais d'autres restent à faire

Les habitudes de vie sont déterminantes dans le développement de la plupart des maladies chroniques et leur lien avec la santé et le bien-être n'est plus à démontrer. Or, bien que des gains aient été faits, notamment eu égard au **tabagisme** où le pourcentage de fumeur est passé de 43 % en 1987 à 22 % en 2014-2015, et à la **conduite avec les facultés affaiblies**, beaucoup de progrès restent à faire. En effet, le niveau d'**activité physique** chez la population adulte a très peu changé depuis le début des années 2000, et ce, tant dans la région qu'au Québec. Ainsi, en 2014-2015, à peine plus du tiers (35 %) des 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine bougent suffisamment dans leurs loisirs pour atteindre les bienfaits sur la santé. De la même manière, la proportion de personnes mangeant au moins cinq fois par jour des **fruits et légumes** n'a pas progressé au cours des dernières années dans la région, si bien qu'encore aujourd'hui, seulement la moitié de la population de 12 ans et plus atteint les recommandations. Également, plus d'une personne de 15 ans et plus sur cinq (22 %) consomme des **boissons sucrées** tous les jours en 2014-2015. Mentionnons d'ailleurs que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se positionne moins bien que le Québec eu égard à l'usage de la cigarette, à la pratique d'activité physique et à la consommation de boissons sucrées. Soulignons toutefois que la population régionale a, de manière générale, de meilleures **habitudes d'hygiène buccale** que celle du Québec. Finalement, au chapitre des psychotropes, 19 % des personnes de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

consomment de l'[alcool avec excès](#) et 13 % de la population de 15 ans et plus fait [usage de cannabis](#), dont environ 5 % à toutes les semaines.

Malgré un bilan positif de l'état de santé globale, la région accuse un retard par rapport au Québec pour plusieurs problèmes de santé

De nombreux progrès ont été faits au chapitre de la santé, qu'on pense à la réduction de la [prématurité](#), des [mortinaissances](#) et des [grossesses chez les adolescentes](#). Les dernières décennies ont aussi été marquées par une baisse notable de la mortalité cardiovasculaire et par traumatismes, notamment à cause de la diminution des accidents de la route. Depuis une quinzaine d'années, nous assistons à une régression de la mortalité par cancers chez les hommes. Conséquemment, l'[espérance de vie](#) de la population s'est accrue de manière sensible. Néanmoins, les hommes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine accusent un retard par rapport aux Québécois pour ce qui est de leur longévité en 2011-2013 (77,9 ans contre 79,8 ans), comme ce fut généralement le cas depuis le milieu des années 90, et ce, principalement en raison de leur surmortalité par [cancer](#), par [traumatismes](#) et par [suicide](#). Quant aux femmes, elles ont toujours obtenu une espérance de vie semblable sinon supérieure même à celle des Québécoises, sauf au cours des deux dernières périodes 2008-2010 et 2011-2013 (83,0 ans contre 83,9 ans en 2011-2013). On peut supposer que ce léger déficit des dernières années est attribuable, en partie du moins, à la surmortalité par cancer et par maladies cardiovasculaires qu'elles ont enregistrée durant ces années. Ajoutons à cela que la hausse de la mortalité par [cancer pulmonaire](#) et par [maladies pulmonaires obstructives chroniques](#) se poursuit chez les femmes et continue de préoccuper.

Par ailleurs, bien qu'une forte majorité de la population gaspésienne et madelinienne fasse un [bilan positif](#) de sa santé, ce bilan est tout de même moins favorable que celui que fait la population québécoise. De plus, plus du tiers des personnes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre d'une [limitation d'activités](#), une proportion plus élevée qu'au Québec et qui atteint 45 % chez les aînés.

Cela dit, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, le [cancer](#) représente la principale cause de décès : environ 35 % des décès lui sont attribuables. Le [cancer du poumon](#) est de loin le type de cancer occasionnant le plus de décès. Comparativement au Québec, la population gaspésienne et madelinienne meurt davantage du cancer, une situation en partie attribuable à notre population plus âgée, mais aussi à d'autres facteurs, dont sans doute nos habitudes tabagiques passées puisqu'environ 60 % de la surmortalité globale par cancer en 2013-2015 est attribuable au cancer pulmonaire. Quant aux [maladies cardiovasculaires](#), bien qu'on en meure beaucoup moins qu'avant, elles sont tout de même encore la cause de 25 % des décès et demeurent un problème de santé dont souffrent 3 personnes sur 10 dans la région. Également, en dépit des progrès réalisés, le [diabète](#) et l'[obésité](#), deux problèmes en hausse dans la région, ont atteint des prévalences supérieures à celles du Québec. En 2014-2015, 11 % de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre de diabète et 22 % d'obésité, des proportions qui sont respectivement de 7,7 % et 19 % au Québec.

Ces quelques constats sur les maladies chroniques nous indiquent que des gains sont encore possibles et même souhaitables, notamment par la promotion d'une saine alimentation et d'une pratique régulière d'activité physique, de même que par des actions efficaces pour prévenir le tabagisme ou favoriser sa cessation.

La [maladie d'Alzheimer](#) et les autres troubles neurocognitifs majeurs présentent aussi des défis considérables en raison du vieillissement de la population, mais aussi du lourd fardeau que ces

maladies constituent pour les individus qui en sont atteints, leurs familles et proches aidants et le système de santé. Or, en 2014-2015, 6,4 % des aînés de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont atteints d'un trouble neurocognitif majeur. Les données des dernières années sont toutefois encourageantes car elles semblent indiquer un ralentissement, voire une interruption de la progression de la prévalence de ces troubles au sein de la population régionale et provinciale, et même un déclin de l'incidence, c'est-à-dire du taux de nouveaux cas détectés. Néanmoins, l'âge étant le principal facteur de risque des maladies dégénératives, l'augmentation importante du nombre d'aînés dans la région, jumelée à l'augmentation de l'espérance de vie, continue et continuera d'accroître dans les années à venir le nombre de personnes atteintes d'un trouble cognitif majeur, même si la prévalence et l'incidence n'augmentent pas.

Enfin, les maladies infectieuses ont de tout temps constitué une menace à la santé des populations. La vaccination, l'amélioration des conditions de vie et des conditions d'hygiène ont toutefois contribué à faire des gains majeurs quant à la fréquence de ces maladies. Malgré cela, les données des dernières années nous indiquent que nous devons poursuivre notre vigilance car certaines maladies, dont les chlamydioses chez les jeunes, sont en hausse alors que d'autres apparaissent. Cette édition 2017 du portrait de santé ne comporte cependant pas de données sur les maladies infectieuses. Le lecteur trouvera des données régionales relativement complètes sur ces maladies dans le [PAR 2016-2021](#) et le [rapport annuel 2016 des maladies à déclaration obligatoire](#) produit par la Direction de santé publique.

Des problèmes n'entraînant pas nécessairement de décès, mais générant beaucoup de souffrance : les problèmes psychosociaux et de santé mentale

De manière générale, une forte majorité de la population gaspésienne et madelinienne considère positive sa [santé mentale](#), est [satisfaite de sa vie](#) et, comme nous l'avons vu plus tôt, a un bon niveau de [soutien social](#) et un fort [sentiment d'appartenance à sa communauté](#). Un constat des plus positifs qui s'observe tant pour les femmes que pour les hommes de même qu'à tous les âges. De plus, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine obtient des résultats favorables par rapport au Québec, non seulement en ce qui a trait au soutien social et au sentiment d'appartenance à la communauté, mais aussi eu égard au [stress vécu](#) quotidiennement et à la [détresse psychologique](#). Par contre, avec une prévalence de 13 %, les [troubles mentaux](#) sont un peu plus fréquents au sein de la population régionale qu'au Québec. De même, alors que le taux de [suicide](#) régresse au Québec depuis le tournant des années 2000, celui de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine tarde à s'incliner et demeure supérieur à celui du Québec depuis une dizaine d'années.

On ne peut non plus passer sous silence les problèmes psychosociaux qui affectent la population tout au long de la vie. Chez les jeunes, la violence qu'ils s'infligent entre eux, à l'école ou dans leurs relations amoureuses, ne peut être ignorée; ni les [infractions sexuelles](#) auxquelles ils sont particulièrement vulnérables, notamment les jeunes filles. La consommation élevée ou abusive d'[alcool](#) et de [drogues](#) doit aussi faire partie des préoccupations en raison de son ampleur chez nos jeunes gaspésiens et madelinots, mais aussi des conséquences qu'elle peut entraîner dans leur vie, même à l'âge adulte. De même, bien que les données des dernières années sur le [décrochage scolaire](#) soient encourageantes, c'est encore 13 % des jeunes qui quittent l'école avant d'avoir obtenu leur diplôme, un phénomène qui touche avec plus d'acuité nos garçons. Et parmi l'ensemble des élèves du préscolaire, primaire et secondaire, environ 22 % ont un [handicap ou éprouvent des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage](#), des élèves qui ont résolument besoin d'un accompagnement et d'un soutien accru pour assurer leur réussite éducative. La hausse des diagnostics du [trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité](#) (TDAH) chez les jeunes doit aussi être soulignée.

Enfin, cette mise à jour du portrait de santé met encore en évidence des taux de dénonciation d'[infractions sexuelles](#) nettement plus élevés en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu’au Québec, les écarts étant particulièrement marqués chez les jeunes. La [violence conjugale](#), perpétrée dans 80 % des cas envers des femmes, demeure aussi un phénomène préoccupant en raison de ses conséquences humaines et sociales. En 2015, plus de 200 crimes commis en contexte conjugal ont été déclarés aux autorités policières, un nombre qui, toutes proportions gardées, ne se différencie pas de celui du Québec.

Cela fait le tour des faits saillants de l’état de santé de la population gaspésienne et madelinienne. Nous invitons le lecteur à consulter régulièrement notre site [Statistiques régionales](#) pour connaître nos publications les plus récentes sur la santé de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

La démographie

En 2016, on estime à **91 781** le nombre de personnes peuplant la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, une perte d'environ 2 700 personnes depuis 2011 et de près de 23 000 depuis 1981.

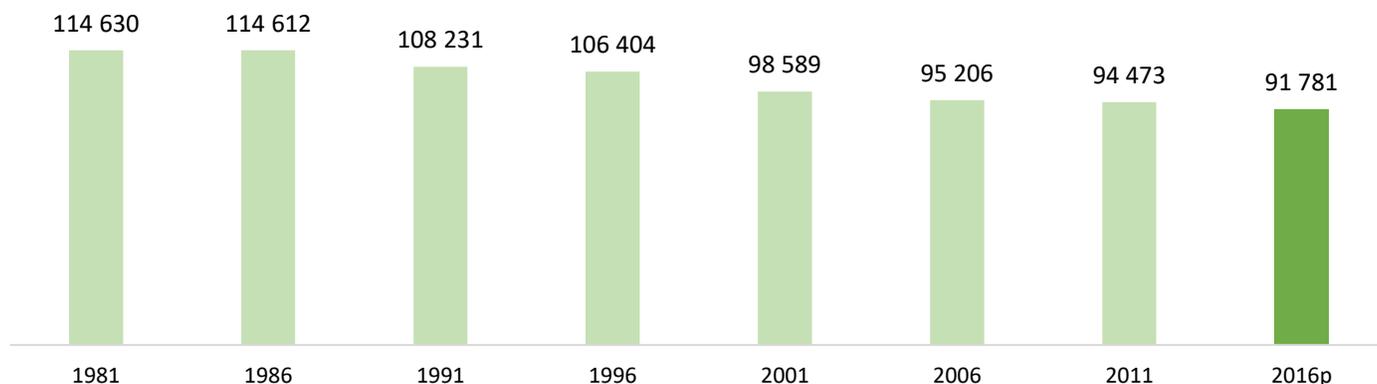
Alors qu'en 1981, 114 631 personnes habitaient le territoire gaspésien et madelinot, ce nombre est estimé à 91 781 selon les données provisoires de 2016 (figure 1), soit une perte d'environ 23 000 personnes en 35 ans et à laquelle tous les territoires locaux ont contribué (tableau 1).

De plus, alors que nous avons assisté à un ralentissement du déclin démographique entre 2006 et 2011 avec une perte de 750 personnes environ (figure 1), les chiffres des dernières années montrent qu'il s'est accru entre 2011 et 2016 avec un déficit de 2 700 personnes.

Les chiffres de population

Dans cette fiche, les chiffres de population **entre 1981 et 2011** sont des estimations qui peuvent être considérées comme définitives et fiables. Les chiffres de population publiés pour l'**année 2016** sont, pour leur part, des estimations postcensitaires produites par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) « ayant comme point de départ les comptes du Recensement 2011, auxquels est ajoutée une estimation du bilan des différents événements démographiques enregistrés par la suite (naissances, décès et mouvements migratoires). Ces estimations de population ne sont pas définitives et feront l'objet d'une révision à la suite du Recensement de 2016. Par conséquent, une certaine prudence est de mise dans l'analyse de l'évolution récente de la population ». (Institut de la statistique du Québec, 2014, page 16)

Figure 1 : Estimations de population, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, années de recensement 1981 à 2016p



P : Estimation provisoire.

Tableau 1 : Estimations de population, 1981 et 2016p

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
1981	37 185	22 720	24 935	15 449	100 289	14 342	114 631	6 547 705
2016p	33 021	16 320	18 881	11 268	79 490	12 291	91 781	8 326 089
Écart	-11,2 %	-28,2 %	-24,3 %	-27,1 %	-20,7 %	-14,3 %	-19,9 %	+27,2 %

P : Estimation provisoire.

Sources : 1986 et 1991 : ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques et Statistique Canada, Division de la démographie. 1981, 1996, 2001, 2006, 2011 et-2036 : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981 : version avril 2012, 1996, 2001, 2006, 2011 et-2036 : version mars 2015), données extraites de l'Infocentre et analysées par la DSP GIM. 2016 : ISQ, estimations de population (2016 : série produite en mars 2017).

D'ici 2036, le **déclin** démographique devrait se poursuivre en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Selon les dernières [perspectives démographiques](#) produites en 2014 par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) à compter du scénario moyen, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine devrait compter environ 90 770 personnes en 2036. Comparativement aux chiffres de 2011, qui établissent la population régionale à 94 473 habitants, le déclin anticipé est somme toute relativement modeste avec une perte estimée à 3 700 personnes (ou – 4 % environ) sur une période de 25 ans. Malgré cela, il s'agirait du déclin le plus important de toutes les régions du Québec selon le bilan démographique du Québec ([Girard, Binette, Charbonneau et Payeur, 2016](#)).

Pour que ce scénario de faible décroissance se réalise, il faut que :

- le taux de fécondité ou le nombre d'enfants par femme en âge de procréer, qui était de 1,69 en 2008, 2009 et 2011, se maintienne à 1,65 jusqu'en 2036;
- la mortalité globale continue à s'infléchir lentement;
- et que le solde migratoire positif d'une centaine de personnes obtenu en 2009-2010 et 2010-2011 augmente graduellement pour se situer à plus de 500 en 2036.

Il est encore tôt pour se prononcer sur la vraisemblance de ce scénario, mais les données des années les plus récentes suggèrent que ce scénario de faible décroissance est trop optimiste. En effet, déjà nous savons que la fécondité des dernières années est en deçà du seuil de 1,65, l'[indice synthétique de fécondité](#) se situant à 1,54 en 2013-2015. De même, les années 2012-2013 à 2015-2016 ont été marquées

par un [solde migratoire](#) négatif dans la région avec des pertes variant de 175 à 435 personnes selon les années. Qui plus est, et bien qu'il faille être prudent, déjà la décroissance entre 2011 et 2016 est passablement plus grande que celle projetée. En effet, selon les perspectives démographiques ou projections de l'ISQ, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine devait compter 92 700 personnes en 2016. Or, selon les estimations provisoires les plus récentes que nous avons vues à la page précédente, elle en compterait 91 781, soit presque 1 000 personnes de moins que prévu.

Cela dit, bien qu'il soit difficile d'en prédire l'ampleur, il est raisonnable de s'attendre à un déclin de la population gaspésienne et madelinienne au cours des vingt prochaines années.

Les perspectives démographiques

Les perspectives démographiques sont des [projections](#) (ou des simulations du futur) produites par l'ISQ, généralement à tous les cinq ans, suite à la sortie du dernier recensement. Les projections sont basées sur différents scénarios, dont le scénario moyen (de référence) qui regroupe les hypothèses les plus plausibles compte tenu des tendances récentes de la mortalité, de la fécondité et de la migration. Les chiffres de population basés sur les projections doivent être utilisés avec la plus grande prudence. En effet, malgré la rigueur scientifique des modèles mathématiques et des hypothèses retenues, l'évolution réelle des populations peut différer de ce qui avait été prévu, entraînant ainsi un manque de fiabilité à moyen et à long terme des projections, en particulier à l'échelle régionale (INSPQ, Infocentre de santé publique, 2017).

Sources : 1986 et 1991 : ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques et Statistique Canada, Division de la démographie. **1981, 1996, 2001, 2006, 2011 et-2036** : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981 : version avril 2012, 1996, 2001, 2006, 2011 et-2036 : version mars 2015), données extraites de l'Infocentre et analysées par la DSP GIM. **2016** : ISQ, estimations de population (2016 : série produite en mars 2017).

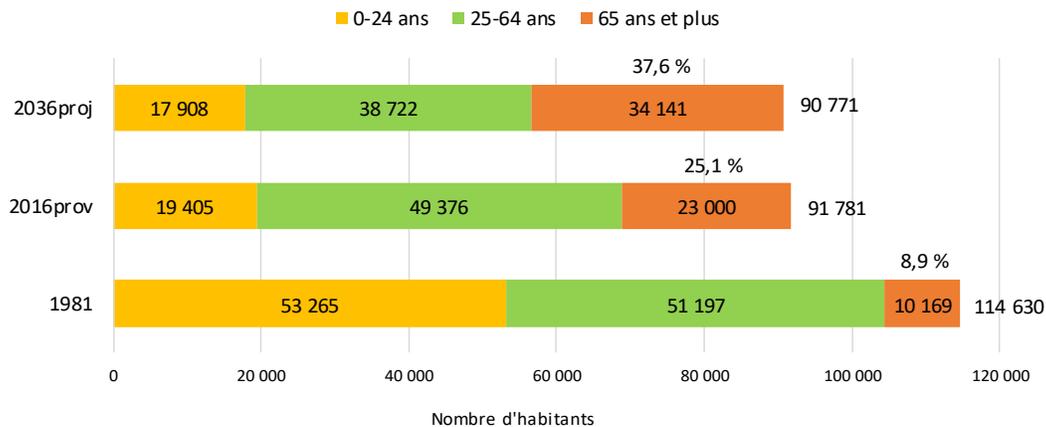
En 2016, on estime à **25 %** la proportion d'aînés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Parallèlement à la décroissance possible de la population gaspésienne et madelinienne dans les deux prochaines décennies, le vieillissement devrait se poursuivre. À mesure que les cohortes de baby-boomers avanceront en âge, que celles des plus jeunes seront moins nombreuses en raison de la faiblesse des naissances et de l'exode, et que l'espérance de vie continuera d'augmenter, la part des aînés ira grandissant (MSSS, 2015). Ce phénomène est observé partout au Québec, mais c'est en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine que le rythme du vieillissement est le plus rapide. Déjà, en 2016, on estime que le quart de la population régionale (25 %) a 65 ans et plus (figure 1) (18 % au Québec). Et d'ici les vingt prochaines années, cette proportion pourrait possiblement grimper à 38 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, alors que le Québec dépassera tout juste la proportion actuelle de la région (26 %) (tableau 1). Cela se traduira aussi par une augmentation de l'âge médian (âge qui sépare la population en deux groupes égaux) : de

51,6 ans en 2016, cet indicateur passera à 55,7 ans en 2036 dans la région (tableau 1). Comme le montre ce dernier tableau, si les tendances se maintiennent, les projections indiquent une hausse de la proportion d'aînés et de l'âge médian partout en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Par ailleurs, la figure 1 illustre bien que pendant que le nombre d'aînés augmentera, le nombre de jeunes et la population active continuera de décroître. Ainsi, nous serons de moins en moins nombreux à soutenir collectivement ce groupe d'âge dans lequel les besoins, notamment en matière de services de santé et de services sociaux, sont les plus élevés, particulièrement après 75 ans. À ce sujet, il faut savoir qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la proportion des 75 ans et plus passera possiblement de 11 % en 2016 à 22 % en 2036, alors que la part des 65-74 ans restera vraisemblablement autour des 15 % au cours des 20 prochaines années. Ainsi, l'augmentation anticipée du nombre d'aînés d'ici 2036 s'observera presque uniquement chez les 75 ans et plus (résultats non illustrés).

Figure 1 : Estimations et projections de population selon les groupes d'âge et proportion d'aînés (en %), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1981, 2016prov et 2036proj



Prov : Estimation provisoire.
Proj : Projection.

Tableau 1 : Proportion d'aînés (en %) et âge médian, 2016prov et 2036proj

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Prop. aînés (%)								
2016prov	24,8	26,9	23,7	26,5	25,2	24,2	25,1	18,1
2036proj	35,8	40,2	35,9	39,6	37,2	40,1	37,6	25,9
Âge médian								
2016proj	50,6 ans	53,0 ans	51,2 ans	53,4 ans	51,6 ans	51,6 ans	51,6 ans	42,0 ans
2036proj	54,0 ans	57,8 ans	53,9 ans	58,0 ans	55,4 ans	57,7 ans	55,7 ans	45,5 ans

Prov : Estimation provisoire.
Proj : Projection.

Sources : 1981 et-2036 : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981 : version avril 2012, 2036 : version mars 2015), données extraites de l'Infocentre et analysées par la DSP GIM. **2016 :** ISQ, estimations de population (2016 : série produite en mars 2017).

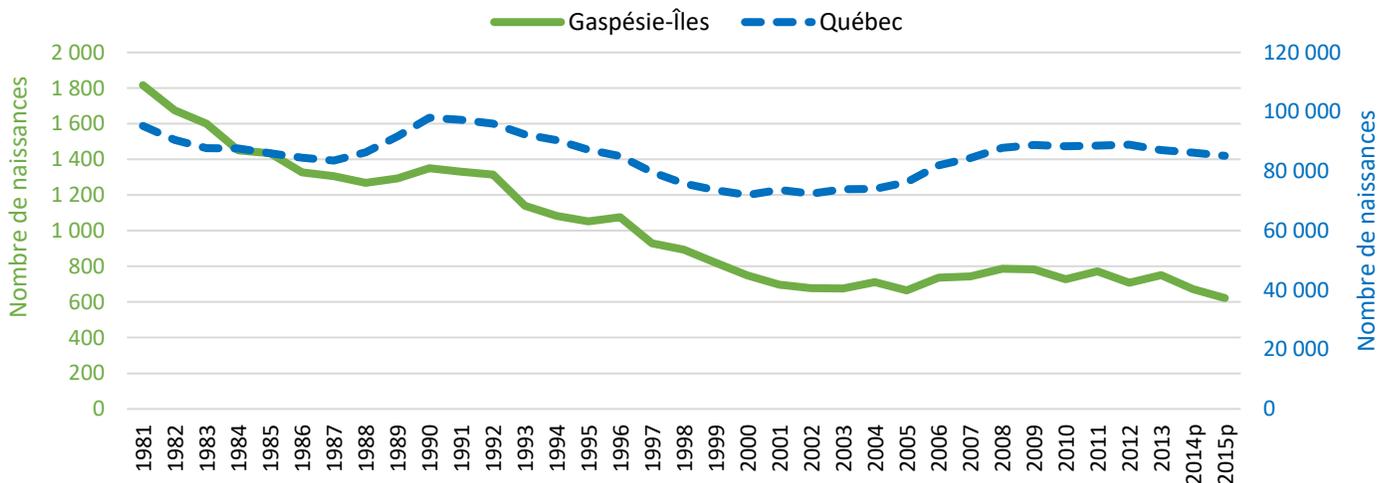
En 2015, **622** bébés de mères gaspésiennes et madeliniennes voyaient le jour.

Selon les données provisoires, l'année 2015 est celle avec le plus faible nombre de naissances enregistrées en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine depuis 1981 (figure 1). Comme l'illustre cette figure, la hausse qu'ont connue les naissances dans les années 2000 dans la région semble s'être interrompue au cours des dernières années. La figure 1 illustre aussi la courbe d'évolution des naissances au Québec. Bien qu'à une autre échelle, on constate que le nombre de naissances au Québec s'est beaucoup moins incliné que celui de la région au cours des

35 dernières années. En effet, alors qu'on observe une chute de 65 % des naissances en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine entre 1981 et 2015, la baisse au Québec n'a été que de 11 % environ.

Cela dit, les naissances étant grandement influencées par la structure d'âge des populations, cette diminution plus forte des naissances dans la région est en quelque sorte normale dans la mesure où notre population a davantage vieilli que celle du Québec durant les 35 dernières années. D'ailleurs, comme nous le voyons tout de suite après, quand on examine uniquement la fécondité des femmes en âge de procréer, la situation de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine s'apparente davantage à celle du Québec.

Figure 1 : Nombre de naissances, 1981 à 2015p



L'indice synthétique de fécondité

En 2015, les Gaspésiennes et Madeliniennes en âge de procréer ont en moyenne **1,40** enfant.

Ce nombre d'enfants qu'ont en moyenne les femmes durant leur période reproductive, qu'on appelle aussi l'indice synthétique de fécondité (ISF), ne permet pas d'assurer le renouvellement de la population. Rappelons en effet que dans les pays développés, les femmes en âge de procréer doivent avoir 2,1 enfants en moyenne chacune pour que la population soit en équilibre, c'est-à-dire que les naissances puissent compenser pour les décès. Comme l'illustre la figure 2, ce constat eu égard à la faiblesse de l'ISF n'est pas nouveau et prévaut au moins depuis 35 ans en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Au Québec, c'est en 1970 que le nombre moyen d'enfants par femme est passé sous le seuil de renouvellement

des générations et a ensuite connu une baisse jusqu'en 1987 où il atteignait son plus bas niveau historique avec 1,36 (Girard, 2016). Après quoi, l'ISF du Québec a augmenté pour se situer à 1,67 en 1992. Il a à nouveau connu une baisse jusqu'en 2000 (1,45) pour remonter ensuite à 1,73 en 2008 et 2009. Mais depuis, le nombre d'enfants par femme ne cesse de diminuer au Québec (1,57 en 2015 selon les données provisoires). Comme l'illustre la figure 2, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a sensiblement suivi ce même patron d'évolution de l'ISF au cours des 35 dernières années, à la différence que son indice a généralement descendu à de plus bas niveaux que ceux du Québec. La figure 3 présente pour sa part l'ISF de chaque territoire de la région en 2013-2015, le Rocher-Percé, La Haute-Gaspésie, La Côte-de-Gaspésie et de façon toute particulière, les Îles-de-la-Madeleine, obtenant un indice plus faible que le Québec.

Symboles : + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation (CV) entre 16,6 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence. P : Les données 2014 et 2015 sont des données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes; données extraites de l'Infocentre de santé publique et analysées par la Direction de santé publique.

Figure 2 : Indice synthétique de fécondité, 1981 à 2015p

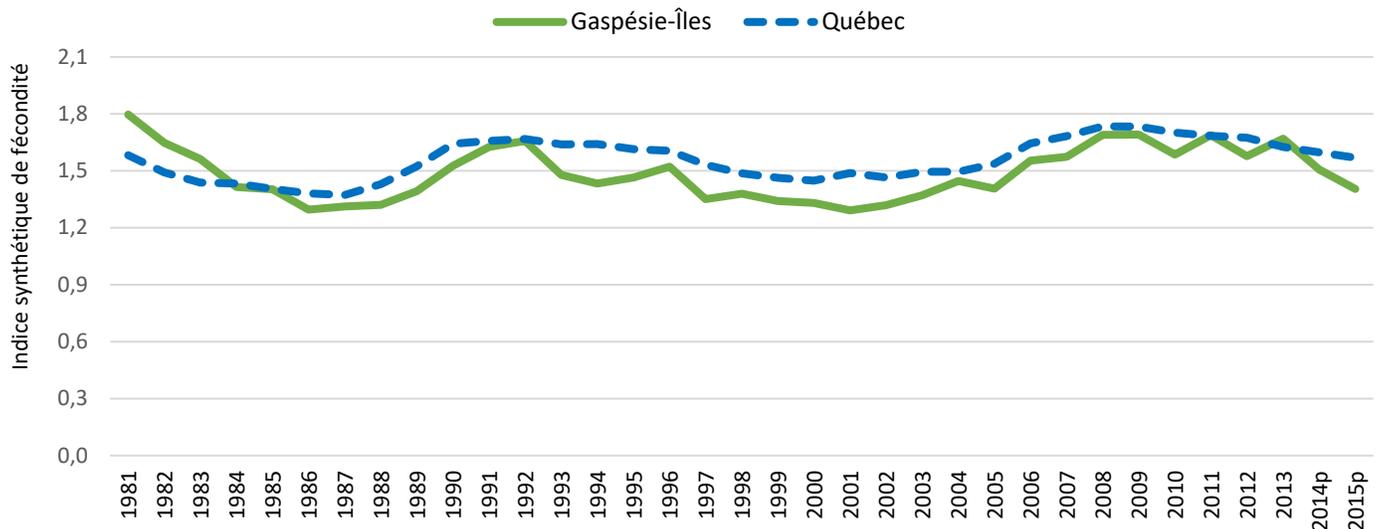
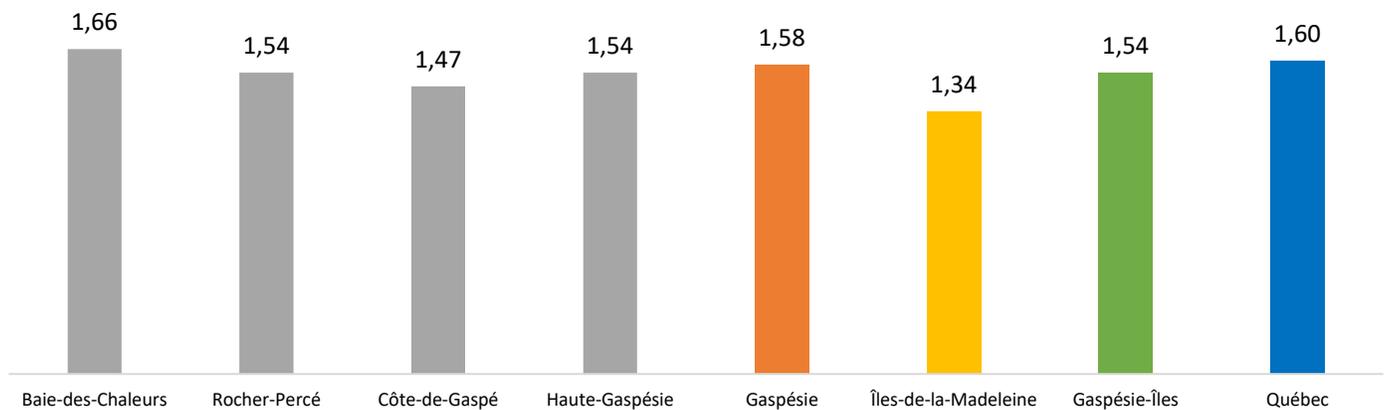


Figure 3 : Indice synthétique de fécondité, 2013-2015p



Note : Dans cette figure, aucun test statistique n'a été fait pour comparer la valeur de l'ISF des territoires de la région avec celle du Québec.

La fécondité selon l'âge des mères

En 2013-2015, **28,8 ans** est l'âge moyen des mères au moment de l'accouchement en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Comme c'est le cas depuis au moins les 35 dernières années, l'âge moyen à la maternité en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est inférieur à celui du Québec en 2013-2015 (28,8 contre 30,0 ans) (figure 4). Comme l'illustre cette figure, ce constat régional observé en 2013-2015 est partagé par l'ensemble des territoires locaux, bien que la différence entre les Îles-de-la-Madeleine et le Québec ne soit pas significative statistiquement. Cet écart entre les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et les Québécoises se traduit par des taux de fécondité supérieurs entre 20-24 ans et 25-29 ans et par ailleurs, par des taux moindres après 30 ans (figure 5).

Cela dit, la figure 5 illustre clairement que la fécondité est maintenant largement concentrée entre 25 et 34 ans, et ce, dans la région comme au Québec. Or, il y a à peine 20 ans, elle était principalement le fait des 20-29 ans (figure 6). Ce qui s'est passé plus concrètement, c'est que le taux de fécondité des 20-24 ans a régressé alors que celui des 30-34 ans a progressé. Ainsi, en 2007-2009, la fécondité des femmes 30-34 ans dans la région dépassait celle des 20-24 ans. De même, depuis une dizaine d'années, la fécondité des femmes de 35-39 ans surpasse celle des jeunes femmes de 15-19 ans. En fait, l'ensemble de ces résultats témoigne du fait que les femmes ont leurs enfants de plus en plus tardivement, l'âge moyen à la maternité en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine étant passé de 26,1 ans en 1981-1983 à 28,8 ans en 2013-2015, une hausse d'environ 2 ans et 9 mois (hausse de 3 ans et 5 mois environ au Québec) (résultats non illustrés).

Figure 4 : Âge moyen des mères (en années) au moment de l'accouchement, 2013-2015p

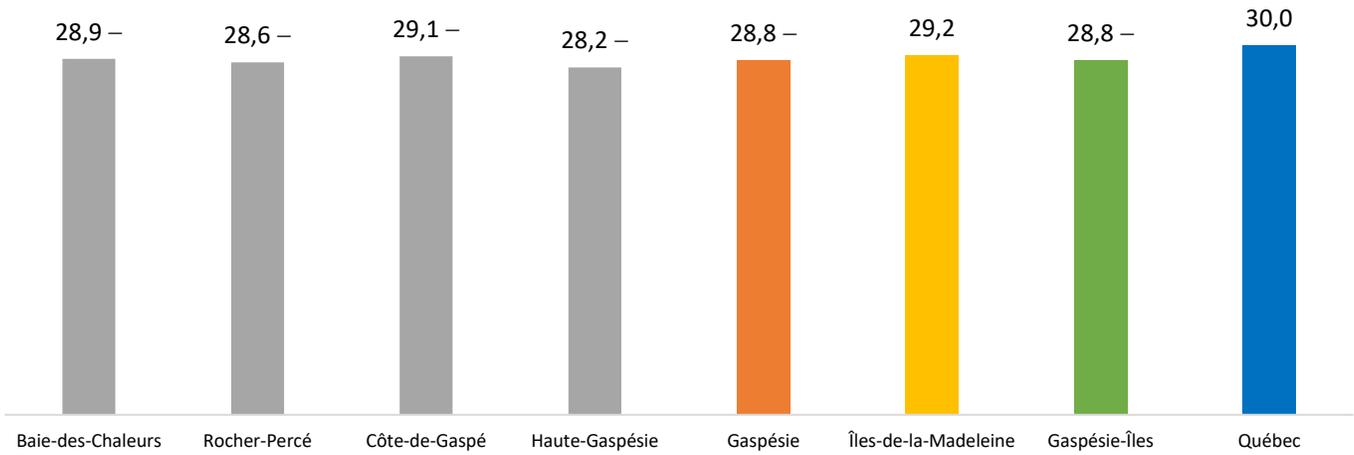


Figure 5 : Taux de fécondité (pour 1 000 femmes) selon l'âge des mères au moment de l'accouchement, 2013-2015p

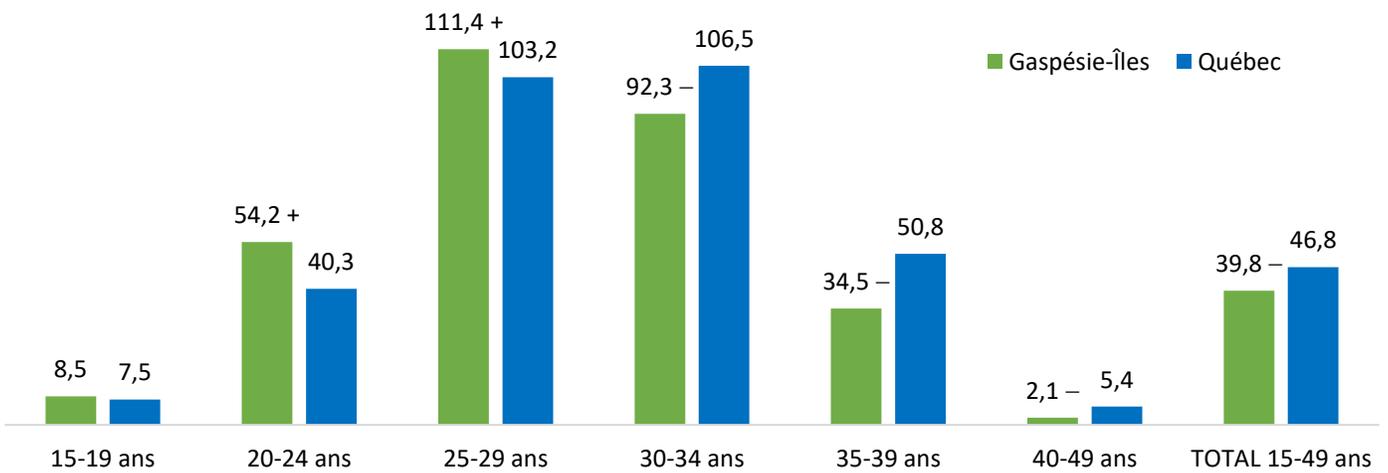
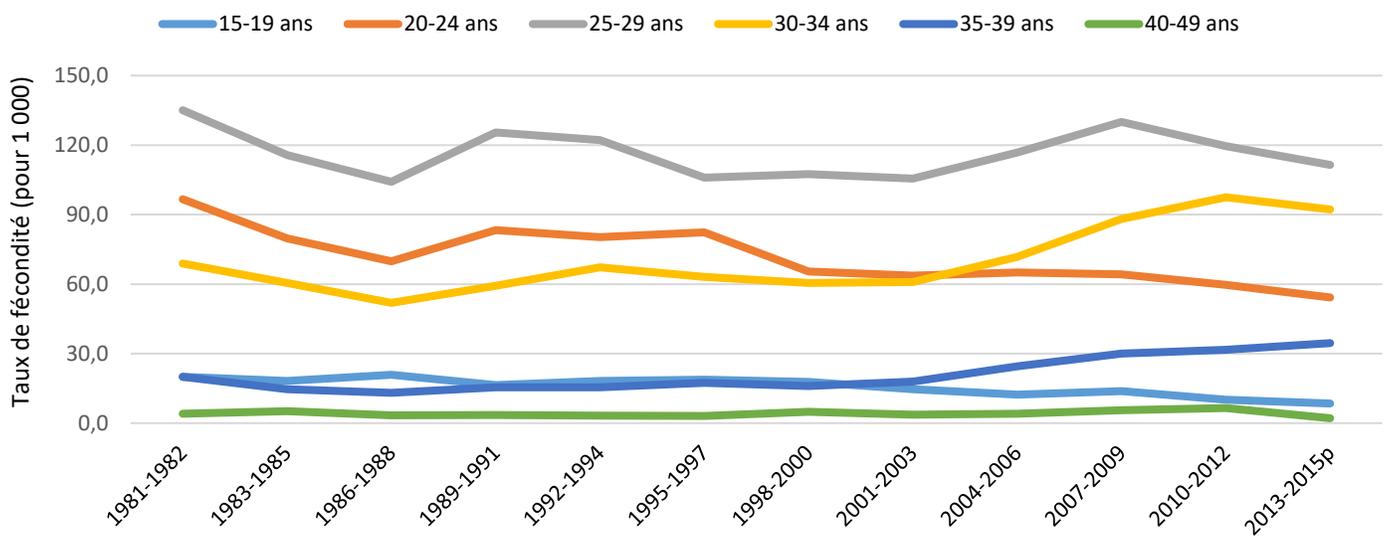


Figure 6 : Taux de fécondité (pour 1 000 femmes) selon l'âge des mères au moment de l'accouchement, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1981-1982 à 2013-2015p

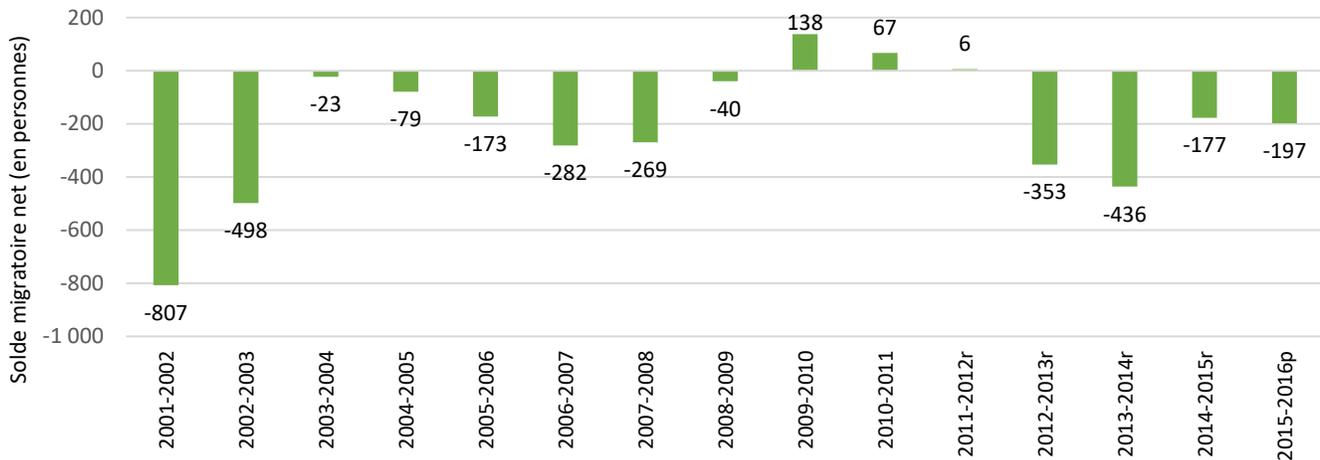


En 2015-2016, on estime à **-197** le solde migratoire net en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Pour la quatrième année consécutive, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre un solde migratoire négatif avec une perte nette de 197 personnes de juillet 2015 à juin 2016 (figure 1). Comme l'illustre cette figure, les quatre dernières

années avaient été précédées d'un bilan migratoire positif en 2009-2010 et 2010-2011, laissant croire à un possible redressement de la démographie régionale. Les données des prochaines années seront intéressantes à suivre pour voir si la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine saura être plus attractive et « rétensive » que ce qu'elle a été dans les dernières années et ainsi arriver à inverser à nouveau la situation de la migration.

Figure 1 : Solde migratoire net, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2001-2002 à 2015-2016p



Le tableau 1 met en évidence les composantes de la migration en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine au cours des 3 dernières années 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016. On y constate d'abord qu'au cours de cette période triennale, la région a fait des gains au chapitre de la **migration internationale avec un solde positif de 94 personnes**. Ce bilan de la migration internationale est cependant encore loin d'être suffisant pour compenser le **solde migratoire négatif de la migration interprovinciale**, où les sortants continuent à être plus nombreux que les entrants, ni suffisant pour compenser le **solde négatif de la migration interrégionale qui s'élève à -700 personnes** au cours des 3 dernières années (tableau 1). Ces

données montrent clairement l'importance de la composante interrégionale sur le bilan migratoire des dernières années de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Par ailleurs, au cours des 3 années 2013-2014 à 2015-2016, La Côte-de-Gaspé a obtenu le bilan migratoire le plus négatif de la région avec un solde de -330, suivie de la communauté maritime des Îles-de-la-Madeleine et de La Haute-Gaspésie avec des soldes négatifs respectifs de -189 et -164 (figure 2). De son côté, la MRC du Rocher-Percé a enregistré pratiquement autant d'entrées que de sorties si bien que son solde migratoire net est à peu près nul au cours des 3 dernières années. Le tableau 2 présente les composantes de la migration pour chaque MRC de la région.

Tableau 1 : Solde migratoire selon ses composantes (en personnes), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014 à 2015-2016p

	Solde migratoire international	Solde migratoire interprovincial	Migrations interrégionales			Solde migratoire net
			Entrées	Sorties	Solde	
2013-2014r	35	-102	1 930	2 299	-369	-436
2014-2015r	27	-70	1 841	1 975	-134	-177
2015-2016p	32	-32	1 867	2 064	-197	-197
TOTAL des 3 années	94	-204	5 638	6 338	-700	-810

Symboles : r : données révisées. p : données provisoires.

Sources : **Migration internationale et interprovinciale** : Statistique Canada, Estimations démographiques (de 2001-2002 à 2015-2016 : série de mars 2017), tiré du site de l'ISQ août 2017. **Migration interrégionale** : Institut de la statistique du Québec, exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Figure 2 : Solde migratoire net (en personnes) selon la MRC, 2013-2014 à 2015-2016p

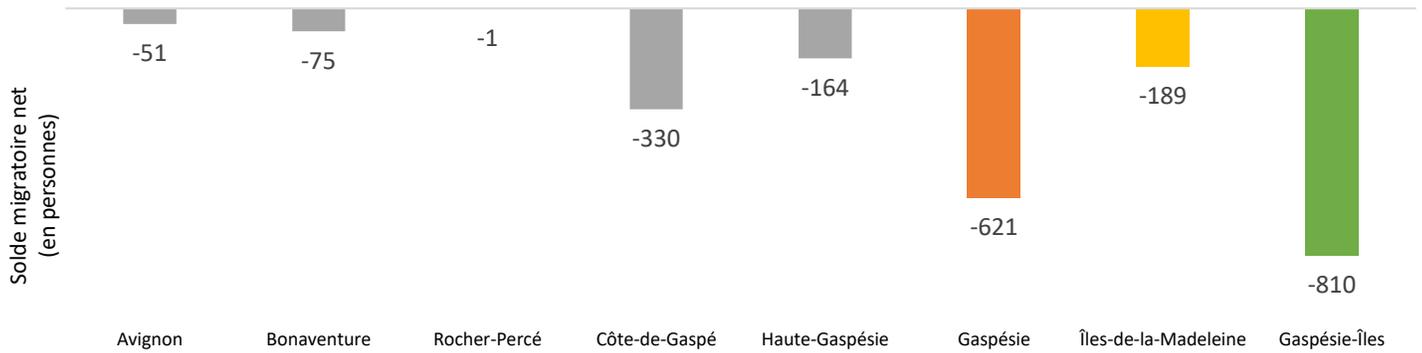


Tableau 2 : Solde migratoire selon ses composantes (en personnes) selon la MRC, 2013-2014 à 2015-2016p

MRC	Solde migratoire international	Solde migratoire interprovincial	Solde migratoire interne ¹	Solde migratoire net
Avignon	8	-102	43	-51
Bonaventure	43	-34	-84	-75
Rocher-Percé	30	-15	-16	-1
Côte-de-Gaspé	13	-42	-301	-330
Haute-Gaspésie	-2	3	-165	-164
Gaspésie	92	-190	-523	-621
Îles-de-la-Madeleine	2	-14	-177	-189
Gaspésie-Îles	94	-204	-700	-810

1 À l'échelle des MRC, la migration interne comprend la migration entre les MRC de la région et la migration avec d'autres régions du Québec.

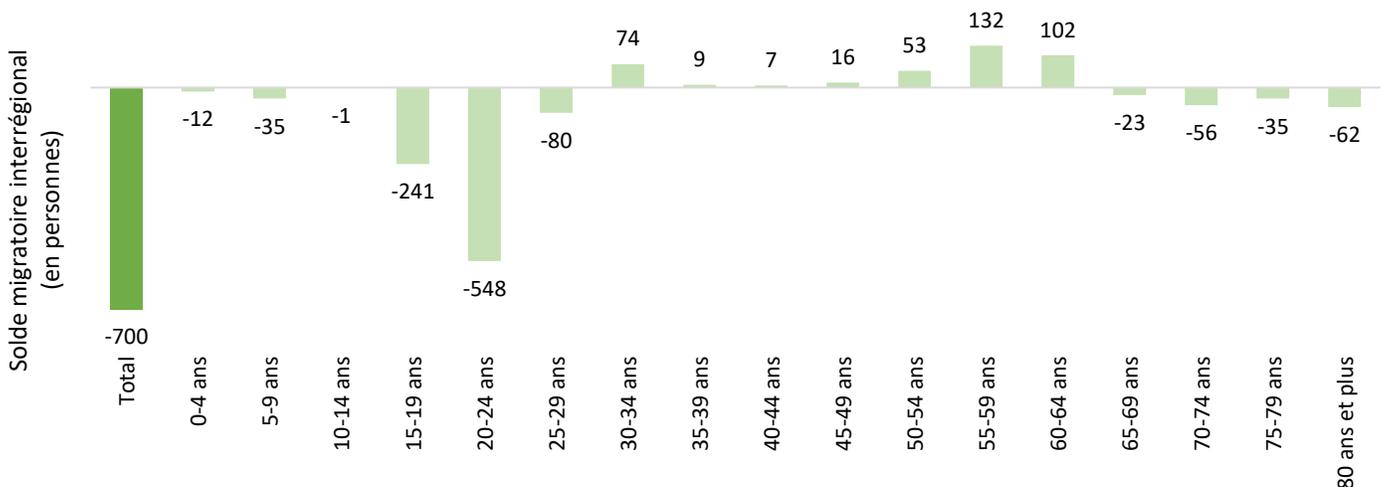
La migration interrégionale

De juillet 2013 à juin 2016, on estime à **-789** le solde migratoire chez les jeunes de 15 à 24 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Précisons d'abord que l'Institut de la statistique du Québec ne publie l'âge des personnes migrantes que pour la migration interrégionale et non pour les migrations internationale et interprovinciale. Cela dit, selon les données de cet organisme,

au cours des 3 années 2013-2014 à 2015-2016, les jeunes de 15-24 ans ont enregistré un solde migratoire interrégional négatif de -789 (-241 chez les 15-19 ans et -548 chez les 20-24 ans) (figure 3). Les groupes d'âge plus avancés entre 50 et 65 ans ont, pour leur part, obtenu un solde positif de 287. Néanmoins, les pertes nettes enregistrées chez les jeunes ont été telles qu'elles ont annulé, si on veut, les gains faits chez les 50 à 64 ans et donné lieu à un solde migratoire net négatif dans l'ensemble de la population (figure 3).

Figure 3 : Solde migratoire interrégional selon le groupe d'âge, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014 à 2015-2016p



De juillet 2013 à juin 2016, c'est dans ses échanges avec le **Bas-St-Laurent** et la **Capitale-Nationale** que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre ses pertes migratoires les plus importantes.

Au cours des 3 années 2013-2014 à 2015-2016, c'est avec le Bas-St-Laurent, la Capitale-Nationale, Montréal et la Montérégie que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a fait le plus grand nombre d'échanges (tableau 3). Mais c'est avec sa voisine, la région du Bas-St-Laurent, qu'elle a enregistré ses pertes migratoires les plus importantes avec un solde négatif de -495. Plus précisément, de 2013-2014 à 2015-2016, environ 821 personnes du Bas-St-Laurent venaient s'installer en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, mais pendant ce temps, 1 316 personnes quittaient notre région pour aller s'établir dans le

Bas-St-Laurent, pour une perte migratoire de 495 personnes. La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a aussi un bilan déficitaire dans ses échanges avec la Capitale-Nationale, celui-ci s'établissant à -483 au cours des 3 dernières années. En fait, bien qu'au cours des dernières années, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ait réussi à attirer des gens du Bas-St-Laurent et de la Capitale-Nationale, ces gains n'ont pas été suffisants pour compenser le nombre de départs de la population gaspésienne et madelinienne vers ces deux régions.

La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ressort cependant gagnante de ses échanges avec les deux autres régions du Québec avec lesquelles elle en fait le plus. Comme on peut en effet le lire au tableau 3, les échanges entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Montréal ainsi qu'avec la Montérégie se sont soldés par des gains de 114 et 109 respectivement entre 2013-2014 et 2015-2016.

Tableau 3 : Solde migratoire interrégional de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine avec les autres régions du Québec, 2013-2014 à 2015-2016p

Régions administratives	Entrées		Sorties		Solde migratoire	Nombre d'échanges
	Nombre	%	Nombre	%		
Bas-St-Laurent	821	14,6	1 316	20,8	-495	2 137
Capitale-Nationale	788	14,0	1 271	20,1	-483	2 059
Montréal	995	17,6	881	13,9	114	995
Montérégie	887	15,7	778	12,3	109	1 665
Autres régions	2 147	38,1	2 092	33,0	55	4 239
TOTAL	5 638	100,0	6 338	100,0	-700	11 095

Les conditions de vie

Les indicateurs sur les conditions socioéconomiques présentés dans cette fiche sont disponibles pour la région ainsi que pour les MRC ou RLS selon le cas. Toutefois, pour quatre d'entre eux, soit la scolarité, le taux d'emploi, le taux de chômage et le taux d'inactivité, les données locales les plus récentes sont celles de l'Enquête nationale sur les ménages 2011 (ENM) alors que pour la région et le Québec, l'Enquête sur la population active permet d'avoir des données plus récentes. Pour ces indicateurs, nous présentons donc d'abord les données régionales et provinciales les plus récentes et ensuite, les données locales accompagnées, à titre indicatif, des données régionales et provinciales correspondantes.

La scolarité

En 2015, **27 %** de la population de 25 à 64 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'a pas de diplôme d'études secondaires (DES).

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

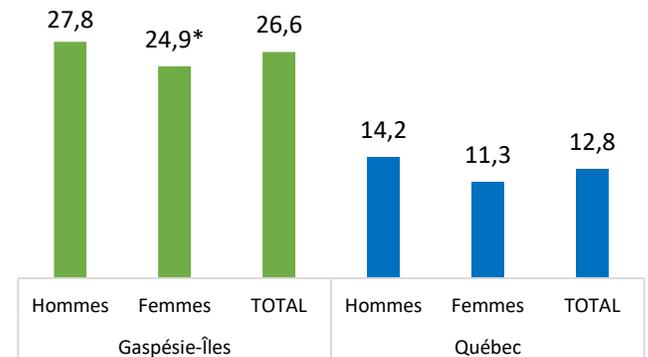
La population âgée entre 25 et 64 ans dans la région accuse un retard très net par rapport à celle du Québec quant à la scolarité. En 2015, la région compte en effet une proportion environ deux fois plus élevée de personnes sans DES que celle du Québec (27 % contre 13 %) (figure 1) et à l'opposé, une proportion deux fois moindre avec un grade, certificat ou diplôme universitaire (16 % contre 31 %) (résultats non illustrés). Comme on peut le lire à la figure 2, cette situation plus défavorable de la région est vraie dans toutes les MRC. En incluant les aînés à ces données, la proportion régionale sans DES fait un bond de 27 à 37 % en 2015 (22 % au Québec), la population de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine affichant les moins bons résultats de toutes les régions du Québec (ISQ et MDDELCC, 2017).

Groupes moins scolarisés

Depuis 2001, les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, peu importe le territoire local où elles vivent, ont surpassé leurs homologues masculins au chapitre de la scolarité, un constat qui s'observe encore aujourd'hui. En 2015, 25 % des femmes de la région sont sans DES contre 28 % des hommes (figure 1) tandis que 19 % d'entre elles ont accédé aux études universitaires (12 % des hommes) (résultats non illustrés).

La figure 2 illustre par ailleurs que les résidents des MRC de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie sont les plus désavantagés eu égard à la scolarité, la proportion à ne pas détenir de DES s'élevant à 33 et 35 % respectivement.

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 25 à 64 ans sans diplôme d'études secondaires, 2015



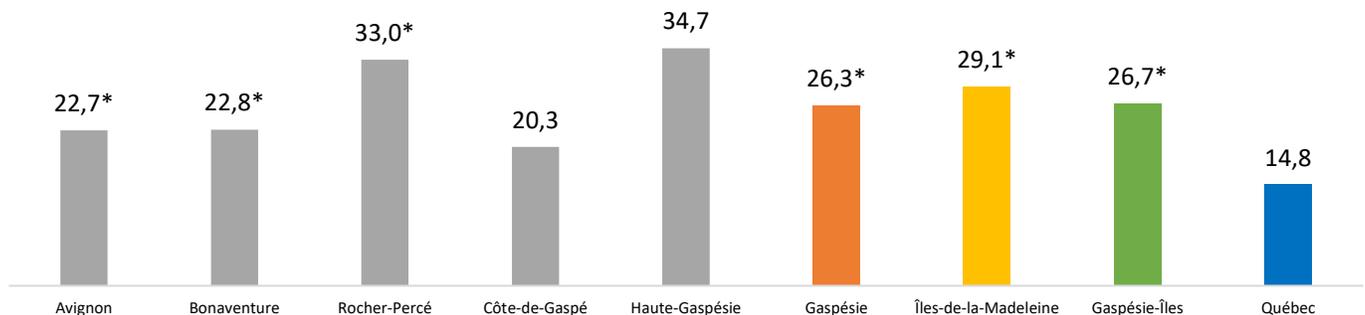
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, compilation spéciale, adaptée par l'Institut de la statistique du Québec.

Évolution entre 1990 et 2015

Au cours des 25 dernières années, la scolarité n'a cessé de s'améliorer en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec. Alors que 57 % de la population régionale de 25 à 64 ans n'avait pas de DES en 1990, cette proportion a perdu 30 points de pourcentage pour se situer à 27 % en 2015. La proportion à détenir un grade, certificat ou diplôme universitaire a, pour sa part, fait un bond de 10 points en passant de 6,1 % à 16 % entre 1990 et 2015 (résultats non illustrés).

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 25 à 64 ans sans diplôme d'études secondaires selon la MRC de résidence, 2011



*Taux global de non-réponse à l'ENM entre 25 et 50 %, donnée à interpréter avec prudence. Plus la non-réponse est élevée, plus la probabilité d'un biais est élevée.

Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur les ménages 2011*, compilation spéciale, adaptée par l'Institut de la statistique du Québec.

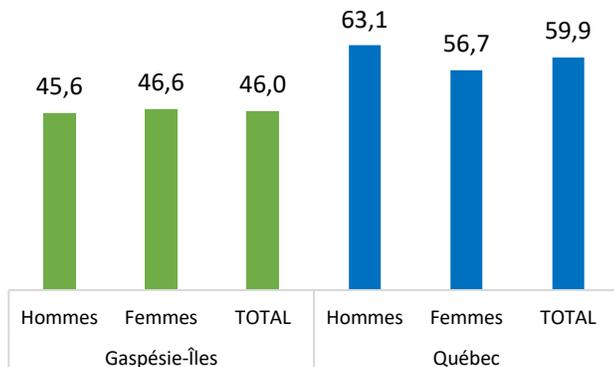
Le taux d'emploi

En 2015, **46 %** de la population de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine occupe un emploi.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Avec un taux d'emploi de 46 %, la situation de l'emploi en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est clairement moins favorable que celle du Québec (figure 3). D'ailleurs, de toutes les régions du Québec, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est celle qui obtient le plus faible taux d'emploi en 2015. Ce taux d'emploi enregistré dans la région en 2015 signifie qu'environ 35 900 personnes sont occupées ou en emploi (Institut de la statistique du Québec, 2016). Plus précisément, 39 % de la population de 15 ans et plus dans la région occupe un emploi à temps plein (48 % au Québec) et 7,4 % ont un emploi à temps partiel (12 % au Québec) (résultats non illustrés).

Figure 3 : Taux d'emploi (en %) chez la population de 15 ans et plus, 2015



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, données extraites du site de l'Institut de la statistique du Québec.

Groupes avec le plus faible taux d'emploi

Avec des taux d'emploi respectifs de 46 % et 47 %, les hommes et les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne se distinguent pas eu égard au taux d'emploi en 2015 (figure 3). Par contre, les Québécoises affichent un taux d'emploi inférieur à celui des Québécois (57 % contre 63 %). Puis comme l'illustre la figure 4, c'est dans le Rocher-Percé et La Haute-Gaspésie que les taux d'emploi sont les plus faibles, alors que La Côte-de-Gaspé et les Îles-de-la-Madeleine obtiennent les taux les plus élevés de la région.

Évolution entre 2005 et 2015

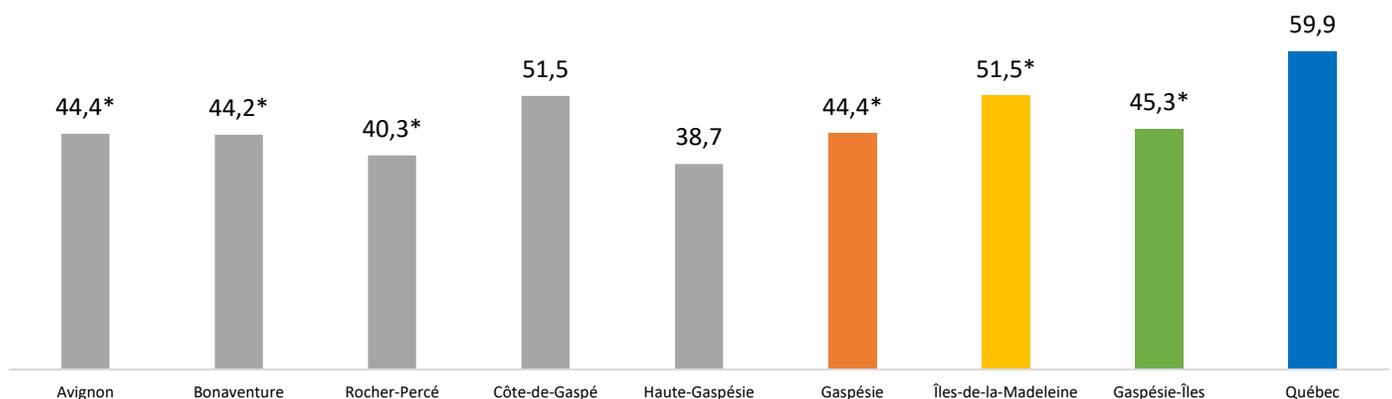
En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le taux d'emploi a augmenté de 42 % à 46 % entre 2005 et 2010. Depuis, il a légèrement fluctué, mais la hausse ne s'est pas poursuivie. Au Québec, le taux d'emploi s'est maintenu autour de 60-61 % entre 2005 et 2015 (résultats non illustrés).

Le taux d'emploi

Le taux d'emploi correspond au nombre de personnes de 15 ans et plus occupées (en emploi) sur le nombre total de personnes de 15 ans et plus (MTESS, 2016).

$$\text{Taux d'emploi} = \frac{\text{Personnes occupées}}{\text{Population de 15 ans et plus}} \times 100$$

Figure 4 : Taux d'emploi (en %) chez la population de 15 ans et plus selon la MRC de résidence pour Avignon et Bonaventure et le RLS pour les autres territoires locaux, 2011



*Taux global de non-réponse à l'ENM entre 25 et 50 %, donnée à interpréter avec prudence. Plus la non-réponse est élevée, plus la probabilité d'un biais est élevée.
Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur les ménages 2011*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Le taux de chômage

En 2015, **15 %** de la population active en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est en chômage.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2015, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre un taux de chômage de 15 %, le double de celui du Québec (figure 5) et le plus élevé de toutes les régions du Québec. Ce taux régional correspond à environ 6 200 chômeurs au sein de la population active en 2015 (Institut de la statistique du Québec, 2016). En dépit des variations relativement importantes de cet indicateur entre les territoires locaux de la région, ces derniers affichent tous un taux de chômage supérieur à celui de la province en 2011.

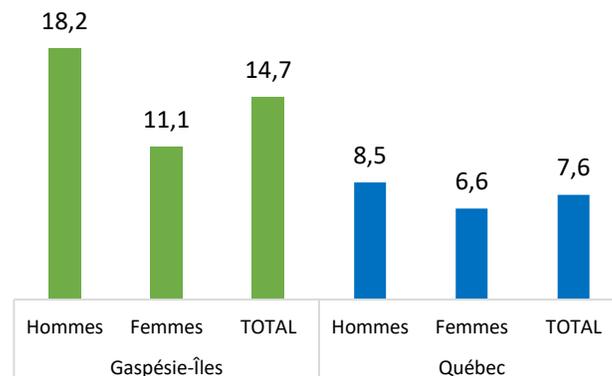
Groupes avec le plus haut taux de chômage

De manière générale en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les hommes ont un taux de chômage plus élevé que celui des femmes et c'est encore le cas en 2015 (18 % contre 11 %) (figure 5). De plus, La Haute-Gaspésie ressort encore du lot avec un taux de chômage de 19 % en 2011, ainsi que la MRC d'Avignon avec un taux de 20 % (figure 6).

Évolution entre 2005 et 2015

Entre 2005 et 2012, le taux de chômage en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine s'est incliné de 18 % à 13 %. En 2013, il remontait à 16 % pour se maintenir à ce niveau l'année suivante et diminuer de nouveau en 2015 (15 %).

Figure 5 : Taux de chômage (en %) chez la population active de 15 ans et plus, 2015



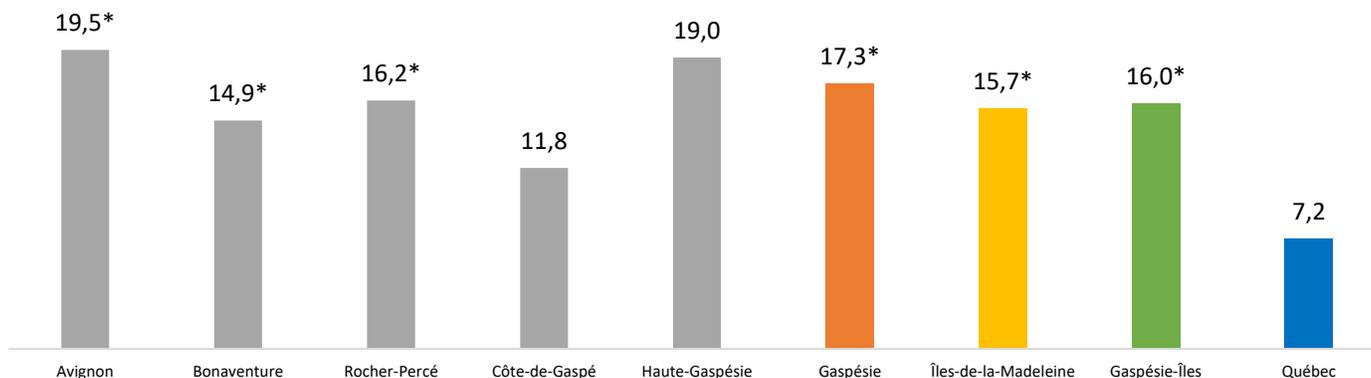
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, données extraites du site de l'Institut de la statistique du Québec.

Le taux de chômage

Le taux de chômage correspond au nombre de chômeurs de 15 ans et plus sur le nombre de personnes actives de 15 ans et plus (chômeurs et personnes occupées). Les chômeurs sont des « personnes qui étaient prêtes à travailler et qui, au cours des quatre dernières semaines, ont activement cherché du travail, ont été mises à pied temporairement ou n'ont pas cherché activement un emploi, mais devaient commencer un nouvel emploi ». (MTESS, 2016) Selon cette définition, les chômeurs ne sont pas tous des prestataires de l'assurance-emploi.

$$\text{Taux de chômage} = \frac{\text{Chômeurs}}{\text{Population active de 15 ans et plus}} \times 100$$

Figure 6 : Taux de chômage (en %) chez la population active de 15 ans et plus selon la MRC de résidence pour Avignon et Bonaventure et le RLS pour les autres territoires locaux, 2011



*Taux global de non-réponse à l'ENM entre 25 et 50 %, donnée à interpréter avec prudence. Plus la non-réponse est élevée, plus la probabilité d'un biais est élevée.
Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur les ménages 2011*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Le taux d'inactivité

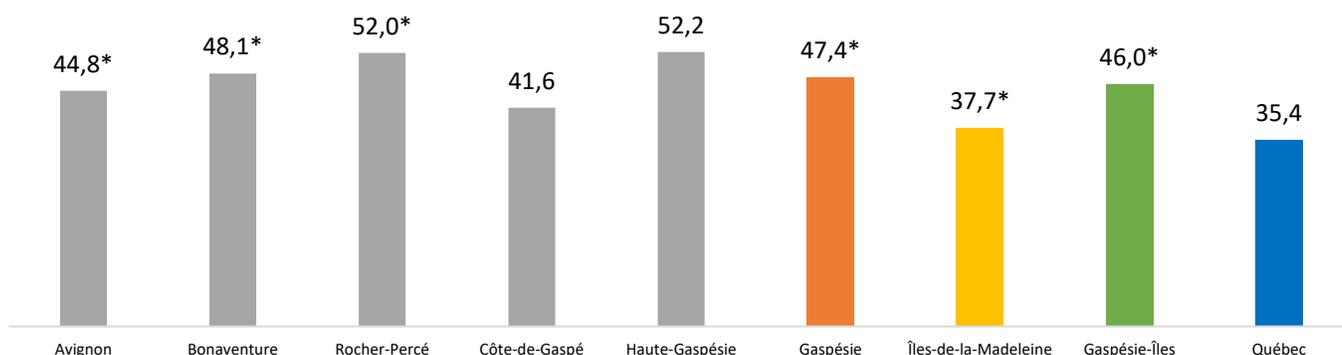
En 2015, **46 %** de la population de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est inactive, c'est-à-dire des personnes qui ne sont ni au travail ni en chômage.

Il est généralement d'usage de parler du taux d'activité, mais nous avons fait le choix d'utiliser le complément de cet indicateur pour illustrer une partie importante de la population de 15 ans et plus de notre région qui n'est ni au travail ni en chômage. Ces personnes inactives, qui sont en âge de travailler et qui ne vivent pas en institution ou dans une réserve, sont soit retraitées, non disposées à travailler, non activement à la recherche d'un emploi ou encore, des personnes dites « découragées » qui voudraient travailler, mais qui n'ont pas cherché de travail parce qu'elles ne pensent pas avoir de chance d'en trouver un convenable (MTESS, 2016). Les personnes prestataires de l'assistance sociale, que nous voyons à la page suivante, font partie de la population inactive.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

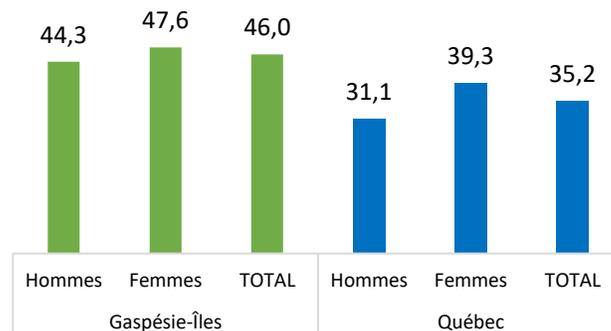
En 2015, le taux d'inactivité enregistré dans la région est nettement supérieur à celui du Québec (46 % contre 35 %) (figure 7). Avec le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est la région du Québec avec le plus fort taux d'inactivité en 2015 (Institut de la statistique du Québec, 2016). En fait, on estime que 35 900 personnes de 15 ans et plus sont inactives dans la région, si bien que la péninsule et l'archipel comptent autant de personnes inactives qu'occupées. Cela dit, le taux d'inactivité n'est pas disponible selon l'âge, mais sans doute qu'une partie de l'écart que nous observons avec le Québec est attribuable au fait que notre population est plus vieille que celle du Québec.

Figure 8 : Taux d'inactivité (en %) chez la population de 15 ans et plus selon la MRC de résidence pour Avignon et Bonaventure et le RLS pour les autres territoires locaux, 2011



*Taux global de non-réponse à l'ENM entre 25 et 50 %, donnée à interpréter avec prudence. Plus la non-réponse est élevée, plus la probabilité d'un biais est élevée.
Source : Statistique Canada, *Enquête nationale sur les ménages 2011*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 7 : Taux d'inactivité (en %) chez la population de 15 ans et plus, 2015



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la population active*, données extraites du site de l'Institut de la statistique du Québec.

Groupes avec le plus haut taux d'inactivité

En 2015, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir d'emploi ou à être en chômage, et ce, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec (figure 7). Les territoires locaux présentent aussi des différences entre eux, ceux du Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie se démarquant en affichant les plus forts taux d'inactivité en 2011 (figure 8).

Évolution entre 2005 et 2015

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le taux d'inactivité a légèrement diminué entre 2005 et 2010 en passant de 49 % à 46 %. Depuis, il a connu quelques variations sans que la baisse se poursuive. Au Québec, le taux d'inactivité est resté stable durant la période (résultats non illustrés).

Le taux d'assistance sociale

En mars 2016, **9,1 %** de la population de moins de 65 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est prestataire d'assistance sociale.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En mars, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine obtient un taux d'assistance sociale supérieur à celui du Québec (9,1 % contre 6,4 %). Ce taux régional correspond à plus de 6 370 personnes, dont 950 ont 20 ans ou moins, vivant dans environ 4 760 ménages. Précisons que la prestation moyenne versée aux ménages gaspésiens et madelinots est de 792,14 \$ par mois (MTESS, mars 2016). Comme on peut le lire au tableau 1, ce constat en défaveur de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine par rapport au Québec est vrai chez les hommes et chez les femmes ainsi que chez les jeunes de 0-20 ans et les adultes. De même, outre les Îles-de-la-Madeleine qui ont un taux d'assistance sociale inférieur à celui du Québec en mars 2016, tous les autres territoires locaux de la région obtiennent un taux supérieur (figure 9). Ajoutons qu'en mars 2016, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est, de toutes les régions du Québec, celle qui obtient le plus fort taux d'assistance sociale (résultats non illustrés).

Groupes avec le plus haut taux d'assistance sociale

Toutes proportions gardées, les hommes sont plus nombreux que les femmes à recevoir des prestations d'aide sociale, et ce, dans la région comme au Québec (tableau 1). Le taux d'assistance sociale chez les adultes est plus élevé que celui des enfants (9,6 % contre 5,9 %), les adultes de plus de 50 ans affichant les taux d'assistance sociale les plus élevés (10 % chez les 50-54 ans et 11 % chez les 55-64 ans de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) (résultats non illustrés). Enfin, la figure 9 illustre les taux particulièrement élevés d'assistance sociale dans les RLS de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie.

Mentionnons par ailleurs que parmi l'ensemble des prestataires d'assistance sociale en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 35 % sont chambreurs ou pensionnaires, 33 % sont locataires et 16 % résident dans un HLM ou une coopérative. De plus, 62 % des prestataires vivent seuls et 16 % vivent dans une famille monoparentale, les autres étant en couple (avec enfants pour 11 % et sans enfant pour 11 %). Pour ce qui est plus précisément des adultes prestataires, au nombre de 5 240 en mars 2016 dans la région, 63 % n'ont pas de diplôme d'études secondaires. Enfin, près de 70 % des adultes de la région qui étaient prestataires d'assistance sociale en mars 2016 cumulent dix années et plus de prestations de ce soutien financier de dernier recours.

Évolution depuis mars 2006

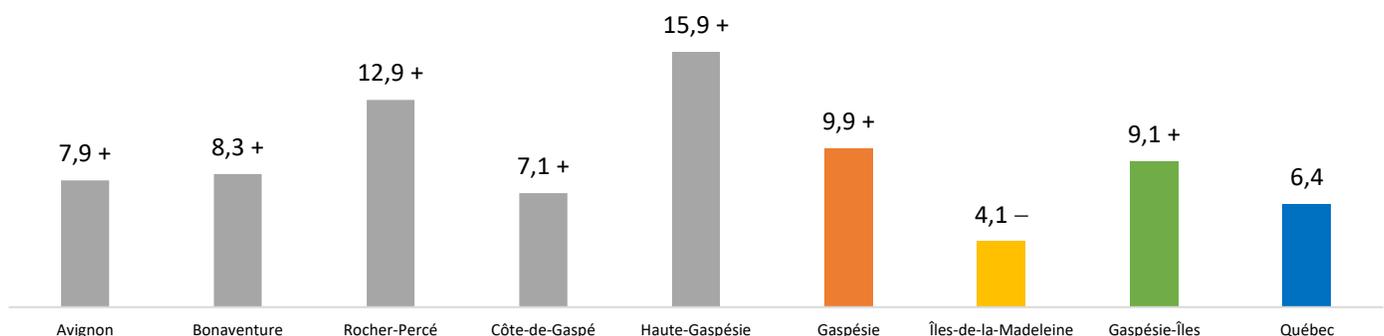
En mars 2006, le taux d'assistance sociale en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine était de 11,8 %. Depuis, il a diminué progressivement et se situe maintenant à 9,1 %. Le taux du Québec est pour sa part passé de 7,7 % en mars 2006 à 6,4 % en mars 2016 (résultats non illustrés).

Tableau 1 : Taux d'assistance sociale (en %), population de moins de 65 ans selon le sexe et l'âge des prestataires, mars 2016

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	9,7+	6,7
Femmes	8,5+	6,1
Jeunes 0-20 ans	5,9+	4,9
< 5 ans	7,4+	5,7
5-11 ans	7,1+	5,6
12-17 ans	5,8	5,2
18-20 ans	1,6	1,8
Adultes 20-64 ans	9,6+	6,6
TOTAL	9,1+	6,4

Note : Les données sur les jeunes et les adultes à l'Infocentre ne sont pas exclusives, les personnes de 20 ans apparaissant dans les deux catégories. Source : 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.

Figure 9 : Taux d'assistance sociale (en %) chez la population de moins de 65 ans, selon la MRC de résidence pour Avignon et Bonaventure et le RLS pour les autres territoires locaux, mars 2016



Source : 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.

Le revenu disponible par habitant

En 2014, les habitants de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont un revenu annuel moyen disponible de **23 324 \$**.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014, les résidents de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine disposent, en moyenne, de 23 324 \$ chacun pour la consommation et l'épargne. C'est 11 % de moins que le revenu disponible des habitants du Québec (26 046 \$) (figure 10). Après le Bas-Saint-Laurent où le revenu disponible par habitant est de 23 317 \$ en 2014, c'est en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine que le revenu disponible est le plus faible. Cette situation défavorable de la région s'expliquerait, en bonne partie, par le fait que le taux d'emploi, la rémunération des salariés et les revenus de placements sont largement plus bas en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine que dans le reste du Québec (Ladouceur, 2016). À titre indicatif, les résidents du Québec ont reçu en moyenne 5 890 \$ en transferts gouvernementaux en 2014, les principaux transferts provenant des prestations de la Régie des rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, de l'assurance-emploi, de l'aide sociale et des allocations familiales. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, cette moyenne est de 8 800 \$ en 2014, la plus élevée de tout le Québec. Cette forte dépendance économique de la région est surtout attribuable au haut taux de chômage et au nombre d'ainés relativement élevé (Ladouceur, 2016).

Groupes disposant des plus faibles revenus

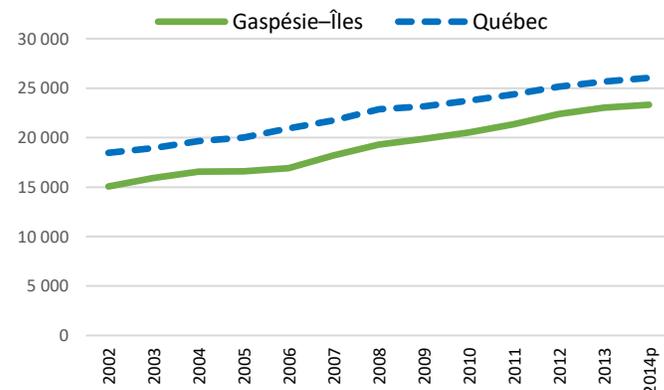
En 2014, l'ISQ n'a pas publié de données sur le revenu selon le sexe. Nous savons toutefois que traditionnellement, le revenu des femmes au Québec est moindre que celui des hommes, et c'est encore le cas aujourd'hui (Revenu Québec, 2015).

Évolution entre 2002 et 2014

Entre 2002 et 2014, le revenu disponible par habitant dans la région est passé de 15 063 \$ à 23 324 \$, une hausse de 8 261 \$ ou de 55 %. La progression au Québec a été plus modeste (gain de 7 580 \$ en 12 ans). Ainsi, comme l'illustre la figure 11, l'écart

de revenu entre la région et le Québec s'est amoindri durant la période, tant de manière absolue (écart de 2 720 \$ en 2014 contre 3 400 \$ en 2002) que relative (11 % en 2014 contre 18 % en 2002).

Figure 11 : Revenu disponible par habitant (en dollars courants)



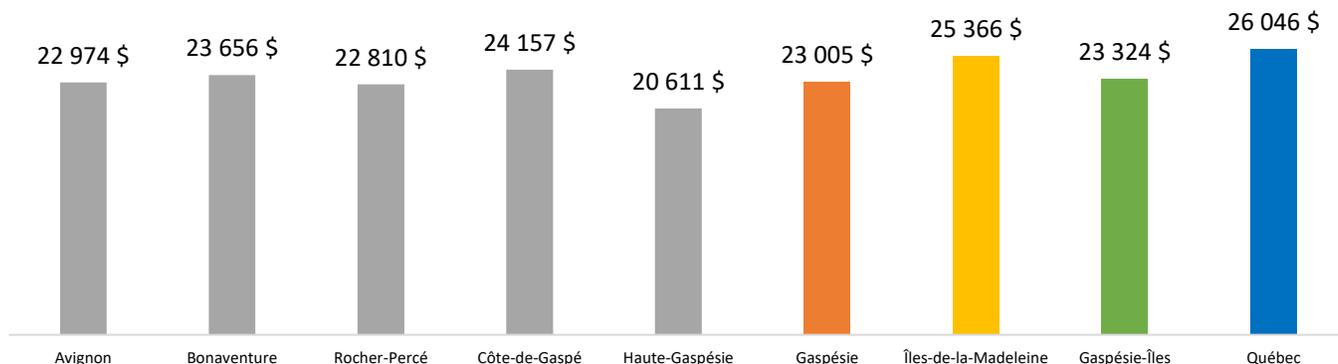
Source : Institut de la statistique du Québec.

Le revenu disponible par habitant

Le revenu disponible est le montant qui reste à la disposition des personnes pour la consommation des biens et des services et pour l'épargne. « Il correspond à la somme de tous les revenus reçus par les résidents d'un territoire donné [salaires, transferts gouvernementaux, etc.], moins les transferts courants versés par ceux-ci à certains secteurs institutionnels, dont les administrations publiques (ex. : impôts, cotisations aux régimes d'assurances sociales) et les sociétés financières (ex. : cotisations à un régime de retraite à prestations déterminées) » (Ladouceur, 2016, page 1).

$$\text{Revenu disp. par hab.} = \frac{\text{Revenu disponible pour un territoire donné}}{\text{Population totale de ce territoire}}$$

Figure 10 : Revenu annuel moyen disponible par habitant (en dollars courants) selon la MRC de résidence, 2014p



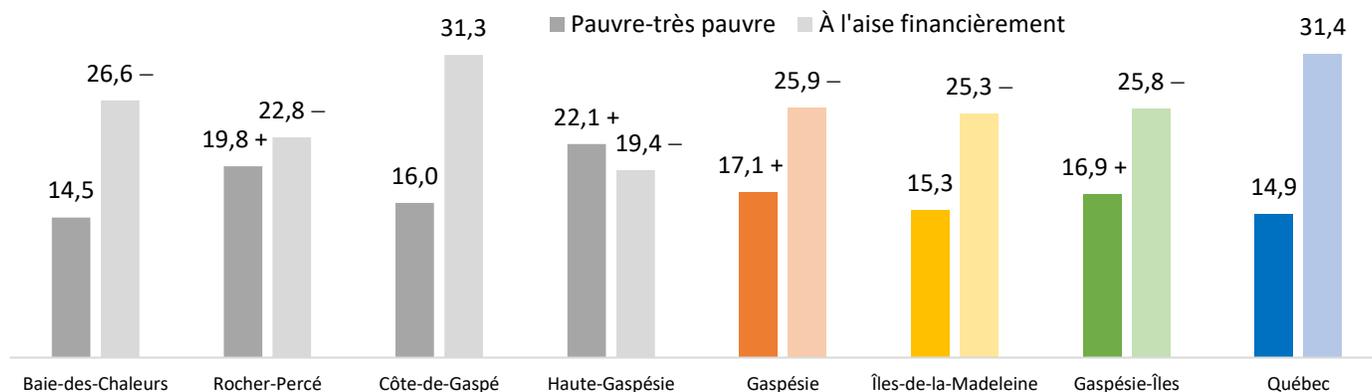
p : Donnée provisoire.

Source : Institut de la statistique du Québec.

En 2014-2015, **17 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se considère pauvre ou très pauvre et à l’opposé, 26 % se jugent à l’aise financièrement.

« Les indicateurs de pauvreté fondés sur une approche subjective permettent de tenir compte d’éléments complémentaires à la seule mesure du revenu tels que l’endettement, l’entraide, le troc, le travail au noir et l’évasion fiscale. » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus se percevant pauvre ou très pauvre, et proportion (en %) se percevant à l’aise financièrement, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l’*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population régionale a une perception plus négative de sa situation financière que celle du Québec. Cela se traduit par une moins grande proportion de personnes se considérant à l’aise financièrement (26 % contre 31 % au Québec) et à l’opposé, par une plus forte proportion se percevant pauvre ou très pauvre (17 % contre 15 %) (figure 1). Ce constat en défaveur de la région en 2014-2015 s’observe de manière générale chez les deux sexes, dans tous les groupes d’âge à partir de 45 ans et peu importe le territoire de résidence, à l’exception seulement de celui de La Côte-de-Gaspé (figure 1 et tableau 1). Précisons que les hommes de la région ne sont pas plus enclins que les Québécois à se percevoir pauvres ou très pauvres (tableau 1), ils sont néanmoins moins nombreux à se considérer à l’aise financièrement (26 % contre 33 %) si bien que globalement, la perception qu’ils ont de leur situation financière est plus négative que celle des Québécois.

Groupes percevant plus négativement leur situation financière

Les personnes vivant dans des ménages à faible revenu sont plus nombreuses en proportion que les autres personnes à juger négativement leur situation financière (tableau 1). De plus, 26 % des personnes seules et 25 % de celles vivant dans des familles monoparentales se considèrent pauvres ou très

pauvres, une proportion qui est de 11 % chez les couples avec enfants et de 15 % chez les couples sans enfant. De plus, 24 % des personnes sans DES se perçoivent pauvres ou très pauvres, une proportion qui diminue graduellement avec l’avancement de la scolarité pour se situer à 6,9 %** chez les personnes qui détiennent un diplôme universitaire (résultats non illustrés).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus se percevant pauvre ou très pauvre, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	16,1	14,6
Femmes	17,6+	15,2
Groupe d’âge		
15-24 ans	11,5*	14,7
25-44 ans	16,0	14,8
45-64 ans	17,3	15,8
65 ans et plus	19,4+	13,5
Langue parlée à la maison		
Français	16,8	14,7
Anglais	18,2*	14,3
Revenu du ménage†		
Faible revenu	36,2	37,7
Autres ménages	9,0	8,0
TOTAL	16,9+	14,9

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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, données extraites de l’Infocentre de santé publique.

La durée de la situation de pauvreté

En 2014-2015, **34 %** des personnes qui se perçoivent pauvres ou très pauvres en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vivent cette situation depuis 10 ans ou plus.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En général, la durée de la situation de pauvreté est plus longue en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec. Ce constat régional illustré à la figure 2 s'observe tant pour la Gaspésie que pour les Îles-de-la-Madeleine et le Rocher-Percé (figure 3).

Figure 2 : Répartition (en %) des personnes se percevant pauvres ou très pauvres selon la durée depuis laquelle elles vivent cette situation, 2014-2015

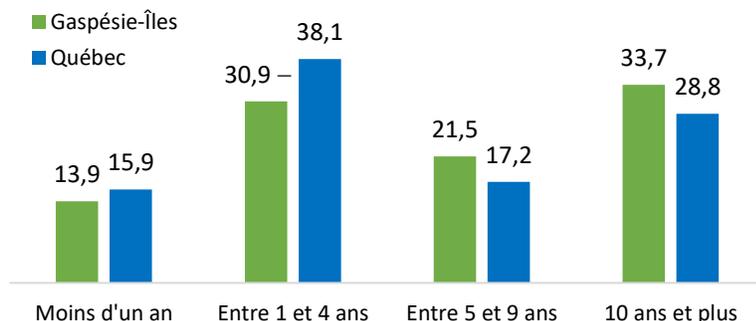
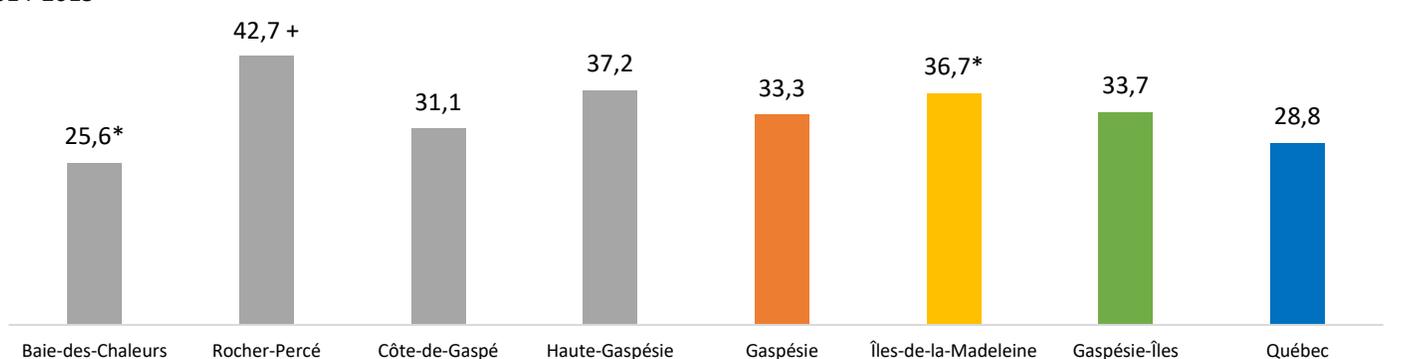


Figure 3 : Proportion (en %) des personnes se percevant pauvres ou très pauvres qui vivent cette situation depuis 10 ans ou plus, 2014-2015



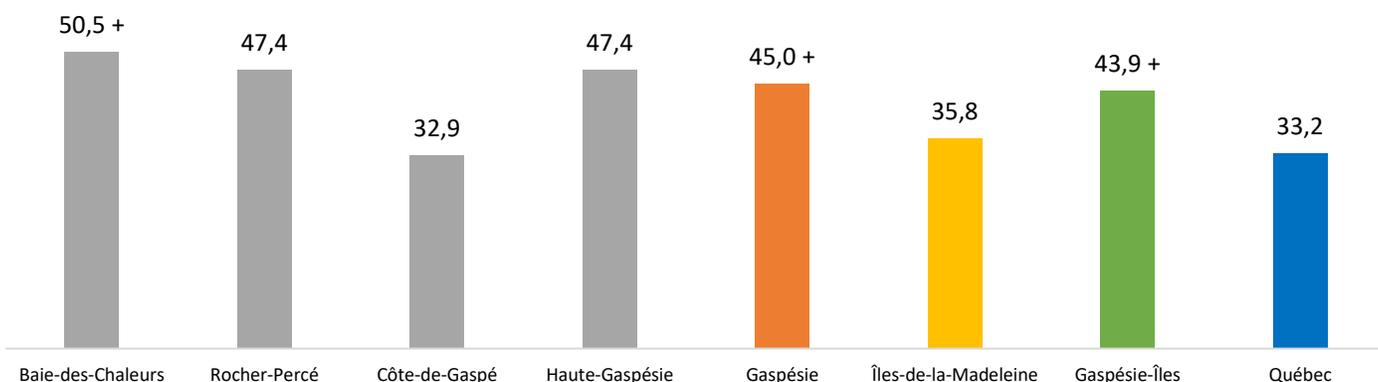
Les perspectives d'amélioration de la situation financière

En 2014-2015, **44 %** des personnes qui se perçoivent pauvres ou très pauvres ne croient pas que leur situation va changer, certaines pensent même qu'elle va empirer.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Les personnes se percevant pauvres ou très pauvres dans la région ont moins d'espoir que leur situation financière s'améliore que celles du Québec. Cette perspective plus pessimiste est relativement répandue dans la région, sauf aux Îles-de-la-Madeleine et dans La Côte-de-Gaspé, deux territoires qui ne se différencient pas du Québec (figure 4).

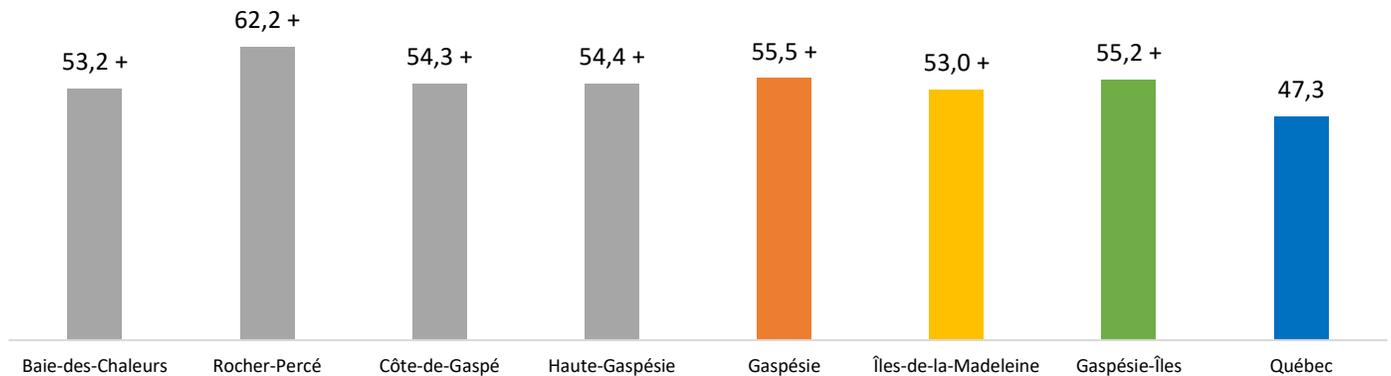
Figure 4 : Proportion (en %) des personnes se percevant pauvres ou très pauvres qui ne croient pas que leur situation va changer ou qui croient qu'elle va empirer, 2014-2015



En 2014-2015, **55 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est très satisfaite de sa vie sociale.

La satisfaction de sa vie sociale mesure l'appréciation que font les gens de leurs relations avec les gens qui les entourent (parents, amis, connaissances). Il s'agit d'une des dimensions de l'indice de *soutien social* élaboré dans les années 90 par Santé Québec, les deux autres dimensions étant la participation ou l'intégration sociale et la taille du réseau de soutien (Julien, Julien et Lafontaine, 2000) (tiré de la Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus très satisfaite de sa vie sociale, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la satisfaction face à la vie sociale est plus grande en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec, et ce, peu importe le sexe, le groupe d'âge et le territoire local de résidence (figure 1 et tableau 1). Ce même résultat avait été obtenu en 2008 (Dubé et Parent, 2011).

Groupes plus satisfaits de leur vie sociale

Les hommes et les femmes ne se différencient pas sur ce point. Toutefois, la proportion très satisfaite de cet aspect de la vie est plus élevée chez les jeunes et les aînés que chez les 25-44 ans et 45-64 ans (tableau 1). Bien que la proportion à être très satisfaite de sa vie sociale ne varie pas selon le revenu du ménage, les personnes vivant dans des ménages à faible revenu sont plus nombreuses, en proportion, que les autres à être *insatisfaites* de leur vie sociale (8,6 % contre 4,2 %) (résultats non illustrés).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

En 2008, 54 % de la population régionale de 15 ans et plus était très satisfaite de sa vie sociale. En 2014-2015, cette proportion est plus élevée avec 60 % (donnée comparable à 2008 obtenue

par téléphone). Le Québec a aussi connu une amélioration, la proportion de personnes très satisfaites de cet aspect de leur vie passant de 47 % à 51 % entre les deux enquêtes.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus très satisfaite de sa vie sociale, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	54,6+	46,6
Femmes	55,7+	48,0
Groupe d'âge†		
15-24 ans	62,1+	47,7
25-44 ans	49,7+	42,0
45-64 ans	52,4+	46,1
65 ans et plus	62,0	58,1
Langue parlée à la maison†		
Français	56,0	44,7
Anglais	42,9	45,6
Revenu du ménage		
Faible revenu	56,9	45,9
Autres ménages	54,5	47,7
TOTAL	55,2+	47,3

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.
+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2008 et 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

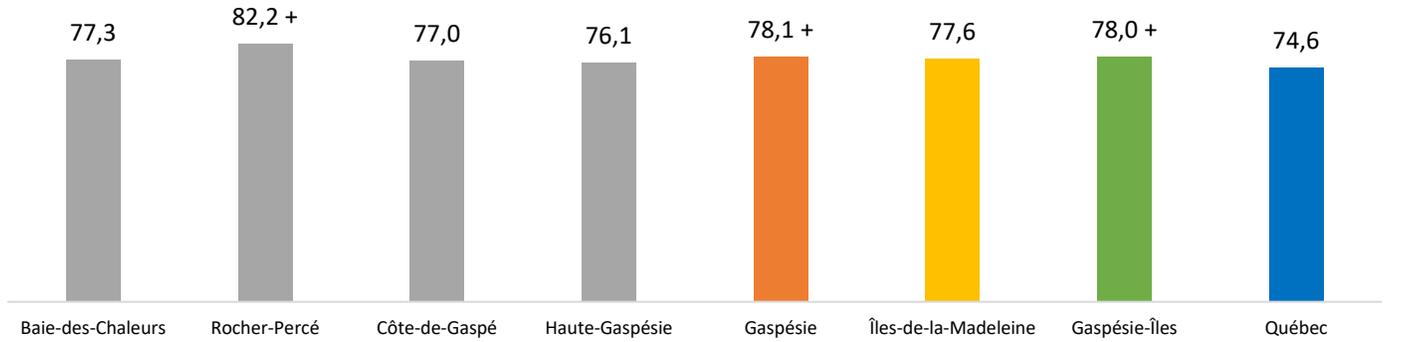
Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé

Le brossage de dents

En 2014-2015, **78 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se brosse les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour.

« Les experts s'entendent pour dire que, par son effet sur la plaque dentaire, une fréquence biquotidienne de brossage des dents serait suffisante pour prévenir les gingivites (Davies, Davies, Ellwood et Kay, 2003; Lewis et Ismail, 1995). [...] une fréquence de brossage biquotidienne avec un dentifrice fluoré permettrait de réduire significativement l'incidence de la carie dentaire (Davies, Davies, Ellwood et Kay, 2003; Marinho, Higgins, Sheiham et Logan, 2003; Lewis et Ismail, 1995). » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus se brossant habituellement les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population régionale est plus nombreuse en proportion que celle du Québec à se brosser les dents au moins deux fois par jour (78 % contre 75 %) (figure 1). Ce constat en faveur de la région tend à s'observer dans tous les territoires, mais la différence avec le Québec n'est significative qu'à Rocher-Percé et en Gaspésie. Le tableau 1 montre que tant les femmes que les hommes se différencient positivement du Québec, de même que les gens de 25-44 ans et de 45-64 ans. Des résultats semblables avaient été obtenus en 2008 (Dubé et Parent, 2011), de même que chez les élèves du secondaire en 2010-2011 (Dubé et Parent, 2013).

Groupes n'ayant pas intégré cette habitude

L'habitude de se brosser les dents deux fois par jour est moins répandue chez les hommes, les anglophones de même que chez les personnes vivant dans des ménages à faible revenu. L'adoption de cette habitude diminue aussi avec l'avancement en âge, les aînés étant les moins nombreux à se brosser habituellement les dents deux fois par jour (tableau 1). De plus, les fumeurs sont moins nombreux, en proportion, que les anciens fumeurs ou les non-fumeurs à se brosser les dents selon les recommandations (73 % contre 79 %), de même que les personnes consommant des boissons sucrées tous les jours (résultats non illustrés).

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

En 2008, 84 % de la population régionale se brossait les dents au moins deux fois par jour. En 2014-2015, cette proportion est un peu plus faible avec 81 % (donnée comparable à 2008 obtenue par téléphone). Au Québec, la proportion n'a pas connu de variation entre les deux enquêtes.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus se brossant habituellement les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	68,3+	65,2
Femmes	87,4+	83,2
Groupe d'âge†		
15-24 ans	83,3	79,0
25-44 ans	83,2+	77,5
45-64 ans	78,3+	73,5
65 ans et plus	70,2	68,5
Langue parlée à la maison†		
Français	78,5	74,5
Anglais	68,7	75,2
Revenu du ménage†		
Faible revenu	72,9	69,0
Autres ménages	80,0	76,3
TOTAL	78,0+	74,6

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

¹ Cet indicateur est affecté par le changement de mode de collecte de l'EQSP entre 2008 et 2014-2015. Les comparaisons avec 2008 sont faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de 2014-2015.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **Source :** Institut de la statistique du Québec, EQSP 2008 et 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

L'usage de la soie dentaire

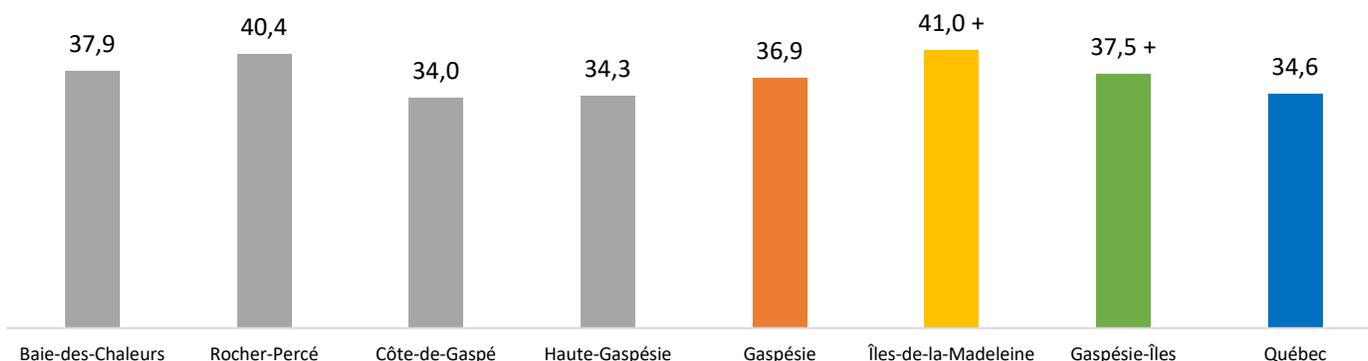
En 2014-2015, **38 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ayant au moins une dent naturelle utilise la soie dentaire tous les jours.

L'objectif du Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 pour les 35-44 ans est atteint

Pour 2012, ce plan visait à augmenter à plus de 32 % la proportion des personnes de 34-44 ans utilisant la soie dentaire tous les jours. Dans la région, cette proportion est de 40 % en 2014-2015 (33 % au Québec).

Il est reconnu que la soie dentaire peut déloger la plaque pathogénique située sur les faces proximales des dents, peu accessibles pour la brosse à dents, et ainsi diminuer les risques de maladies buccodentaires (Hujoel, Cunha-Cruz, Banting et Loesche, 2006). De plus, « le passage de la soie dentaire entre les dents aurait un effet adjuvant bénéfique, en complément au brossage des dents, sur la réduction de la plaque dentaire, et par conséquent, sur les maladies gingivales (Biesbrock et al., 2006; Hague et Carr, 2007; Terézhalmy, Bartizek et Biesbrock, 2008; Walsh et Heckman, 1985) ». (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, page 1)

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire habituellement tous les jours, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'EQSP 2014-2015, la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est plus nombreuse, en proportion, à faire usage de la soie dentaire au moins une fois par jour que celle du Québec (figure 2). Ce même constat avait été posé en 2008 (Dubé et Parent, 2011). La figure 2 illustre que les Îles-de-la-Madeleine contribuent grandement à ce résultat favorable, de même que le Rocher-Percé bien que dans ce dernier cas, la proportion obtenue ne se différencie pas statistiquement de celle du Québec. Puis, comme pour le brossage de dents, tant les femmes que les hommes se différencient favorablement de leurs homologues provinciaux ainsi que le groupe des 25-44 ans (tableau 2). Ajoutons que 45 % de la population régionale utilise la soie dentaire seulement une fois par semaine ou moins (47 % au Québec) (résultats non illustrés).

Groupes n'ayant pas intégré cette habitude

Les hommes ainsi que les plus jeunes sont moins nombreux, en proportion, à avoir intégré cette habitude d'hygiène buccale. En fait, contrairement à la brosse à dents, la soie dentaire gagne en popularité au fur et à mesure que les gens vieillissent (tableau 2). Ajoutons qu'au Québec, environ 31 % des fumeurs utilisent tous les jours la soie dentaire contre environ 36 % des anciens ou des non-fumeurs. Les données régionales ne font toutefois pas ressortir de différences selon le statut de fumeur (résultats non illustrés).

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

En 2008, 35 % de la population régionale utilisait la soie dentaire tous les jours. En 2014-2015, cette proportion est plus élevée avec 42 % (donnée comparable à 2008 obtenue par téléphone). Le Québec a aussi vu une amélioration à cet indicateur, celui-ci passant de 33 % en 2008 à 37 % en 2014-2015.

Tableau 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle qui utilise la soie dentaire habituellement tous les jours, 2014-2015

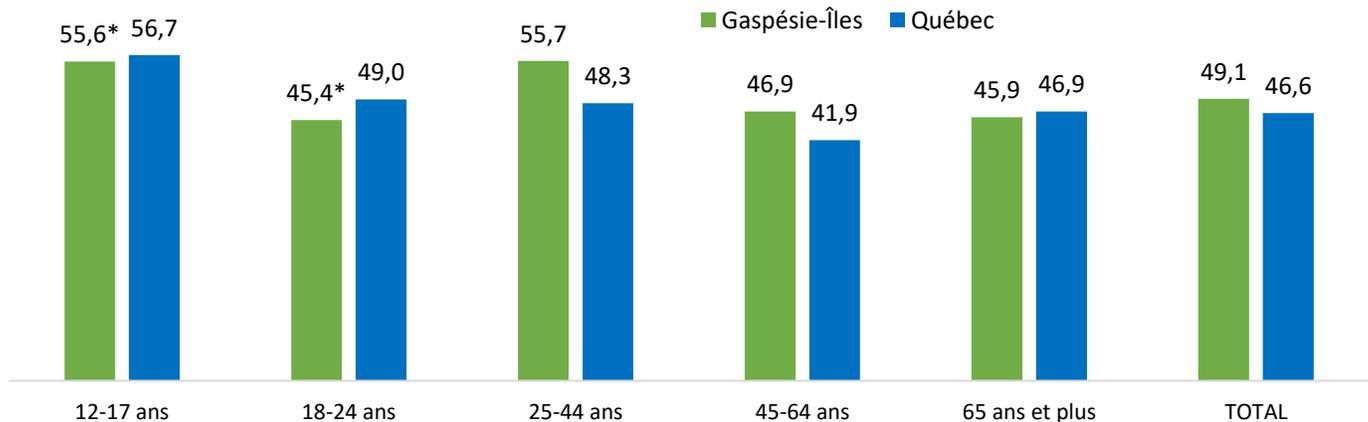
	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	27,3+	28,0
Femmes	47,9+	41,2
Groupe d'âge†		
15-24 ans	25,4	23,2
25-44 ans	35,8+	29,8
45-64 ans	41,5	41,0
65 ans et plus	39,1	43,7
Langue parlée à la maison		
Français	37,7	33,4
Anglais	33,0*	41,7
Revenu du ménage		
Faible revenu	35,7	34,7
Autres ménages	38,0	34,6
TOTAL	37,5+	34,6

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

En 2013-2014, **49 %** de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine consomme au moins 5 fois par jour des fruits et des légumes.

Le *Guide alimentaire canadien* recommande aux filles et aux garçons de 14 à 18 ans de manger respectivement 7 et 8 portions de fruits et légumes par jour. Entre 19 et 50 ans, ce nombre passe à 7-8 portions chez les femmes et à 8-10 chez les hommes. Après cela, 7 portions quotidiennes sont recommandées pour tous. Une consommation suffisante de fruits et légumes diminue le risque de développer diverses maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité. La consommation de fruits et légumes est aussi un bon indice de la qualité générale de l'alimentation des individus (Blanchet avec la collaboration de Trudel et Plante, 2009).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus consommant au moins 5 fois par jour des fruits et des légumes selon le groupe d'âge, 2013-2014



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), la proportion de la population consommant des fruits et des légumes au moins 5 fois par jour ne se différencie pas de celle du Québec (49 % contre 47 %) (figure 1). Comme l'illustre cette figure, ce constat obtenu globalement est vrai, peu importe le groupe d'âge, de même que peu importe le sexe (tableau 1 à la page suivante). Rappelons toutefois qu'en 2010-2011, les élèves du secondaire de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine accusaient un léger retard par rapport aux jeunes québécois quant à la consommation quotidienne de fruits et légumes (Dubé et Parent, 2013).

Groupes n'ayant pas intégré cette habitude

Dans la région comme au Québec, les hommes sont clairement moins nombreux que les femmes, en proportion, à consommer au moins cinq fois des fruits et légumes sur une base quotidienne (tableau 1). Au Québec, l'adoption de cette saine habitude est aussi moins répandue chez les personnes de

45-64 ans (42 %), alors qu'elle l'est davantage chez les jeunes de 12-17 ans (57 %) (figure 1). Les résultats pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ne permettent pas de conclure à une différence selon les groupes d'âge. Quant au revenu du ménage, les données provinciales indiquent que les personnes vivant dans les ménages au revenu inférieur sont désavantagées par rapport aux autres alors qu'au contraire, celles appartenant aux ménages les plus aisés sont avantagées. Bien que non significative statistiquement, une tendance similaire est observée dans la région (tableau 1). Enfin, la consommation de fruits et de légumes est associée à la [perception qu'ont les gens de leur santé](#). Au Québec, la proportion à consommer au moins 5 fois par jour ces aliments est de 35 % chez les personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise et augmente graduellement pour se situer à 53 % chez celles la considérant excellente. En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les pourcentages respectifs sont de 41 % et 55 %, et bien que non significatifs au plan statistique, les résultats vont dans le même sens que ceux du Québec (résultats non illustrés).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 à 2013-2014*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

¹ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus consommant au moins 5 fois par jour des fruits et des légumes, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	42,7	37,3
Femmes	55,1	55,6
Revenu du ménage (échelle régionale)		
Quintile 1 (inférieur)	40,4	40,3
Quintile 2	46,2	44,6
Quintile 3	45,6	47,4
Quintile 4	53,3	47,6
Quintile 5 (supérieur)	59,9	52,9
TOTAL	49,1	46,6

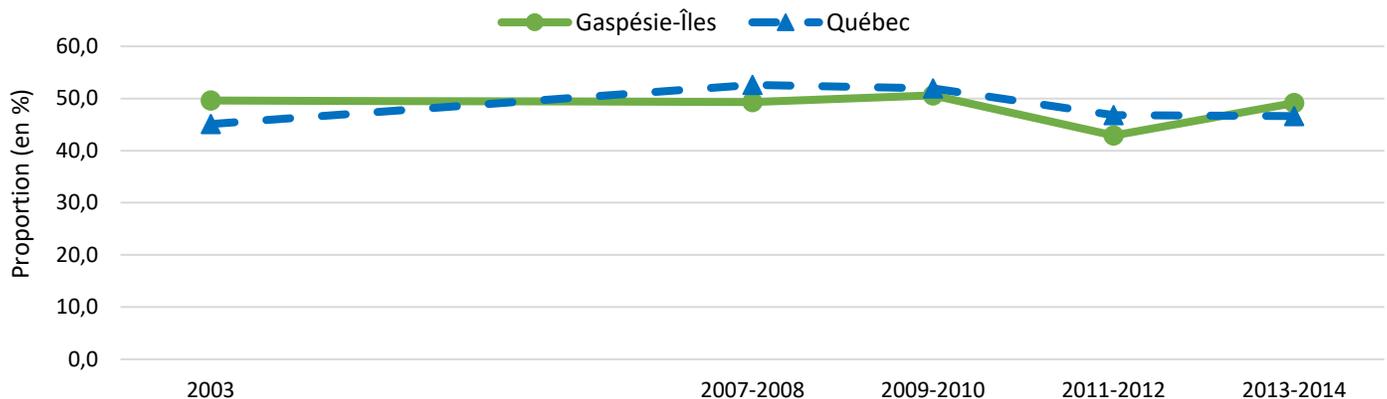
Évolution de la consommation de fruits et légumes

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, la proportion de la population consommant des fruits et des légumes au moins 5 fois par jour a connu quelques variations entre 2003 et 2013-2014 sans toutefois présenter de tendance à la hausse ou à la baisse (figure 2).

Mesure de la consommation de fruits et légumes

« La personne est d'abord invitée à penser à tous les aliments qu'elle mange ou boit sur une base habituelle lors des repas ou des collations, tant à la maison qu'à l'extérieur. Elle doit ensuite déclarer la fréquence de consommation, durant une période choisie (jour, semaine, mois ou année), et ceci pour chacun des six aliments suivants : jus de fruits, fruits, salade verte, pommes de terre, carottes et autres légumes (Statistique Canada, 2005b). L'indice de consommation totale de fruits et légumes est une recodification en deux catégories (moins de 5 fois par jour et 5 fois par jour ou plus) de la fréquence globale compilée et rapportée sur la base d'une journée (Statistique Canada, 2005c). [...] Cet indicateur ne mesure pas la quantité ni les portions consommées, ce qui ne permet pas de déterminer précisément dans quelle mesure les recommandations du Guide alimentaire canadien sont respectées. » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, pages 1-2)

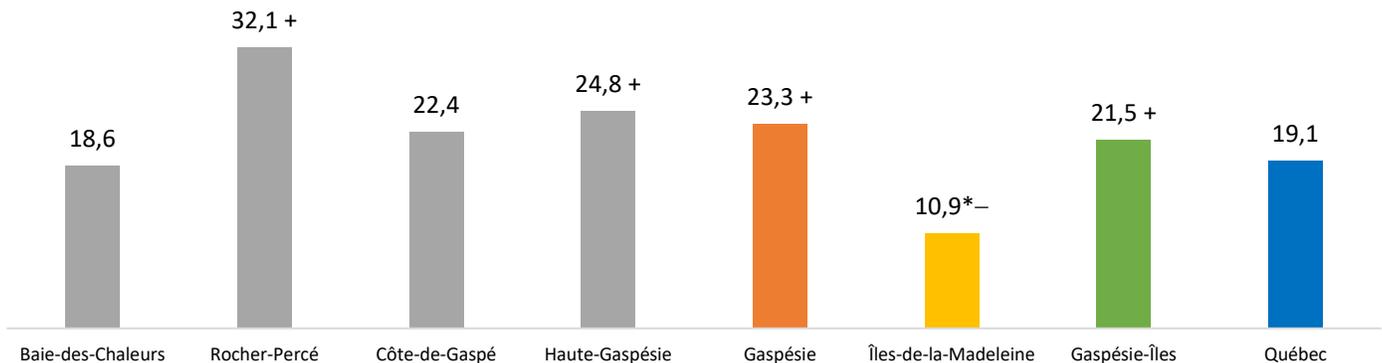
Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus consommant au moins 5 fois par jour des fruits et des légumes, 2003 à 2013-2014



En 2014-2015, **22 %** de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine consomme des boissons sucrées tous les jours.

« Selon certaines études, la consommation d'au moins une boisson sucrée par jour chez les adultes peut accroître de 27 % leur probabilité de devenir obèses, tandis que ce pourcentage atteint 60 % chez les enfants qui consomment une boisson gazeuse par jour (Babey et autres, 2009). La consommation quotidienne de boissons sucrées est également associée au diabète et aux maladies cardiovasculaires (Malik et autres, 2011). Les études épidémiologiques, les données de consommation et le marketing, dont les boissons sucrées font l'objet, justifient d'agir pour prévenir la consommation excessive, d'une part, et inverser les tendances de consommation chez certains groupes de la population, d'autre part. » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 53)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus consommant des boissons sucrées tous les jours, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la proportion de la population régionale à consommer quotidiennement des boissons sucrées est supérieure à celle du Québec (22 % contre 19 %) (figure 1). Cette différence avec le Québec est en bonne partie attribuable à la forte proportion détenue par le Rocher-Percé (32 %) et, dans une moindre mesure, à celle de La Haute-Gaspésie (23 %). L'examen des résultats au tableau 1 montre que seuls les hommes de la région se distinguent de leurs homologues québécois, les femmes affichant des proportions similaires. De même, un écart significatif avec le Québec ne ressort que chez les 25-44 ans. Dans ce groupe d'âge, plus du quart des personnes de la région (27 %) consomme tous les jours des boissons sucrées, alors que cette proportion est de 18 % au Québec (tableau 1).

Rappelons qu'en 2010-2011, la proportion des élèves du secondaire consommant des boissons sucrées sur une base quotidienne était plus élevée dans la région qu'au Québec (29 % contre 25 %) (Dubé et Parent, 2013). Pour en savoir plus sur les habitudes alimentaires des jeunes du secondaire,

consulter le document [Les habitudes alimentaires des élèves du secondaire](#).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus consommant des boissons sucrées tous les jours, 2014-2015

	Gaspésie–Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	28,1+	23,9
Femmes	15,2	14,3
Groupe d'âge†		
15-24 ans	28,2	23,3
25-44 ans	27,1+	17,8
45-64 ans	20,5	19,2
65 ans et plus	15,0	17,7
Langue parlée à la maison		
Français	21,2	20,1
Anglais	27,8*	11,9
Revenu du ménage†		
Faible revenu	28,3	24,6
Autres ménages	18,8	17,4
TOTAL	21,5+	19,1

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes où la proportion de consommateurs de boissons sucrées est la plus élevée

En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes, en proportion, à consommer des boissons sucrées tous les jours (28 % contre 15 %) (tableau 1). La consommation quotidienne de ces produits est à son plus haut niveau chez les 15-24 ans et les 25-44 ans (28 % et 27 % respectivement), puis diminue à 21 % chez les 45-64 ans et à 15 % chez les aînés. Précisons qu'entre 15 et 44 ans, les proportions de consommateurs quotidiens à l'intérieur des groupes d'âge plus fins (15-19 ans, 20-24 ans, 25-34 et 35-44 ans) ne présentent pas de variations importantes et se situent toutes entre 25 % et 31 %. Le revenu du ménage est aussi associé à la consommation des boissons sucrées, les personnes vivant dans des ménages à faible revenu étant plus nombreuses en proportion à en consommer tous les jours que les personnes des autres ménages (28 % contre 19 %) (tableau 1).

Comme le revenu, une faible scolarité est associée à une prévalence plus élevée de consommation quotidienne de boissons sucrées. En effet, on peut lire au tableau 2 que 31 % des personnes sans diplôme d'études secondaires (DES) prennent ces produits sur une base quotidienne, une proportion qui diminue à environ 20 % chez celles qui ont un DES ou un diplôme d'études collégiales, puis à 7,2 % chez celles détenant un diplôme universitaire. Cette habitude alimentaire est également associée à d'autres habitudes de vie, dont le [brossage de dents](#) et la [pratique d'activités physiques](#) (tableau 2). Ainsi, les personnes qui ne se brossent pas les dents au moins 2 fois par jour sont plus susceptibles de consommer tous les jours des boissons sucrées que celles qui rencontrent les recommandations (29 % contre 20 %). Les personnes sédentaires dans leurs loisirs et déplacements sont plus nombreuses, en proportion, que les personnes actives à faire un usage quotidien de ces produits. Enfin, au Québec, la

consommation quotidienne de boissons sucrées est plus répandue chez les personnes souffrant d'obésité que chez celles au poids normal et même que chez celles faisant de l'embonpoint, une tendance bien que non significative aussi observée en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (tableau 2). Pour connaître les données régionales sur le statut pondéral, consulter le document

Évolution entre 2008 et 2014-2015

La consommation de boissons sucrées n'a pas été mesurée lors de l'édition 2008 de l'EQSP.

Tableau 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus consommant des boissons sucrées tous les jours, 2014-2015

	Gaspésie–Îles	Québec
Scolarité†		
Sans DES	30,5	30,7
Avec DES	22,2	23,5
Diplôme d'études collég.	18,2	16,7
Diplôme universitaire	7,2*	9,3
Brossage de dents au moins 2 fois/jour†		
Oui	19,6	16,5
Non	28,5	26,7
Niveau d'activité physique de loisir et de transport†		
Actif	17,2	15,8
Moyennement actif	21,9	15,9
Un peu actif	21,2	19,0
Sédentaire	26,9	24,8
Statut pondéral†		
Poids insuffisant	19,6**	22,0
Poids normal	19,8	16,4
Embonpoint	21,2	19,0
Obésité	25,5	24,8
TOTAL	21,5+	19,1

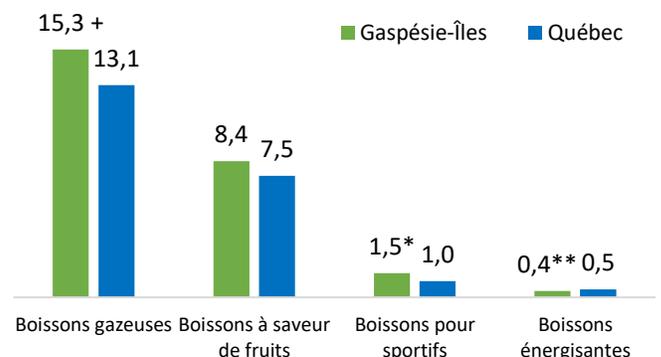
Le type de boisson consommée

En 2014-2015, les boissons gazeuses sont les boissons sucrées les plus populaires auprès de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Avec 15 % de consommateurs quotidiens, les boissons gazeuses sont les boissons les plus fréquemment consommées dans la région, et le sont même davantage qu'au Québec (figure 2). Les boissons énergisantes (ex. : Red Bull, Monster et Red Rave) sont, pour leur part, très rarement consommées tous les jours, et ce, dans la région comme au Québec (0,4 % contre 0,5 %). Toutefois, de 5 à 6 % des hommes de la région et du Québec consomment ce type de boisson au moins une fois par semaine (contre 2 % des femmes), les jeunes hommes de 15-24 ans étant particulièrement nombreux à en faire usage à cette fréquence (18 %* en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et 12 % au Québec) (résultats non illustrés). Notons que cette proportion obtenue par les jeunes hommes de la région doit

être interprétée avec prudence en raison de son imprécision et qu'elle ne se différencie pas de celle des jeunes québécois.

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus consommant des boissons sucrées tous les jours selon le type de boisson, 2014-2015



En 2014-2015, **35 %** de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est active dans ses loisirs et déplacements.

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), 30 % de la population de 15 ans et plus dans la région est active physiquement dans ses loisirs et 11 % le sont moyennement (figure 1), si bien que plus de 4 personnes sur 10 (41 %) atteignent le niveau minimal recommandé. À l'autre bout du spectre, autant de personnes sont sédentaires dans leurs loisirs (42 %), c'est-à-dire qu'elles ne font pas d'activité physique toutes les semaines ou qu'elles n'en font pas du tout. Pour ce qui est de l'activité physique de transport, seulement 8,8 % de la population atteint le niveau supérieur (actif) et à l'opposé, 71 % sont sédentaires. En combinant les deux domaines (loisir et transport), il ressort que 35 % des personnes de 15 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sont actives physiquement et que 11 % le sont moyennement. Ceci signifie que près de la moitié de la population (46 %) atteint le niveau minimal recommandé. Par contre, plus du tiers (34 %) est sédentaire (figure 1).

Exemples pour atteindre le niveau actif

Marcher 30 minutes tous les jours
Faire une randonnée en montagne d'au moins 2 heures toutes les semaines

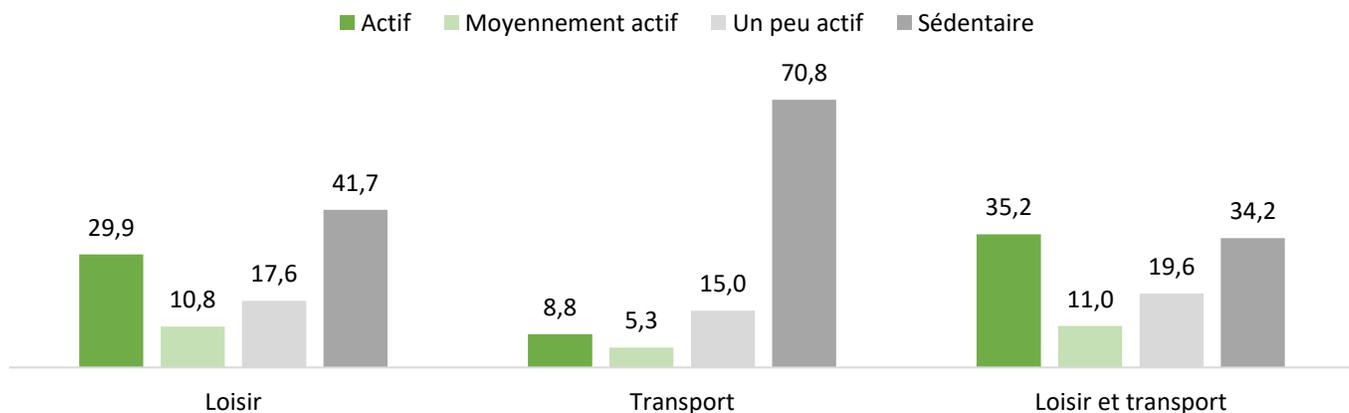
Exemples pour atteindre le niveau moyennement actif

Marcher 15 minutes tous les jours
Jouer au hockey 1 heure toutes les semaines

« La pratique régulière de l'activité physique apporte plusieurs bénéfices pour la santé. Elle est associée, entre autres, à la diminution du risque de maladies cardiovasculaires, d'obésité, d'hypertension, de diabète, de dépression et de certains types de cancers (OMS, 2010). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 37) L'activité physique pratiquée dans les loisirs ou lors des déplacements, comme marcher ou faire du vélo pour se rendre au travail, à l'école ou au magasin, a un potentiel de bénéfices et de changements élevé. Elle est d'ailleurs au cœur des interventions de promotion de saines habitudes de vie depuis plusieurs années (Traoré et autres, 2012) (tiré de Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Pour atteindre le **niveau actif**, la fréquence minimale exigée dans l'EQSP est une fois par semaine. Cette exigence est moindre que dans les enquêtes antérieures où il fallait, pour un adulte, faire de l'activité physique au moins 3 fois par semaine. Selon l'OMS, cette fréquence de 3 fois par semaine demeure préférable pour atteindre les bienfaits pour la santé, mais une activité physique pratiquée à une bonne intensité pendant au moins deux heures peut aussi apporter des bénéfices pour la santé même si elle n'est faite qu'une fois par semaine. « De plus, les nouvelles recommandations de l'OMS (2010) sont venues officialiser les bienfaits associés au niveau moyennement actif et, par le fait même, de faire de ce niveau la nouvelle recommandation minimale (Nolin, 2016). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 37) Comme pour le niveau actif, la fréquence minimale exigée pour atteindre le niveau **moyennement actif** est une fois par semaine. Mais à intensité égale, la durée exigée est deux fois moindre que le niveau actif, ou à durée égale, l'intensité peut être moins élevée.

Figure 1 : Répartition (en %) de la population de 15 ans et plus selon le niveau d'activité physique de loisir et de transport au cours des quatre dernières semaines, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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. Statistique Canada, ESCC. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

La population régionale est moins nombreuse, en proportion, à être active physiquement dans ses loisirs et déplacements que celle du Québec (35 % contre 41 %) (tableau 1) et plus nombreuse par ailleurs à être sédentaire (34 % contre 30 %) (figure 2). Cette différence tend à s'observer chez les deux sexes, à tous les groupes d'âge à partir de 25 ans, mais n'est significative statistiquement que chez les hommes et dans les groupes d'âge 45-64 ans et 65 ans et plus (tableau 1). La figure 2 indique que cet écart défavorable avec le Québec est vrai dans presque tous les territoires, La Haute-Gaspésie se démarquant de manière particulière.

Le moindre niveau d'activité physique dans la population gaspésienne et madelinienne par rapport à celle du Québec est vrai dans les déplacements (8,8 % des personnes de 15 ans et plus dans la région sont actives contre 12 % au Québec), de même que dans les loisirs (30 % contre 33 %) (figure 3). Rappelons qu'en 2010-2011, la proportion des élèves du secondaire actifs dans leurs loisirs et déplacements était moins élevée dans la région qu'au Québec (Dubé et Parent, 2013).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus active physiquement dans ses loisirs et déplacements au cours des quatre dernières semaines, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	35,9-	43,7
Femmes	34,6	38,4
Groupe d'âge†		
15-24 ans	59,0	56,0
25-44 ans	38,0	44,3
45-64 ans	32,8-	37,3
65 ans et plus	25,3-	30,0
Langue parlée à la maison		
Français	35,4	40,9
Anglais	31,7*	45,2
Revenu du ménage†		
Faible revenu	28,1	32,9
Autres ménages	38,0	43,4
TOTAL	35,2-	41,0

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus active physiquement dans ses loisirs et déplacements et proportion (en %) sédentaire au cours des quatre dernières semaines, 2014-2015

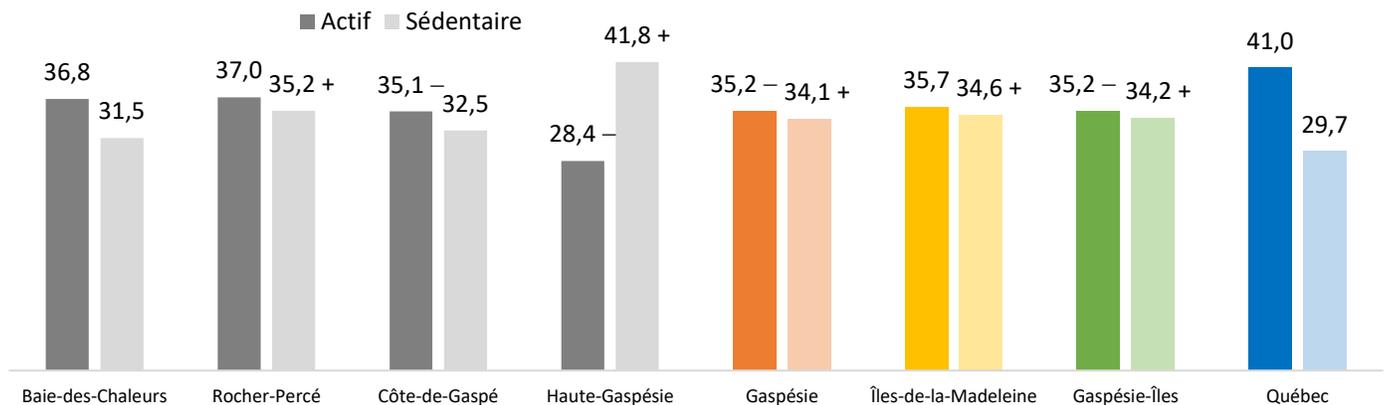
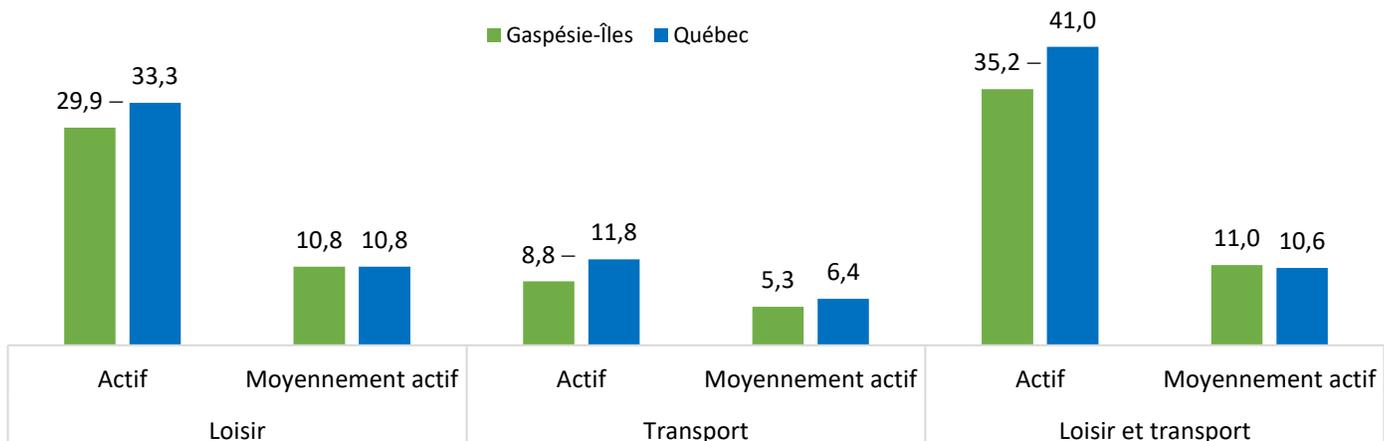


Figure 3 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus active physiquement dans ses loisirs et déplacements au cours des quatre dernières semaines, 2014-2015



Groupes moins actifs physiquement

Au Québec, les femmes sont moins actives physiquement que les hommes, ce qui n'est pas le cas en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine où aucune différence n'apparaît entre les sexes (tableau 1). Toutefois, le niveau d'activité physique de loisir et de transport est clairement associé à l'âge dans la région. Plus on progresse à travers les groupes d'âge, plus la proportion de personnes atteignant le niveau actif diminue (tableau 1), la baisse étant notable entre 20-24 ans et 25-34 ans où la proportion passe de 55 % à 36 %, une chute de près de 20 points de pourcentage. Inversement, la proportion de sédentaires augmente avec l'âge, de 19 %* chez les 15-24 ans, elle grimpe à 44 % chez les aînés (résultats non illustrés). Le revenu du ménage est aussi associé au niveau d'activité physique, les personnes vivant dans des ménages à faible revenu étant moins actives (28 % contre 38 % chez les autres personnes) (tableau 1).

Toujours en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le tableau 2 permet de voir le gradient très net exercé par la scolarité sur le niveau d'activité physique. La proportion d'actifs passe de 25 % chez les personnes sans DES à 34 % chez celles avec un DES, puis à 40 % chez celles détenant un diplôme d'études collégiales pour atteindre 52 % chez les personnes ayant un diplôme universitaire. Les personnes seules sont les moins actives physiquement (28 %) alors que les personnes vivant dans des familles monoparentales ou biparentales le sont davantage avec 38 % et 49 % respectivement. Les personnes souffrant d'obésité sont beaucoup moins actives physiquement (23 %) que les personnes maintenant un poids normal (41 %) ou faisant de l'embonpoint (38 %). Enfin, seulement 23 % des fumeurs quotidiens bougent suffisamment pour atteindre le niveau actif, une proportion qui est de 34 % chez les anciens fumeurs et qui grimpe à 40 % et 43 % respectivement chez les fumeurs occasionnels et les personnes n'ayant jamais fumé.

Pour connaître les données régionales sur le statut pondéral et sur le tabagisme, consulter les documents [Le statut pondéral](#) et [L'usage de la cigarette](#).

Tableau 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus active physiquement dans ses loisirs et déplacements et proportion (%) sédentaire, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015

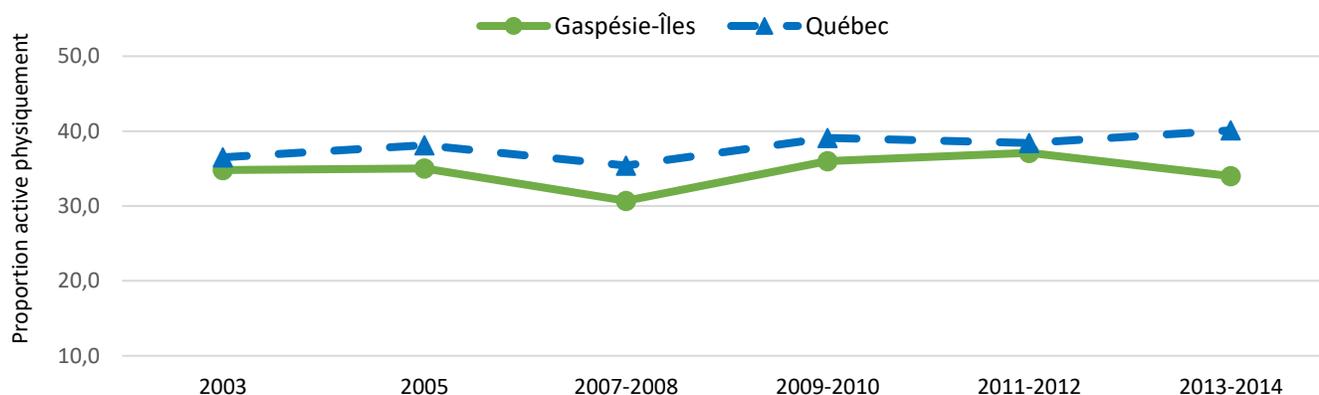
	Actif	Sédentaire
Scolarité†		
Sans DES	24,5	45,5
Avec DES	33,5	32,9
Diplôme d'études collégiales	39,5	29,0
Diplôme universitaire	52,1	20,6
Composition du ménage†		
Personne seule	28,2	43,1
Couple sans enfant	33,8	34,7
Couple avec enfants	38,3	28,1
Famille monoparentale	49,2	30,8
Autre ¹	31,3	41,4
Statut pondéral†		
Poids insuffisant	38,1*	22,6**
Poids normal	40,6	29,2
Embonpoint	37,5	31,6
Obésité	23,1	46,6
Statut de fumeur†		
Fumeur quotidien	22,9	45,1
Fumeur occasionnel	39,7	25,3*
Ancien fumeur	33,9	34,2
Non-fumeur	43,2	29,6
TOTAL	35,2	34,2

¹ Ménage composé de personnes apparentées par des liens autres que conjugués ou filiaux, ou de personnes non apparentées (colocataires).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

L'activité physique de loisir et de transport n'a pas été mesurée lors de la première édition de l'EQSP en 2008. De plus, les résultats obtenus dans l'EQSP 2014-2015 ne peuvent pas être comparés à ceux obtenus dans *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada (Nolin, 2016). Néanmoins, à compter des données de cette dernière enquête, la figure 4 permet de voir qu'en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, la proportion des adultes atteignant le niveau recommandé d'activité physique dans les loisirs a peu changé de 2003 à 2013-2014. D'autres données sur l'évolution sont disponibles en cliquant sur [L'activité physique-données complémentaires](#).

Figure 4 : Proportion (en %) de la population de 18 ans et plus active physiquement dans ses loisirs, 2003 à 2013-2014



Les aînés et l'activité physique de loisir et de transport

En 2014-2015, **25 %** des aînés de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont actifs dans leurs loisirs et déplacements.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Comme nous l'avons vu plus tôt, cette proportion d'aînés actifs physiquement est inférieure à celle des aînés du Québec, lesquels sont actifs dans une proportion de 30 % (réf. : tableau 1). Et à l'inverse, les aînés de la région sont plus nombreux, en proportion, que ceux du Québec à être sédentaires, c'est-à-dire à ne pas faire de l'activité physique toutes les semaines ou à ne pas en faire du tout (44 % contre 38 %) (résultats non illustrés). Ce moindre niveau d'activité physique des aînés de la région par rapport à ceux du Québec tend à s'observer chez les hommes et chez les femmes, mais n'est significatif statistiquement que chez les hommes, ces derniers étant plus souvent sédentaires que leurs homologues provinciaux du même âge (45 % contre 35 %). Toutefois, la différence entre la proportion atteignant le niveau actif ne peut être jugée significative entre ces deux groupes (29 % contre 33 %) (tableau 3).

Les aînés moins actifs physiquement

Au Québec, les femmes de 65 ans et plus sont moins actives physiquement dans leurs loisirs et déplacements que les hommes (tableau 3), et ce, tant de 65 à 74 ans qu'après 75 ans. Bien que non significative, une tendance semblable s'observe chez les aînés de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine où 22 % des femmes sont actives contre 29 % des hommes (tableau 3). Par ailleurs, le niveau d'activité physique n'est pas uniforme à l'intérieur même du groupe des 65 ans et plus. En effet, 30 % des aînés de 65 à 74 ans atteignent le niveau actif, alors que c'est le cas de seulement 17 % des aînés après 75 ans (figure 4). En fait, comme l'illustre cette figure, la proportion d'actifs physiquement ne varie pas vraiment entre 45-54 ans, 55-64 ans et 65-74 ans, et ce, dans la région comme au Québec. C'est plutôt à compter de 75 ans que la diminution est manifeste avec une perte d'environ 12 points de pourcentage. D'ailleurs, cette perte du niveau d'activité physique après 75 ans est la deuxième en importance après celle observée entre 20-24 ans et 25-34 ans, dont nous avons parlé précédemment.

Le revenu du ménage est aussi associé au niveau d'activité physique des aînés, ceux vivant dans des ménages à faible revenu étant moins enclins à être actifs dans leurs loisirs et déplacements que les aînés des autres ménages (16 % contre 33 %). Mais l'une des variables sinon la variable la plus fortement associée au niveau d'activité physique est sans contredire la perception qu'ont les aînés de leur santé. Comme

l'indiquent les résultats au tableau 3, chez les aînés qui perçoivent leur santé excellente ou très bonne, le tiers (33 %) est actif physiquement dans les loisirs et déplacements, une proportion nettement supérieure à celle obtenue par les aînés percevant leur santé passable ou mauvaise (9,7 %). En fait, les aînés qui perçoivent très positivement leur santé sont actifs physiquement dans des proportions semblables à celles obtenues dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus (33 % contre 35 %). Enfin, un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est associé à un moindre niveau d'activité physique chez les aînés (tableau 3).

Figure 4 : Proportion (en %) de la population active physiquement dans ses loisirs et déplacements selon certains groupes d'âge, 2014-2015

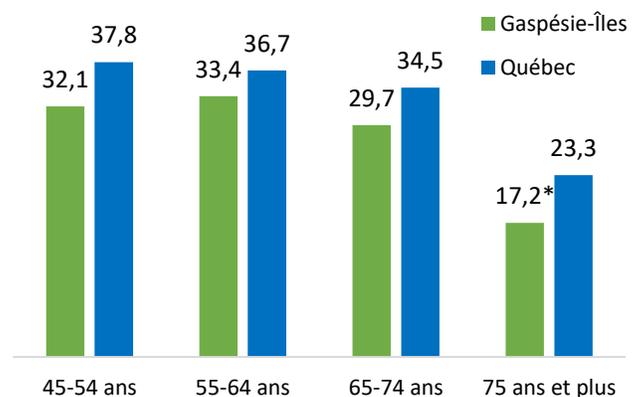


Tableau 3 : Proportion (en %) de la population de 65 ans et plus active physiquement dans ses loisirs et déplacements au cours des quatre dernières semaines, 2014-2015

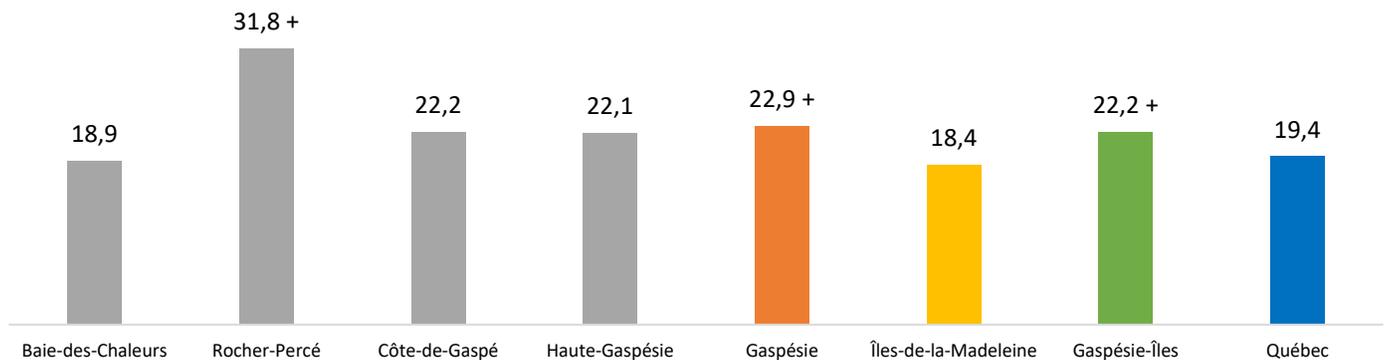
	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	29,0	33,2
Femmes	22,2	27,9
Groupe d'âge†		
65-74 ans	29,7	34,5
75 ans et plus	17,2*	23,3
Revenu du ménage†		
Faible revenu	15,5*	23,7
Autres ménages	33,3	34,0
Perception de sa santé†		
Excellente-très bonne	33,1	38,8
Bonne	26,5	26,8
Passable-mauvaise	9,7**	18,8
Indice de détresse psychologique†		
Élevé	12,8**	25,5
Faible-moyen	28,6	32,2
TOTAL	25,3-	30,0

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon le revenu, la perception de la santé et l'indice de détresse psychologique (ex. : les personnes vivant dans des ménages à faible revenu de la région versus celles du Québec).

En 2014-2015, **22 %** de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine fume la cigarette, alors que 29 % n'ont jamais fumé et l'autre 49 % ont cessé.

« Le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable et d'années de vie en bonne santé perdues au Québec (Rehm et al., 2006). L'usage du tabac représente un des plus importants facteurs de risque des maladies les plus meurtrières, étant responsable d'une importante proportion des cas répertoriés de *cancer du poumon* et de *maladies respiratoires chroniques* (Organisation mondiale de la santé, 2009). » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1) Le tabagisme est aussi associé à plusieurs autres types de cancers, aux *maladies cardiovasculaires* et à des problèmes de développement du foetus (Guérin, Guyon, Fournier, Gillet, Payette et Laguë, 2006; U.S. Department of Health and Human Services, 2014) (tiré de la fiche indicateur).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus faisant usage de la cigarette, 2014-2015



La signification des symboles est indiquée dans l'encadré en bas de la page suivante.

Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte une plus forte proportion de fumeurs que celle du Québec (22 % contre 19 %). Cet écart avec le Québec est grandement attribuable au territoire de Rocher-Percé qui obtient encore un taux de tabagisme élevé en 2014-2015, avec 32 % (figure 1) (en 2008, le taux de ce territoire était de 33 %) (tableau 2). Comme on peut le lire au tableau 1, tant les hommes que les femmes contribuent à cette différence en défaveur de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine relativement à l'usage de la cigarette en 2014-2015, de même qu'à peu près tous les groupes d'âge bien que les écarts avec le Québec ne soient significatifs statistiquement que chez les 25-34 ans et les 35-44 ans. Rappelons qu'en 2010-2011, la proportion de fumeurs chez les élèves du secondaire était plus élevée dans la région qu'au Québec (16 % contre 11 %) (Dubé et Parent, 2013).

Groupes avec les plus hauts taux de tabagisme

Le Québec compte une plus forte proportion de fumeurs chez les hommes que chez les femmes, une tendance bien que non significative aussi observée dans la région (tableau 1). De plus, les personnes de 25 à 34 ans suivies de celles de 35 à 44 ans sont plus susceptibles de fumer la cigarette alors que les aînés le sont moins. C'est toutefois chez les aînés que la proportion d'anciens fumeurs est la plus élevée (61 %) (résultats non

illustrés). Les proportions de fumeurs sont aussi plus élevées chez les personnes vivant dans des ménages à faible revenu (tableau 1) ou dans des familles monoparentales (36 %), et chez les personnes sans emploi. À l'inverse, les personnes ayant un diplôme universitaire sont moins enclines à fumer la cigarette que celles de scolarité inférieure (10 %* contre environ 25 %) (résultats non illustrés).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus faisant usage de la cigarette, 2014-2015

	Gaspésie–Îles	Québec
Sexe		
Hommes	23,8+	20,7
Femmes	20,7+	18,2
Groupe d'âge†		
15-24 ans	21,5	18,4
25-34 ans	33,5+	24,1
35-44 ans	28,9+	19,4
45-64 ans	23,4	22,4
65 ans et plus	12,2	10,9
Langue parlée à la maison		
Français	22,3	19,7
Anglais	22,0*	17,7
Revenu du ménage†		
Faible revenu	27,1	25,7
Autres ménages	20,2	17,5
TOTAL	22,2+	19,4

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

En 2008, 27 % de la population de 15 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine fumait la cigarette, une proportion qui a diminué à 22 % en 2014-2015 (tableau 2). Cette régression du tabagisme a profité aux femmes comme aux hommes de même qu'à tous les groupes d'âge jusqu'à 65 ans, les jeunes de 15-24 ans se démarquant particulièrement. Outre le Rocher-Percé qui n'a pas vu son taux de tabagisme varier entre 2008 et 2014-2015, les autres RLS de la région semblent avoir contribué à ce résultat régional des plus positifs, La Haute-Gaspésie ressortant du peloton avec une chute de 10 points de pourcentage en 6 ans (tableau 2). Ajoutons à titre indicatif qu'au Québec, la proportion de fumeurs a diminué de 24 % à 19 % entre les deux enquêtes.

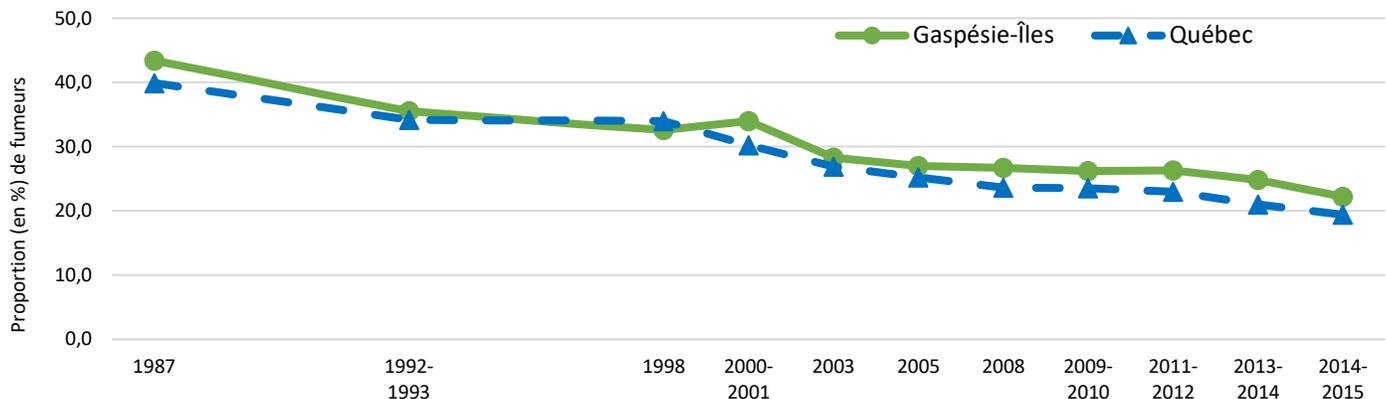
Nous illustrons à la figure 2 l'évolution de la proportion de fumeurs à travers les diverses enquêtes ayant mesuré cet indicateur depuis 1987 dans la région et au Québec. En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, la proportion de fumeurs est passée de 43 % en 1987 à 27 % en 2005 pour se maintenir à ce niveau au cours des années suivantes. En 2013-2014, l'indicateur poursuivait sa baisse pour se situer à 22 % en 2014-2015.

Tableau 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus faisant usage de la cigarette, Gaspésie–Îles, 2008 et 2014-2015

	2008	2014-2015
Sexe		
Hommes	28,1	23,8
Femmes	25,4	20,7
Groupe d'âge		
15-24 ans	34,6	21,5
25-44 ans	34,2	31,0
45-64 ans	26,2	23,4
65 ans et plus	11,5	12,2
RLS de résidence		
Baie-des-Chaleurs	24,1	18,9
Rocher-Percé	33,2	31,8
La Côte-de-Gaspé	25,9	22,2
La Haute-Gaspésie	32,2	22,1
Îles-de-la-Madeleine	21,0	18,4
Type de fumeurs		
Quotidiens	19,8	16,0
Occasionnels	6,9	6,3
TOTAL	26,7	22,2

Sauf pour la donnée globale, aucun test statistique n'a été fait pour comparer les valeurs de 2014-2015 à celles de 2008.

Figure 2 : Évolution de la proportion (en %) de la population de 15 ans et plus¹ faisant usage de la cigarette, 1987 à 2014-2015



¹ Pour 2009-2010, 2011-2012 et 2013-2014, les données de l'ESCC à l'Infocentre de santé publique concernent les 12 ans et plus ou les 18 ans et plus. Nous avons donc, pour cette figure, estimé les valeurs de la région et du Québec pour les 15 ans et plus en prenant la valeur moyenne des 12 ans et plus et des 18 ans et plus.

Les types de fumeurs

En 2014-2015, **16 %** de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine fume la cigarette tous les jours et **6,3 %** occasionnellement.

Comme on peut le lire au tableau 2, la proportion de fumeurs quotidiens a diminué entre 2008 et 2014-2015, alors que la proportion de fumeurs occasionnels a peu varié. D'ailleurs, la baisse générale du tabagisme observée dans la région depuis la fin des années 90 est attribuable à la baisse des fumeurs quotidiens, la proportion de fumeurs occasionnels ayant

légèrement varié durant toutes ces années sans présenter de tendance à la hausse ou à la baisse. C'est aussi à cause de notre plus forte proportion de fumeurs quotidiens (16 % contre 13 % au Québec) que nous enregistrons un plus haut taux de tabagisme que le Québec en 2014-2015, comme ce fut le cas en général depuis le début des années 2000. La proportion de fumeurs occasionnels n'est pas différente selon qu'on réside en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ou au Québec (6,3 % contre 6,1 % en 2014-2015). Enfin, en 2014-2015, la proportion de fumeurs quotidiens est à peu près la même chez les hommes (17 %) et chez les femmes (16 %), alors que les fumeurs occasionnels sont un peu plus nombreux chez les hommes que chez les femmes (7,3 % contre 5,4 %).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2008 et 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Statistique Canada, ESCC 2000-2001 à 2013-2014, données tirées de [Dubé et Parent, 2011](#).

La consommation d'alcool est une habitude de vie culturellement intégrée dans la société québécoise. La consommation d'alcool n'est toutefois pas sans risque pour la santé. D'abord, on sait que « l'exposition du fœtus à l'alcool pendant la grossesse peut engendrer des anomalies congénitales, nuire à l'issue de la grossesse, affecter l'état de santé de l'enfant à naître ou compromettre son développement (Chudley et coll., 2005; Cook et coll., 2016) » (April, Bégin, Hamel et Morin, 2016, page 4). On reconnaît aussi le lien entre la consommation abusive d'alcool et les **accidents de la route**, les **gestes de violence**, les **actes suicidaires** et divers comportements à risque dont les relations sexuelles non protégées (WHO, 2014; Butt et coll., 2011; tirés de April, Bégin, Hamel et Morin, 2016). La consommation abusive d'alcool, qu'elle soit occasionnelle ou chronique, est également associée à un risque accru de **maladies cardiovasculaires** et **digestives** (Bondy, 1996; Midanik et Grennfield, 2000; tirés de Lemieux et Parent, 2012). De plus, même à de faibles quantités, l'alcool est un facteur de risque à plusieurs **cancers** notamment les cancers du sein, de l'œsophage, du foie et colorectal (April, Bégin, Morin et coll., 2010). Par contre, une consommation faible ou modérée (un ou deux verres par jour maximum), protège contre les maladies vasculaires ischémiques et le **diabète** de type 2 (Klatsky, 2007; Koppes et coll., 2005; tirés de April, Bégin, Hamel et Morin, 2016).

Les buveurs d'alcool

En 2013-2014, **76 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a consommé de l'alcool dans la dernière année.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), la proportion de la population de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine consommant de l'alcool est inférieure à celle du Québec (76 % contre 82 %). Cette différence avec le Québec est attribuable, en partie du moins, au fait que notre population est plus âgée que celle du Québec et que nos aînés sont, par surcroît, moins enclins à consommer de l'alcool que les aînés québécois (tableau 1). Mais comme le montre ce premier tableau, les jeunes gaspésiens et madelinots de 12-17 ans sont pour leur part plus nombreux, en proportion, à déclarer avoir bu de l'alcool sur une période de 12 mois que les jeunes québécois. C'est aussi ce qui ressort de l'*Enquête québécoise sur les jeunes du secondaire 2010-2011*, laquelle révèle une plus forte proportion de buveurs d'alcool chez les jeunes du secondaire de la région que chez ceux du Québec (Dubé et Parent, 2013).

Groupes plus nombreux à boire de l'alcool

Au Québec, les hommes sont plus nombreux que les femmes, en proportion, à consommer de l'alcool, une tendance bien que non significative aussi observée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 1). Cette habitude de vie varie aussi selon l'âge. En effet, les plus fortes proportions de buveurs se retrouvent entre 18 et 64 ans, et ce, dans la région comme au Québec (tableau 1). Enfin, la consommation d'alcool est clairement associée au revenu du ménage, la proportion de buveurs en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine passant d'environ 60 % chez les personnes vivant dans des ménages au revenu

inférieur (quintiles 1 et 2) à plus de 90 % chez celles appartenant aux ménages les plus aisés (quintile 5) (tableau 1).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, 2013-2014

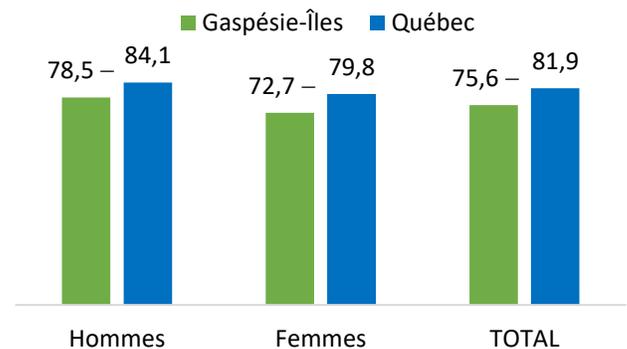


Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Groupe d'âge†		
12-17 ans	65,0+	45,4
18-24 ans	89,6	88,6
25-44 ans	85,3	87,1
45-64 ans	77,5-	85,8
65 ans et plus	62,0-	76,5
Revenu du ménage† (échelle régionale)		
Quintile 1 (inférieur)	63,1	69,3
Quintile 2	60,3-	77,2
Quintile 3	80,0-	84,6
Quintile 4	82,7	85,8
Quintile 5 (supérieur)	91,4	92,3
TOTAL	75,6-	81,9

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

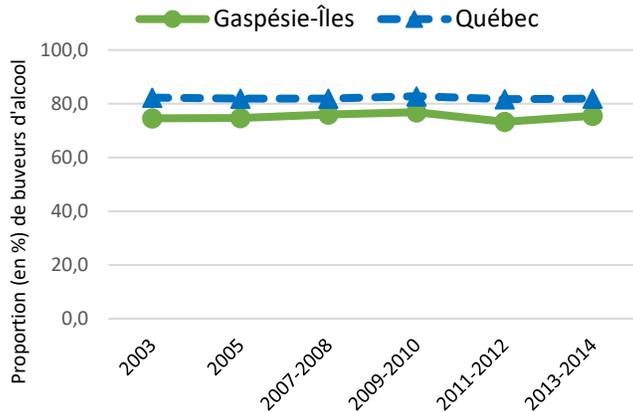
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 à 2013-2014*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

2 Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

Évolution de la consommation d'alcool

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, la proportion de buveurs d'alcool est restée relativement stable entre 2003 et 2013-2014 comme en témoignent les résultats à la figure 2, un constat qui est vrai à la fois chez les hommes et chez les femmes (résultat selon le sexe non illustrés).

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 2003 à 2013-2014



Les buveurs d'alcool

Les consommateurs d'alcool sont des personnes vivant en ménages privés qui ont bu, au cours des 12 derniers mois précédent l'ESCC, un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée. Un verre ou une consommation d'alcool équivaut à :

- une petite bouteille ou une canette de bière, ou un verre de bière en fût de 360 ml (12 oz)
- un verre de vin de 120 à 150 ml (4 à 5 oz) ou d'une boisson rafraîchissante (« cooler »)
- un cocktail ou un petit verre de liqueur forte ou de spiritueux avec ou sans mélange de 42 ml (1,5 oz) (Statistique Canada, 2006b, tiré de l'INSPQ, Fiche indicateur de l'infocentre de santé publique, 2016).

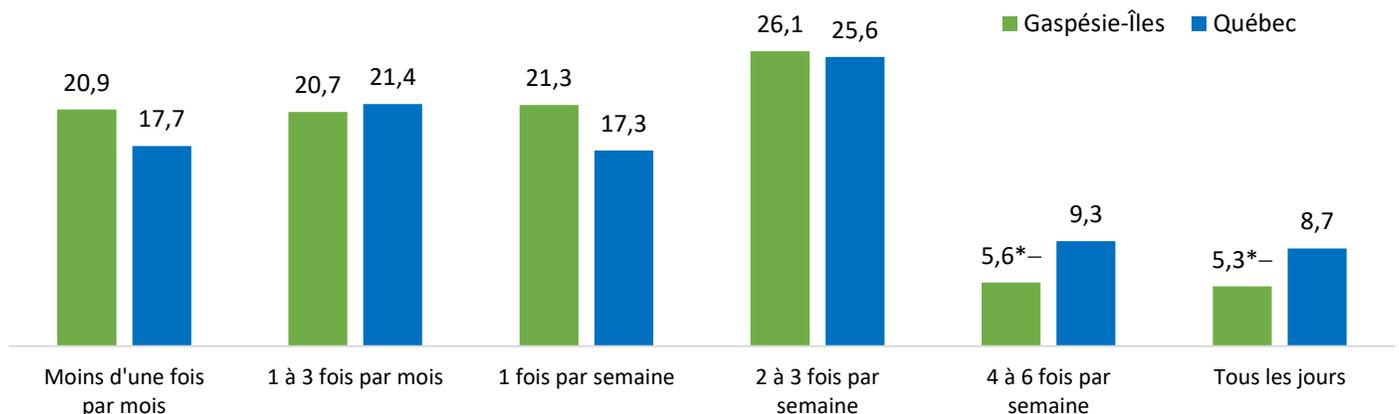
La fréquence de consommation d'alcool

En 2013-2014, **58 %** des buveurs d'alcool en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont consommé ce produit au moins une fois par semaine, voire à tous les jours pour environ 5 % des buveurs.

Comparativement au Québec, la fréquence de consommation d'alcool en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est légèrement moindre. La différence entre les deux territoires se traduit essentiellement par une plus faible proportion de buveurs faisant usage de l'alcool 4 fois ou plus par semaine (11 % contre 18 % au Québec) (figure 3). Par ailleurs, encore en 2013-2014, les hommes ont une fréquence de consommation d'alcool plus

élevée que celle des femmes, et ce, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec. À titre indicatif, 68 % des Gaspésiens et Madelinots qui boivent de l'alcool en consomment habituellement au moins 1 fois par semaine contre 48 % chez les Gaspésiennes et Madelininiennes. Les hommes sont aussi plus enclins que les femmes à boire de l'alcool quotidiennement (résultats non illustrés). Enfin, on note une tendance à la hausse de la fréquence de consommation d'alcool chez les buveurs de la région. Alors que 58 % des consommateurs boivent de l'alcool au moins une fois par semaine en 2013-2014, cette proportion n'était que de 45 % en 2003. Au Québec, cette proportion est restée relativement stable durant ces dix années.

Figure 3 : Répartition (en %) des buveurs d'alcool selon la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois, 2013-2014



La consommation abusive d'alcool

En 2013-2014, **19 %** de la population de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a une consommation abusive d'alcool au moins une fois par mois.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2013-2014, environ une personne sur cinq de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (19 %) a bu avec excès au moins une fois par mois dans la dernière année (voir l'encadré), une proportion qui ne se différencie pas de celle du Québec (21 %) (tableau 2). Comme le montrent les résultats de ce tableau, ce constat est vrai à la fois chez les hommes et chez les femmes et peu importe le groupe d'âge et le revenu du ménage. Mentionnons toutefois que selon l'EQSJS 2010-2011, les jeunes de la région sont plus nombreux, en proportion, que les jeunes québécois, à avoir bu 5 verres d'alcool en une même occasion, à au moins 11 reprises sur une période d'une année (Dubé et Parent, 2013).

La consommation abusive d'alcool

En conformité avec les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé et de Santé Canada, la consommation abusive d'alcool, aussi appelée consommation excessive, réfère au fait de boire 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes. Dans l'ESCC, pour qu'une personne soit classée dans les buveurs excessifs, elle doit avoir bu avec excès au moins une fois par mois au cours de la dernière année (INSPQ, Fiche indicateur à l'Infocentre de santé publique, 2016).

Groupes plus nombreux à boire de l'alcool avec excès

La consommation abusive d'alcool est un comportement clairement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans la région (25 % contre 14 %) comme au Québec (26 % contre 15 %) (tableau 2). Au Québec, c'est chez les 18-24 ans qu'on retrouve la plus forte proportion de buveurs excessifs (39 %) tandis que les jeunes de 12-17 ans et les aînés présentent les plus faibles proportions (environ 7 %) (tableau 2). Bien que reposant sur des données plus imprécises, les résultats de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vont aussi dans ce sens. Enfin, la consommation abusive d'alcool est associée au revenu du ménage puisqu'environ 15 % des personnes de la région vivant dans les ménages ayant un revenu moyen ou inférieur ont eu une consommation excessive d'alcool en 2013-2014 contre 25 % pour celles appartenant aux ménages les plus aisés (tableau 2).

Évolution de la consommation abusive d'alcool

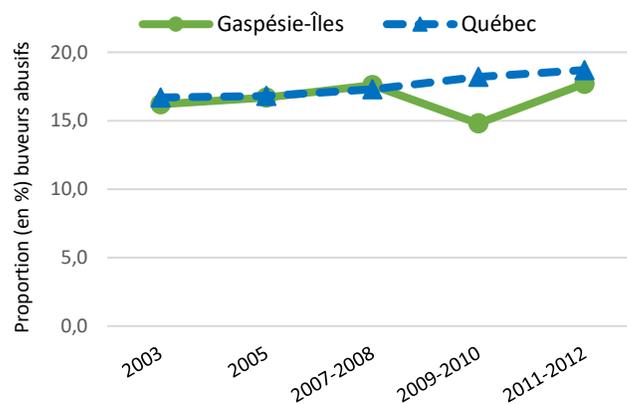
Précisons d'abord qu'avant l'édition 2013-2014 de l'ESCC, le même critère était utilisé, c'est-à-dire 5 verres ou plus en une

même occasion, pour classer les hommes et les femmes. Or, en 2013-2014, le critère pour les femmes descendait à 4 verres ou plus. Compte tenu de ce changement, nous pouvons examiner l'évolution de cet indicateur sur la consommation abusive jusqu'en 2011-2012 seulement. Cette précision faite, nous avons assisté au Québec à une hausse graduelle de la proportion de personnes consommant de l'alcool avec excès au moins une fois par mois, celle-ci passant de 16,7 % en 2003 à 18,7 % en 2011-2012 (figure 4). Cette augmentation a été observée chez les deux sexes, mais de manière un peu plus importante chez les Québécoises que chez les Québécois (résultats non illustrés). En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la consommation abusive d'alcool a connu quelques variations entre 2003 et 2011-2012 sans qu'on ne puisse conclure à une hausse (figure 4).

Tableau 2 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus ayant consommé de l'alcool de manière abusive au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	24,6	25,8
Femmes	13,6*	15,3
Groupe d'âge†		
12-17 ans	7,4**	6,8*
18-24 ans	31,6**	38,9
25-44 ans	27,2*	27,0
45-64 ans	19,6	18,9
65 ans et plus	9,6	7,2
Revenu du ménage† (échelle régionale)		
Quintile 1 (inférieur)	14,9*	15,2
Quintile 2	16,0*	15,6
Quintile 3	14,8*	21,1
Quintile 4	24,6*	22,4
Quintile 5 (supérieur)	25,0	27,9
TOTAL	19,0	20,5

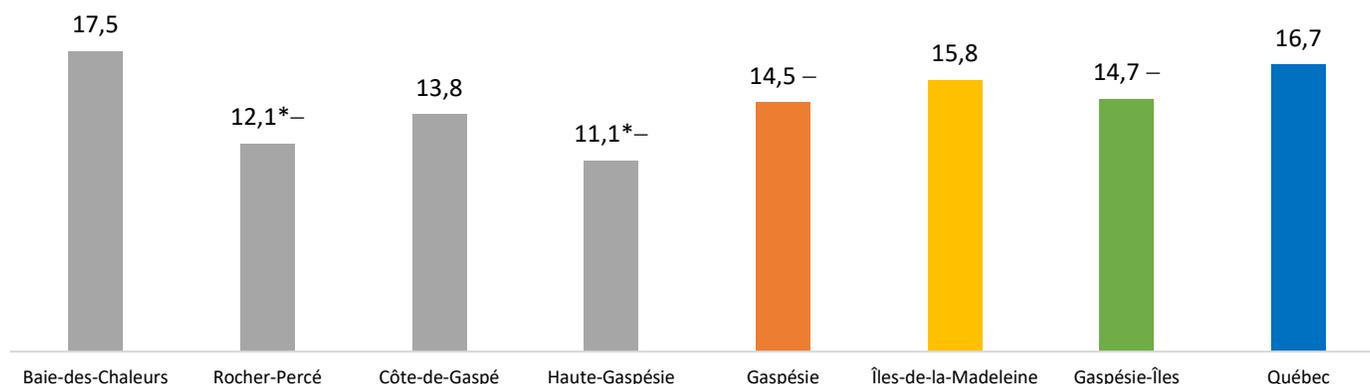
Figure 4 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus ayant consommé de l'alcool de manière abusive au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois, 2003 à 2011-2012



La consommation de drogues illicites peut avoir des conséquences néfastes sur la santé et le bien-être. « La recherche épidémiologique des 20 dernières années s'intéressant à la consommation de drogues a démontré qu'environ 10 % des utilisateurs réguliers de cannabis développent une dépendance, et que parmi les risques associés à la consommation régulière de cannabis, les troubles de mémoire et d'attention dépendent de la durée et de la fréquence de consommation (Hall, 2015). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 87) Plus près de nous, 22 accidents avec dommages corporels dus aux facultés affaiblies par les drogues sont survenus sur les routes de la région entre 2009 et 2013, soit 1,1 % de tous les accidents, c'est plus qu'au Québec (0,6 %) (Dubé, 2017). Avec la légalisation prochaine de la marijuana, l'évolution de la consommation de ce produit sera intéressante à suivre.

En 2014-2015, **15 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois.

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), 15 % de la population régionale de 15 ans et plus a consommé de la drogue sur une période de 12 mois, une proportion inférieure à celle obtenue au Québec (17 %) (figure 1). Cette différence avec le Québec est toutefois le reflet de notre structure d'âge plus vieille et du fait que la consommation de drogues est plus fréquente chez les plus jeunes. Car lorsqu'on élimine l'effet de l'âge en calculant des proportions ajustées, les différences notées à la figure 1 entre les territoires de la région et le Québec disparaissent, de même que celles entre les femmes de la région et les Québécoises (tableau 1). D'ailleurs, l'examen des données selon les groupes d'âge au tableau 1 ne fait ressortir aucune différence entre la région et le Québec. Rappelons toutefois que selon les données de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* (EQSJS), les jeunes de la région sont proportionnellement plus nombreux que ceux du Québec à avoir consommé de la drogue sur une période de 12 mois (29 % contre 26 %) et à s'être initiés aux drogues avant l'âge de 13 ans (7,4 % contre 4,9 %) (Dubé et Parent, 2013).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	19,9	20,6
Femmes	9,7-	12,8
Groupe d'âge†		
15-24 ans	39,0	39,8
25-44 ans	26,0	22,9
45-64 ans	9,6	9,5
65 ans et plus	1,6**	1,9
Langue parlée à la maison		
Français	15,0	16,9
Anglais	10,9**	18,0
Revenu du ménage		
Faible revenu	14,7	16,9
Autres ménages	14,7	16,6
TOTAL	14,7-	16,7

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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 2008 et 2014-2015. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes où la proportion de consommateurs est la plus élevée

Les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes, en proportion, à consommer de la drogue. Ce comportement est aussi associé à l'âge, la proportion de consommateurs étant la plus élevée chez les 15-24 ans et diminue ensuite graduellement avec l'avancement en âge pour être à moins de 2 % après 65 ans (tableau 1). Aussi, on ne s'étonne pas de voir la plus forte proportion de consommateurs chez les étudiants (40 %), une proportion qu'on estime à 17 % environ chez les travailleurs et les sans-emploi et à 3,5 %* chez les retraités. Le **tabagisme** est aussi associé à la consommation de drogues, les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels ayant fait usage de drogues dans des proportions respectives de 27 % et 32 %

Le type de drogue consommée

En 2014-2015, **13 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois.

Avec un tel pourcentage, le cannabis (marijuana ou haschich) demeure de loin la drogue la plus consommée (figure 2). Plus précisément, 12 % de la population a consommé seulement du cannabis au cours d'une période de 12 mois et 2,9 % ont pris

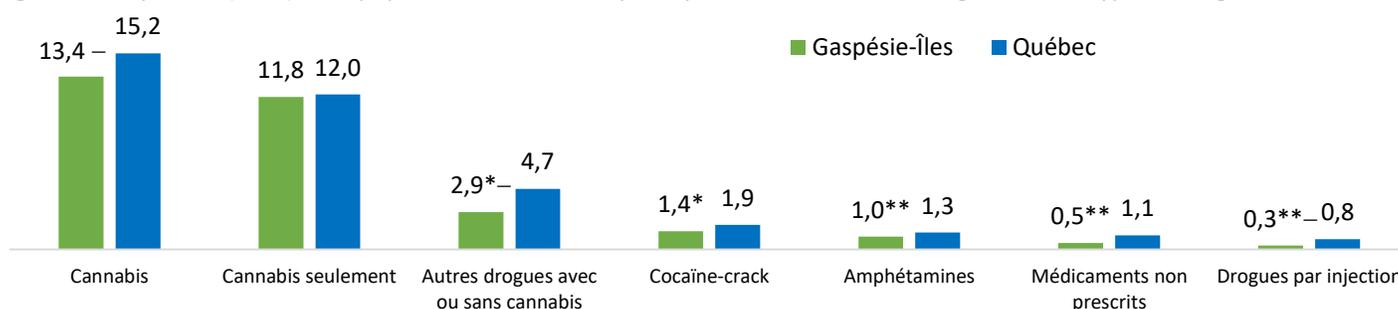
sur une période de 12 mois, ce qui est le cas de 11 % seulement chez les anciens fumeurs et les personnes n'ayant jamais fumé. Enfin, 23 % des personnes se situant au niveau élevé à l'indice de **détresse psychologique** ont consommé de la drogue au cours d'une année contre 12 % chez celles au niveau faible ou moyen (résultats non illustrés).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

En 2008, 12 % de la population régionale avait consommé de la drogue sur une période de 12 mois, une proportion qui a progressé pour se situer à 15 % en 2014-2015. Cette hausse, aussi observée au Québec (de 13 % à 17 %), est attribuable au cannabis dont la proportion de consommateurs est passée de 11 % à 13 % dans la région entre les deux enquêtes.

d'autres drogues avec ou sans cannabis, pour un total de 15 % de consommateurs comme nous l'avons vu à la page précédente. Pour les neuf autres drogues documentées dans l'EQSP, les prévalences de consommation dans la région sont toutes inférieures à 1,5 % (figure 2). Dans cette figure, les différences significatives entre la région et le Québec disparaissent quand on ajuste pour l'âge, à l'exception des drogues par injection où la proportion de consommateurs dans la région reste inférieure même avec les données ajustées.

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue selon le type de drogue, 2014-2015



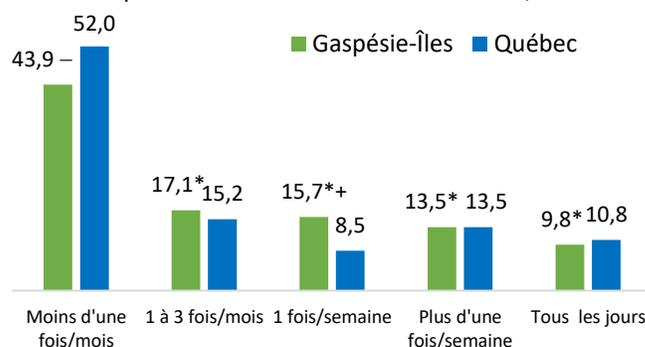
La fréquence de consommation du cannabis

En 2014-2015, **39 %** des consommateurs de cannabis en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont pris cette drogue au moins une fois par semaine.

Cette proportion régionale est supérieure à celle obtenue chez les consommateurs québécois, lesquels sont plutôt 33 % à faire usage de cannabis au moins une fois par semaine sur une période de 12 mois (figure 3). À l'opposé, 44 % des consommateurs de cannabis en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont consommé cette substance moins d'une fois par mois (52 % au Québec). Rapporté à l'ensemble de la population, on estime à 5,2 %* la proportion de la population de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine consommant du cannabis toutes les semaines contre 5,0 % au Québec. Soulignons que selon l'EQSJS, les jeunes du secondaire dans la région sont plus

nombreux, en proportion, que les jeunes québécois à consommer du cannabis toutes les semaines (12 % contre 9,4 %) (Dubé et Parent, 2013).

Figure 3 : Répartition (en %) des consommateurs de cannabis selon la fréquence de consommation sur 12 mois, 2014-2015



Les comportements des conducteurs sont déterminants dans la survenue des accidents de la route. Au Québec, la vitesse excessive et la conduite avec les facultés affaiblies sont la cause des deux tiers des décès sur les routes (Béliveau, 2015, Société de l'assurance automobile du Québec, 2016; tirés de *MSSS en collaboration avec l'INSPQ, 2016*). De plus, une étude réalisée par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) indique clairement que le risque de mourir dans un accident de la route augmente avec le taux d'alcoolémie. En effet, comparativement aux conducteurs avec une alcoolémie de 0, le risque d'accidents mortels est 4,5 plus élevé chez ceux avec une alcoolémie de 51 à 80 mg/100 ml, un risque qui passe à 24 chez ceux avec une alcoolémie de 81 à 150 mg/100 ml et à plus de 175 pour une alcoolémie de 151 à 210 mg/100 ml (Brault et collaborateurs, 2004, tiré de la *SAAQ, 2017*).

La conduite avec les facultés affaiblies

Entre 2009 et 2013, **5,5 %** des accidents avec dommages corporels survenus sur les routes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont dus à la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool.

Entre 2009 et 2013, 2 004 accidents avec dommages corporels sont survenus sur le réseau routier de la région (SAAQ, *Dossier statistique bilan 2014*). De ce nombre, 110 ont été causés par la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, soit 5,5 % (SAAQ, 2017). Cette proportion régionale ne se différencie pas de celle du Québec (5,0 %) (figure 1). Toutefois, la proportion des accidents avec dommages corporels dus à la conduite avec les facultés affaiblies par les drogues est supérieure à celle de l'ensemble de la province en 2009-2013 (1,1 % contre 0,6 %) (figure 1). Précisons ici que ces données concernent les accidents survenus sur les routes de la région peu importe le lieu de résidence du conducteur. Elles ne représentent donc pas tout à fait les comportements des conducteurs de la région.

Entre 2008 et 2012, **50 %** des conducteurs décédés testés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine avaient une alcoolémie dépassant la limite permise.

Au cours des cinq années 2008-2012, 43 accidents mortels sont survenus sur les routes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Nous ne connaissons pas le nombre de conducteurs décédés dans ces accidents, mais nous savons que pour 20 d'entre eux, un test d'alcoolémie a été fait. Or, le test a révélé que la moitié des conducteurs décédés testés (50 %) avait une concentration d'alcool dépassant la limite de 80 mg/100 ml. Cette proportion ne se distingue pas de celle du Québec au plan statistique (37 %) (figure 2). Il faut toutefois être prudent quand on se compare avec le Québec puisqu'on ne sait pas quelle proportion de conducteurs ont été testés. Néanmoins, les résultats régionaux méritent réflexion car il s'agit de 10 décès et accidents qui auraient pu être évités.

Figure 1 : Proportion (en %) des accidents avec dommages corporels survenus sur les routes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Québec dus à la conduite avec les facultés affaiblies, 2009-2013

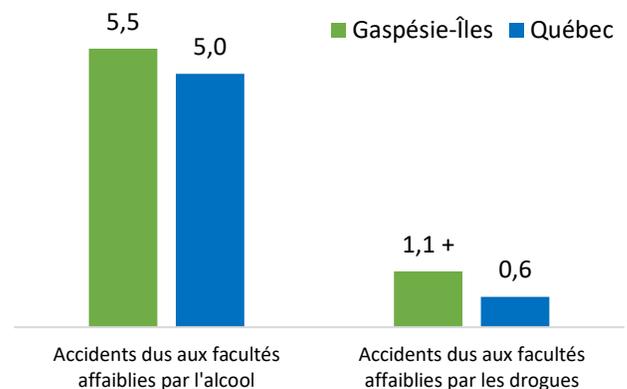
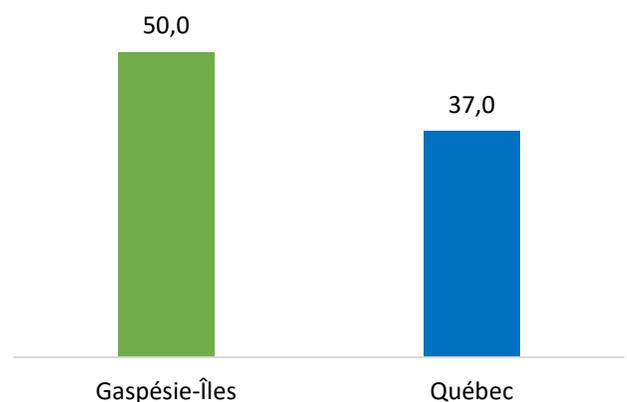


Figure 2 : Proportion (en %) des conducteurs décédés testés avec une alcoolémie supérieure à 80 mg/100 ml, 2008-2012



Symboles : + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

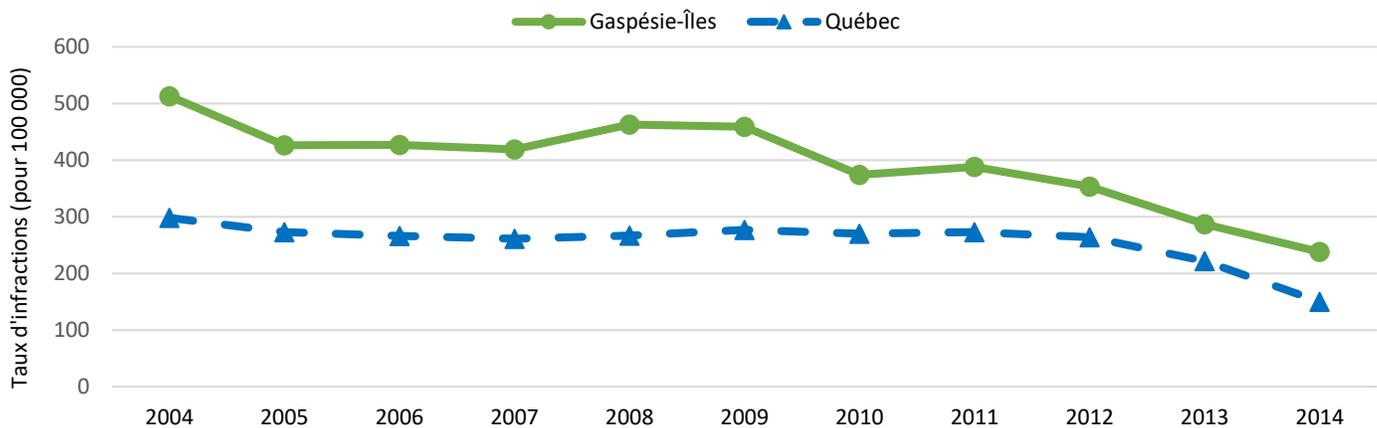
Sources : Société de l'assurance automobile du Québec. *Profil détaillé des faits et des statistiques touchant L'ALCOOL ET LES DROGUES AU VOLANT*, 32 pages (2017). TARDIF, François. *Les infractions et les sanctions reliées à la conduite d'un véhicule routier 2005-2014*, SAAQ, 195 pages (2015).

En 2014, **159** infractions liées à l'alcool ont été commises par les conducteurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Ce nombre correspond à un taux d'infractions de 238 pour 100 000 titulaires de permis de conduire dans la région. Ainsi, malgré la baisse marquée de ces infractions depuis 10 ans (figure 3), elles demeurent largement plus répandues chez les conducteurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine que chez ceux du Québec (238 pour 100 000 contre 150), comme c'est le cas depuis au moins les vingt dernières années.

Le nombre d'infractions reflète non seulement les comportements des conducteurs, mais aussi les ressources consacrées aux actions policières de contrôle (SAAQ, 2017). Il faut donc être prudent quand on compare les territoires entre eux ou même quand on examine les données à travers les années. Malgré cette limite, cet indicateur donne une idée de l'ampleur de ce type d'infractions chez les conducteurs de la région.

Figure 3 : Taux d'infractions liées à l'alcool (pour 100 000 titulaires de permis de conduire), 2004 à 2014



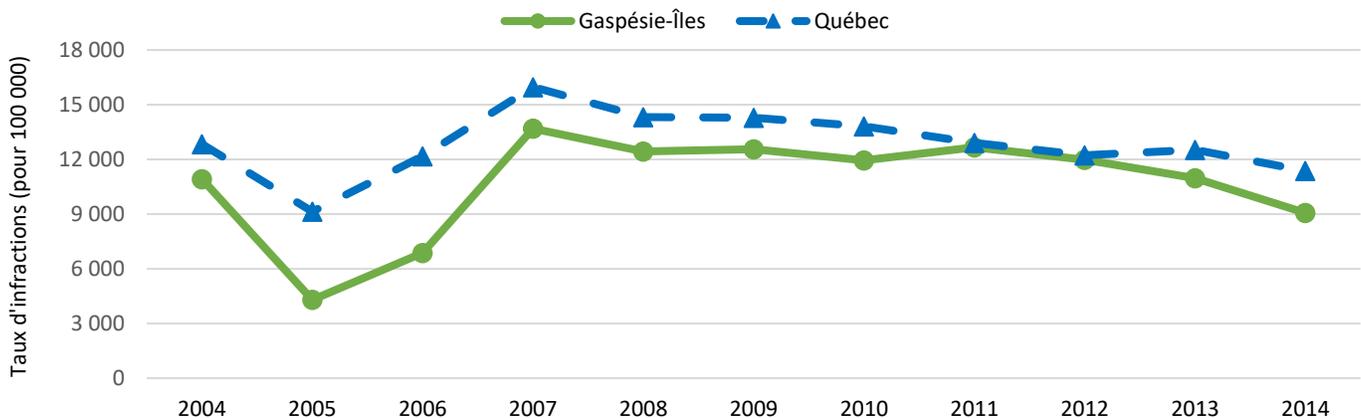
La vitesse excessive

En 2014, plus de **6 000** infractions pour excès de vitesse ont été perpétrées par les conducteurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Avec ce nombre, le taux d'infractions pour excès de vitesse commises par les titulaires de permis de conduire de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est moindre que celui du Québec (figure 4). Comme l'illustre cette figure, cette situation plus favorable de la région s'est observée de manière générale tout au long des dix dernières années.

Mentionnons en terminant que les infractions pour excès de vitesse sont à la baisse dans la région, particulièrement depuis 2007. Alors que le taux régional pour ce type d'infraction était de 13 685 pour 100 000 titulaires de permis de conduire en 2007, il est maintenant de 9 070 en 2014, une baisse de 34 %. Néanmoins, ces infractions sont encore relativement prévalentes dans la région, compte tenu des conséquences possibles de ces comportements sur la sécurité et la vie des usagers du réseau routier.

Figure 4 : Taux d'infractions pour excès de vitesse (pour 100 000 titulaires de permis de conduire), 2004 à 2014

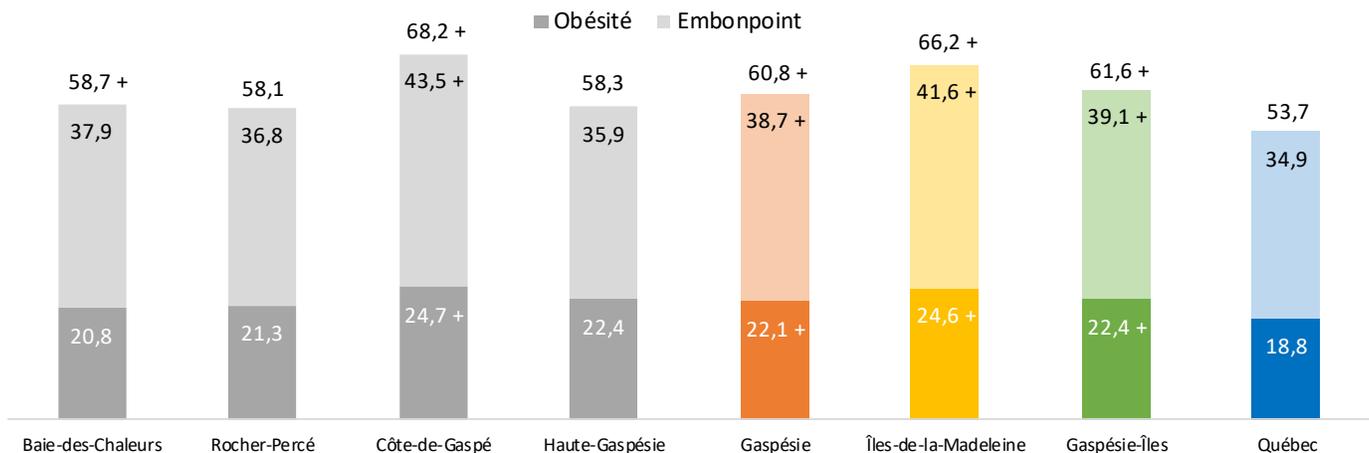


Le poids corporel

En 2014-2015, **22 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre d'obésité et 39 % font de l'embonpoint pour un total de 62 % avec un surplus de poids.

« ... le statut pondéral [...] permet d'étudier le taux d'obésité en constante progression depuis plusieurs années, ici comme ailleurs. L'obésité augmente le risque de plusieurs maladies chroniques telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et certaines formes de cancer (Martel et autres, 2014). Elle est également liée à un bien-être psychologique moins élevé et à la stigmatisation (ASPC, 2011). À l'autre extrémité du spectre, l'insuffisance de poids est associée à des problèmes de santé comme l'ostéoporose, la malnutrition, l'infertilité et un risque accru de mortalité (Statistique Canada, 2013). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 61)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus avec un surplus de poids, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population de 15 ans et plus dans la région est à la fois plus nombreuse, en proportion, que celle du Québec à souffrir d'obésité (22 % contre 19 %) et à faire de l'embonpoint (39 % contre 35 %) (figure 1). Ainsi, plus de six personnes sur dix âgées de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (62 %) ont un surplus de poids, une proportion sensiblement supérieure à celle du Québec (54 %). À l'autre bout du spectre, 1,8 %* de la population de 15 ans et plus a un poids insuffisant (2,4 % au Québec) et à peine plus du tiers (37 %) a un poids normal, c'est moins qu'au Québec (44 %) (résultats non illustrés).

Cela dit, la prévalence plus élevée d'excès de poids dans la région par rapport au Québec n'est pas nouvelle : on l'observe systématiquement dans toutes les enquêtes réalisées depuis 1998 (résultats non illustrés). Ce constat en défaveur de la région en 2014-2015 est vrai dans la plupart des territoires (figure 1), La Côte-de-Gaspé et les Îles-de-la-Madeleine se démarquant particulièrement du Québec, comme nous l'avions aussi noté lors de l'édition 2008 de l'enquête (Dubé et Parent, 2011). Ces deux territoires affichent à la fois des proportions élevées d'embonpoint et d'obésité (figure 1).

Comme on peut le lire au tableau 1, la prévalence supérieure de surplus de poids dans la région est généralisée, peu importe le sexe et le groupe d'âge jusqu'à 64 ans. Rappelons qu'en 2010-2011, les élèves du secondaire de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine avaient aussi une prévalence plus élevée de surplus de poids que les élèves québécois (28 % contre 21 %) (Dubé et Parent, 2013).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2008 et 2014-2015. Statistique Canada, ESCC 2000-2001 à 2013-2014. Dubé et Parent, 2011. Les données de l'EQSP et de l'ESCC ont été extraites de l'Infocentre de santé publique.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus avec un surplus de poids, 2014-2015

	Gaspésie-Îles			Québec		
	Embonpoint	Obésité	Surplus de poids	Embonpoint	Obésité	Surplus de poids
Sexe	†		†			
Hommes	46,1	22,7+	68,8+	42,4	19,4	61,8
Femmes	32,3+	22,2+	54,5+	27,3	18,1	45,4
Groupe d'âge†	†	†	†			
15-24 ans	27,0+	10,3**	37,3+	18,9	8,0	26,9
25-44 ans	36,5	25,0+	61,5+	33,1	18,7	51,8
45-64 ans	43,9+	25,0	68,9+	40,0	22,3	62,3
65 ans et plus	38,8	20,7	59,5	40,4	20,4	60,8
Langue parlée à la maison		†	†			
Français	39,7	21,9	61,8	35,1	18,8	53,9
Anglais	33,1*	34,4	67,5	33,9	20,5	54,4
Revenu du ménage						
Faible revenu	35,4	23,9	59,3	31,8	22,3	54,1
Autres ménages	40,9	22,1	63,0	35,9	17,7	53,6
TOTAL	39,1+	22,4+	61,6+	34,9	18,8	53,7

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Groupes les plus touchés par l'embonpoint et l'obésité

Alors que l'obésité affecte autant les hommes que les femmes, l'embonpoint est clairement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (46 % contre 32 %) (tableau 1). Pour ce qui est de l'âge, les données d'enquêtes transversales montrent que la prévalence de ces problèmes augmente avec l'âge et que cette progression s'interrompt vers 60 ans (Mongeau, Audet, Aubin et Baraldi, 2005). On peut lire au tableau 1 que les données québécoises de 2014-2015 vont tout à fait en ce sens et que celles de la région présentent cette même tendance, le groupe des 45-64 ans obtenant le triste record de près de sept personnes sur dix (69 %) présentant un excès de poids. Puis comme c'était le cas en 2008, les anglophones sont plus nombreux, en proportion, à souffrir d'obésité que les francophones (34 % contre 22 %), une différence selon la langue qui n'est pas présente au Québec. Pour ce qui est du revenu du ménage, les données québécoises indiquent que l'obésité est plus fréquente chez les personnes qui vivent dans des ménages à faible revenu (tableau 1), un constat à la fois vrai chez les hommes et chez les femmes et dont on note la tendance en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Le revenu exerce aussi une influence sur l'embonpoint, particulièrement chez les hommes, mais au contraire de l'obésité, ce sont ceux qui ne vivent pas dans des ménages à faible revenu qui présentent les plus fortes prévalences (50 % contre 36 % des hommes des ménages à faible revenu dans la région) (résultats selon le sexe non illustrés).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

En 2008, 20 % de la population de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrait d'obésité et 38 % faisait de l'embonpoint, pour un total de 58 % avec un surplus de poids. En 2014-2015, l'obésité touche 22 % de la population et l'embonpoint, 39 %, pour un total de 62 % avec un excès de

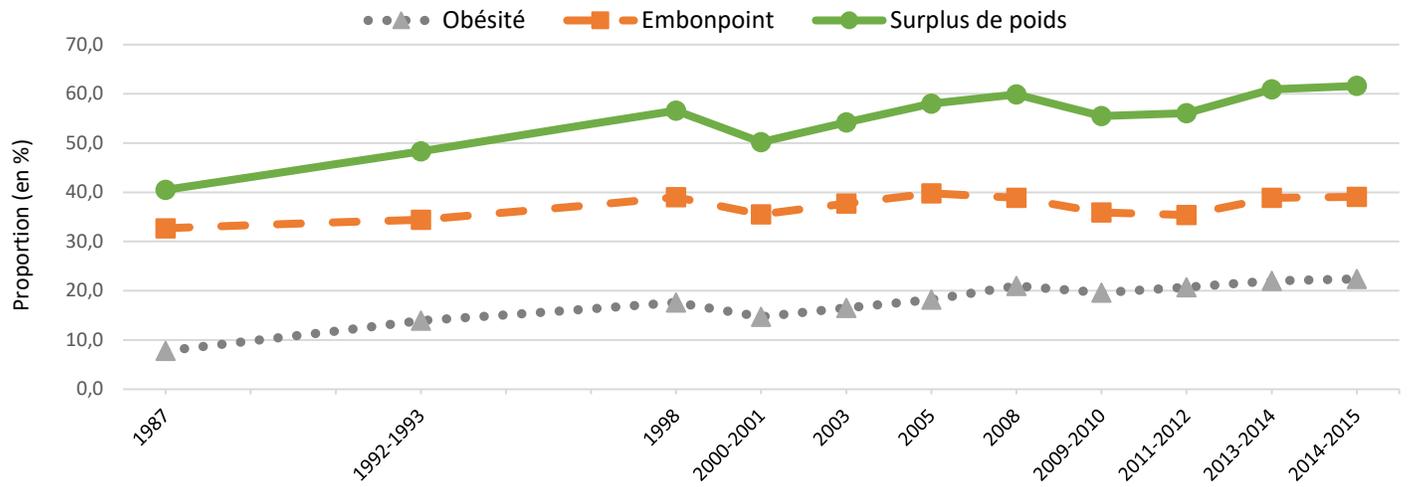
poids. Les analyses ne permettent pas de conclure à une progression significative de ces problèmes dans la région. Le Québec n'a pas vu, lui non plus, sa prévalence d'embonpoint augmenter entre 2008 et 2014-2015 (35 % aux deux enquêtes). Toutefois, la proportion de personnes obèses a fait un bond de 3 points de pourcentage en passant de 16 % à 19 %.

Cela dit, nous illustrons à la figure 2 la courbe d'évolution du surplus de poids selon ces deux composantes à travers les diverses enquêtes ayant mesuré cet indicateur depuis 1987 dans la région. En dépit des différences de méthodologie entre les enquêtes (voir l'encadré) et de la prudence qui est de mise dans l'interprétation des résultats à travers le temps, il semble que la hausse générale du surplus de poids en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine soit surtout attribuable à la progression de l'obésité.

Mesure du statut pondéral

Dans l'EQSP, le statut pondéral est calculé à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC correspond au poids de la personne divisé par sa taille au carré (kg/m²). Les catégories de l'IMC sont l'insuffisance de poids, le poids normal, l'embonpoint et l'obésité. L'embonpoint correspond à un IMC compris entre 25,0 et 29,9 et l'obésité à un IMC de 30,0 ou plus. Dans l'EQSP, le poids et la taille sont obtenus par autodéclaration du répondant et non par des mesures anthropométriques. Or, les données autodéclarées ont tendance généralement à surestimer la taille et à sous-estimer le poids, ce biais ayant pour effet de sous-estimer les prévalences d'embonpoint et d'obésité (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Figure 2 : Évolution de la proportion (en %) de la population de 18 ans et plus avec un surplus de poids, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1987 à 2014-2015



En 2014-2015, **40 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se voit avec un excès de poids.

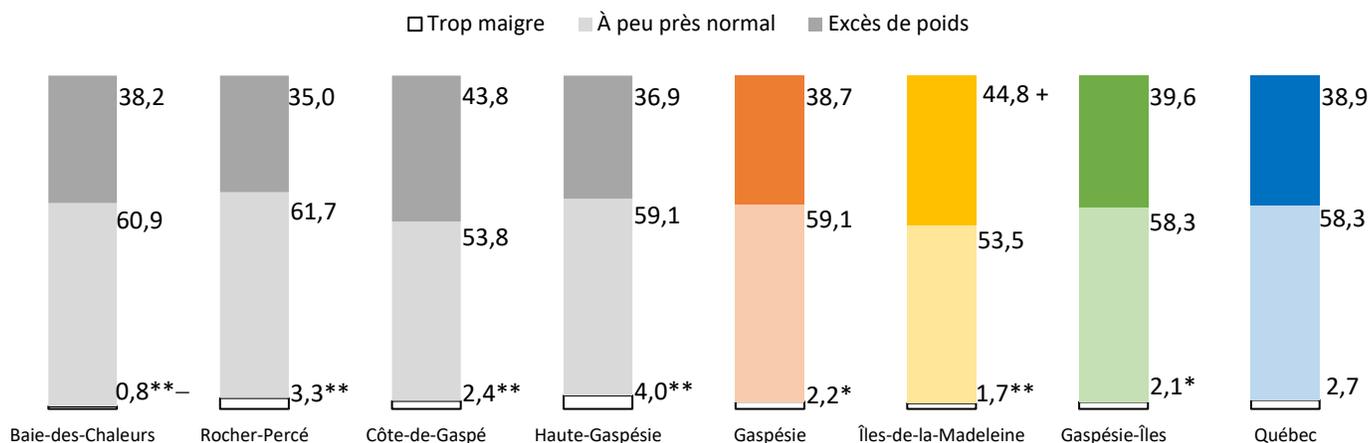
Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), 40 % des personnes de 15 ans et plus dans la région se voient avec un excès de poids, 58 % considèrent avoir un poids à peu près normal et 2,1 %* se voient trop maigres (figure 1). Ce regard que pose la population régionale sur son apparence corporelle ne se différencie pas de celui des Québécois et Québécoises. Et pourtant, le surplus de poids est plus prévalent dans la région qu'au Québec (62 % contre 54 %). Pour en savoir plus sur le statut pondéral de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, consulter [Le statut pondéral](#).

« La perception à l'égard de son poids reflète la satisfaction qu'a une personne de son image corporelle. Elle peut entraîner diverses décisions, dont celle d'avoir recours à des moyens pour contrôler son poids ou pour perdre du poids (Al Sabbah et autres, 2009; Goldschmidt et autres, 2008; Ledoux et autres, 2002; Timperio et autres, 2000). [...] Une préoccupation excessive à l'égard du poids chez les personnes peut les inciter à faire plusieurs tentatives pour perdre du poids, dont certaines peuvent présenter des risques pour la santé. » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 61)

Mesure de la perception à l'égard de son poids

Dans l'EQSP, la perception à l'égard du poids est mesurée par la question : « Considérez-vous que vous ... 1) avez un excès de poids; 2) êtes trop maigre; ou 3) êtes à peu près normal(e)? » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016)

Figure 1 : Répartition (en %) de la population de 15 ans et plus selon la perception de son poids, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

La population régionale avec un surplus de poids est moins encline à voir son excès de poids que celle du Québec. En effet, 59 % des personnes qui ont un surplus de poids dans la région se voient avec une surcharge pondérale, une proportion qui est de 64 % au Québec (résultats non illustrés). Ce regard moins juste, si l'on veut, que pose la population régionale sur son poids par rapport à la population québécoise est surtout

attribuable aux hommes. Comme le montre la figure 2, chez les hommes faisant de l'embonpoint, à peine plus du tiers (34 %) se voit avec un surplus de poids dans la région contre 42 % au Québec. De même, 78 % des hommes souffrant d'obésité dans la région voient leur surplus de poids contre 85 % des Québécois. Chez les femmes, les écarts entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec à la figure 2 ne sont pas suffisants pour être jugés significatifs au plan statistique.

Légende : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. X Donnée confidentielle.

Sources : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

La perception à l'égard du poids varie selon le sexe

De manière générale, peu importe leur statut pondéral, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se considérer trop maigres. Par exemple, 6,9 %* des hommes au poids normal dans la région croient qu'ils sont trop maigres contre seulement 2,6 %** des femmes. Au Québec, ces proportions sont respectivement de 8,0 % et 1,6 % (résultats non illustrés). À l'inverse, les femmes sont plus enclines que les hommes à se percevoir avec un excès de poids, et ce, peu importe leur poids. On remarque en effet à la figure 2 que 10 % des Gaspésiennes et Madeliniennes qui ont un poids normal jugent qu'elles ont un surplus de poids, alors que c'est le cas de seulement 4,2 % des hommes. Quand elles font de l'embonpoint ou qu'elles souffrent d'obésité, 73 % des femmes voient leur excès de poids, ce qui est le cas de moins d'un homme sur deux (48 %) (résultats non illustrés). Autrement dit,

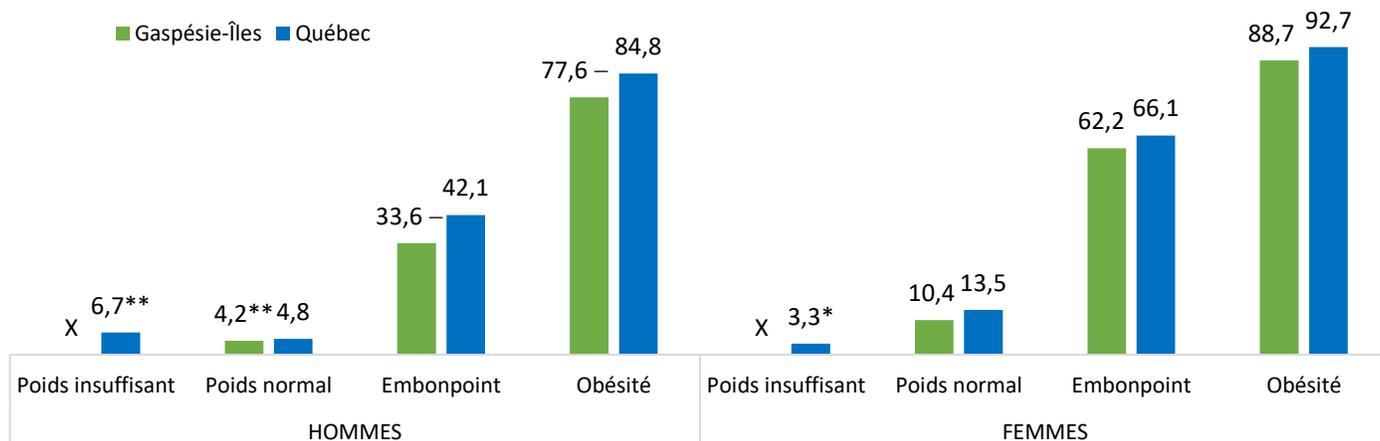
les hommes avec un excès de poids ont une vision ou une perception moins juste de leur poids que les femmes. La figure 2 montre que cette différence de perception entre les hommes et les femmes est vraie à la fois pour l'embonpoint et pour l'obésité, et qu'elle caractérise aussi la population québécoise.

En somme, quatre personnes sur dix en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qui ont un surplus de poids ne se considèrent pas avec une surcharge pondérale, une proportion nettement plus élevée chez les hommes (52 %) que chez les femmes (27 %).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

De manière générale, le regard que pose la population gaspésienne et madelinienne sur son poids n'a pas changé depuis 2008. Le même constat est fait pour le Québec.

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus se percevant avec un surplus de poids selon le statut pondéral, 2014-2015



En 2014-2015, **45 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a essayé de perdre du poids ou de le maintenir.

« Actuellement, un nombre important de personnes tentent de perdre du poids, au Québec, comme dans plusieurs autres pays industrialisés. Certaines le font pour améliorer leur santé alors que d'autres cherchent plutôt à répondre à des critères esthétiques de minceur. » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1) Or, le désir de maigrir n'est pas « banal » et les moyens utilisés peuvent comporter un risque pour la santé (Venne, Mongeau, Strecko, Paquette et Laguë, 2008) (tiré de la fiche indicateur).

Tableau 1 : Répartition (en %) de la population de 15 ans et plus selon la principale action entreprise à l'égard du poids sur une période de six mois, 2014-2015

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Perdre du poids	21,3	18,3	19,3	19,3	19,9–	20,6	20,0–	22,6
Maintenir son poids	23,0	25,4	28,7	21,6	24,7	25,9	24,9	26,6
Gagner du poids	2,5**	4,2**	2,0**	2,6**	2,8*	2,5**	2,7*–	3,7
N'avoir rien fait	53,1+	52,1	50,1	56,6+	52,7+	51,0	52,4+	47,1

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population régionale est moins nombreuse, en proportion, que celle du Québec à entreprendre des actions pour perdre du poids ou maintenir son poids. En effet, parmi l'ensemble de la population de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 20 % ont tenté de perdre du poids sur une période de 6 mois et 25 % ont essayé de contrôler leur poids, pour un total de 45 % (tableau 1). Au Québec, cette proportion est supérieure avec 49 %. La population régionale est aussi proportionnellement moins nombreuse que celle du Québec à avoir entrepris des actions afin de gagner du poids (2,7 % contre 3,7 %). Ainsi, plus de la moitié (52 %) des personnes de 15 ans et plus dans la région n'a rien fait eu égard à leur poids au cours d'une période de 6 mois, une proportion supérieure à celle des Québécois et Québécoises (47 %) (tableau 1). Comme l'indique ce tableau, ce dernier résultat pour la région tend à s'observer partout, mais n'est significatif statistiquement que dans la Baie-des-Chaleurs, La Haute-Gaspésie et la Gaspésie. Puis, encore ici, seuls les hommes de la région se différencient des Québécois en étant plus nombreux à n'avoir rien fait au sujet de leur poids (60 % contre 52 %). Comme nous le voyons au tableau 2, ce constat reste vrai, peu importe le statut pondéral. Pour leur part, les Gaspésiennes et Madeliniennes obtiennent une proportion du même ordre de grandeur que celle des Québécoises (45 % contre 42 %) (résultats selon le sexe non illustrés).

Les groupes les plus enclins à entreprendre des actions pour perdre du poids ou le maintenir

Peu importe leur statut pondéral, les femmes sont toujours plus nombreuses, en proportion, que les hommes à entreprendre des actions pour perdre du poids ou pour contrôler leur poids. Comme on peut le lire au tableau 2, ce résultat différencié selon les sexes est systématiquement observé dans tous les territoires. De plus, il est plus fréquent d'entreprendre des actions de ce type chez les personnes faisant de l'embonpoint que chez celles au poids normal et l'est encore davantage chez celles souffrant d'obésité. Par exemple, chez les hommes de la région, 14 % de ceux ayant un poids normal ont tenté de perdre ou de maintenir leur poids sur une période de 6 mois, une proportion qui grimpe à 41 % chez ceux faisant de l'embonpoint et à 57 % chez les hommes obèses. Néanmoins, il importe de noter que 35 % des personnes souffrant d'obésité, un facteur de risque majeur à plusieurs autres problèmes de santé, n'ont rien fait à l'égard de leur poids sur une période de 6 mois (43 % chez les hommes et 27 % chez les femmes) (tableau 2). Mentionnons que ces quelques constats régionaux reflètent ceux de tous les territoires de la région.

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

En 2008, 35 % des personnes de 15 ans et plus dans la région avaient entrepris des actions pour maintenir leur poids ou en perdre. En 2014-2015, cette proportion a grimpé à 44 % (estimation comparable à 2008 obtenue par téléphone). Le Québec a aussi vu cette proportion augmenter de 36 % à 48 % entre les deux enquêtes (résultats non illustrés).

¹ Cet indicateur est affecté par le changement de mode de collecte entre 2008 et 2014-2015. Les comparaisons avec 2008 sont faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de 2014-2015.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. X Donnée confidentielle.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2008 et 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Tableau 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus qui a tenté de maintenir ou perdre du poids sur une période de 6 mois selon le statut pondéral, 2014-2015

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
HOMMES								
Poids normal	11,3**	19,6**	21,1**	13,6**	15,4*	X	14,4	21,3
Embonpoint	40,2	39,8*	41,6	39,1*	40,3	44,6	40,9	50,4
Obésité	64,2	54,8*	52,4*	61,4*	58,3	49,3*	57,0	68,2
FEMMES								
Poids normal	31,5	40,8	31,8*	32,1*	33,9	38,3	34,4	45,5
Embonpoint	75,5	55,5	70,7	56,7	68,0	72,5	68,7	69,0
Obésité	69,9	76,7	80,5	69,3	73,8	71,4	73,4	75,1

Aucun test statistique n'a été fait pour comparer les territoires de la région au Québec ni pour comparer les hommes et les femmes.

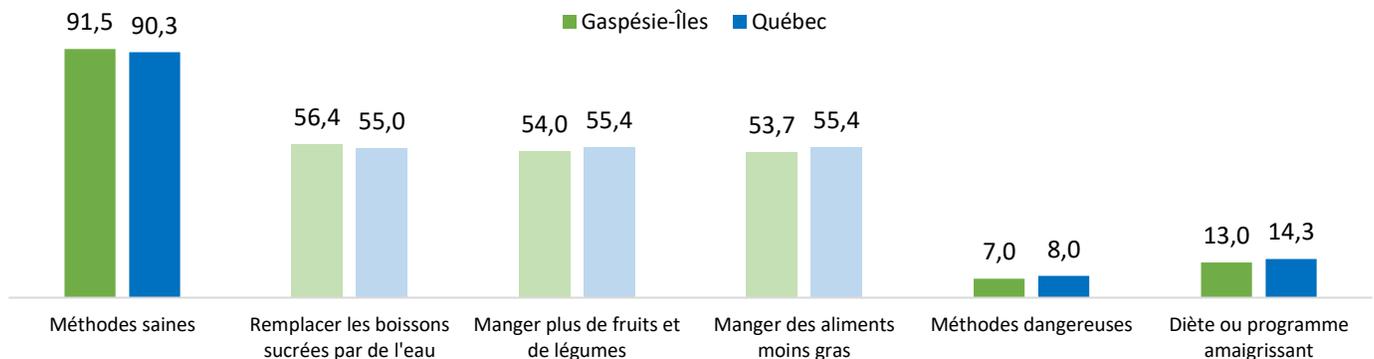
Les méthodes amaigrissantes

En 2014-2015, **92 %** des personnes ayant tenté de perdre du poids ou de le contrôler en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont eu recours à des méthodes saines presque tous les jours.

Rappelons qu'en 2014-2015, 45 % de la population de 15 ans et plus dans la région a essayé de perdre du poids ou de le contrôler. Les résultats qui suivent portent uniquement sur ces personnes.

« ... les produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) qui sont utilisés pour perdre du poids sont souvent inefficaces, en plus d'être potentiellement dangereux pour la santé (Jalbert et St-Pierre-Gagné, 2015). Pourtant, plusieurs méthodes saines pour contrôler son poids existent, notamment le choix d'une alimentation moins grasse et moins sucrée ou la pratique d'activités physiques sur une base régulière. » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 61)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir selon le recours à diverses méthodes sur une période de six mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'EQSP 2014-2015, la population régionale qui tente de perdre du poids ou de le contrôler recourt sensiblement aux mêmes méthodes que celles du Québec. Tout d'abord, 92 % de la population qui a essayé de perdre du poids ou de maintenir son poids sur une période de six mois a eu recours à au moins une des méthodes saines proposées dans l'EQSP (voir la liste des méthodes saines au tableau 3), une proportion ne se distinguant pas de celle du Québec (90 %) (figure 1). De même, les trois méthodes les plus populaires pour perdre du poids ou le contrôler sont les mêmes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec : remplacer les boissons sucrées par de l'eau

(56 % dans la région), manger plus de fruits et de légumes (54 %) et manger des aliments moins gras (54 %) (figure 1).

Ensuite, 7,0 % de la population régionale qui a souhaité perdre du poids ou contrôler son poids a eu souvent recours à au moins une méthode pouvant être dangereuse pour la santé, comme sauter des repas, ne pas manger toute la journée, prendre des substituts de repas, prendre des laxatifs ou encore, recommencer à fumer. Cette proportion régionale ne se différencie pas de celle obtenue au Québec (8,0 %) (figure 1).

Enfin, toujours parmi les personnes essayant de perdre ou de maintenir leur poids, 13 % ont suivi au moins une fois une diète ou un programme amaigrissant commercial comme Weight Watchers ou Minçavi (14 % au Québec) (figure 1).

Le choix des méthodes selon le sexe

De manière générale, les hommes et les femmes sont aussi nombreux à recourir à des méthodes saines pour perdre du poids ou contrôler leur poids (92 % contre 91 %) (tableau 3). Toutefois, les femmes utilisent davantage de méthodes que les hommes : 56 % des femmes ont eu recours à 5 méthodes différentes ou plus sur une période de 6 mois alors que cette proportion est de 43 % chez les hommes (résultats non illustrés). De plus, même si les méthodes les plus populaires sont les mêmes pour les hommes et les femmes, ces dernières sont quand même proportionnellement plus nombreuses que les hommes à essayer de contrôler leur poids ou d'en perdre en mangeant plus de fruits et de légumes, moins d'aliments gras et moins d'aliments sucrés. Elles sont plus enclines également à cuisiner davantage, à diminuer les portions et à porter attention aux signaux de faim et de satiété (tableau 3).

Les femmes qui désirent perdre du poids ou contrôler leur poids recourent davantage que les hommes aux diètes ou aux programmes amaigrissants (15 % contre 9,9 %*). Par contre, elles ne se différencient pas de leurs homologues masculins pour ce qui est du recours aux méthodes potentiellement dangereuses (tableau 3).

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

En 2008, 94 % de la population régionale désirant maintenir son poids ou en perdre avait eu recours à au moins une méthode

saine. Six années plus tard, cette proportion est restée dans les mêmes ordres de grandeur avec 92 % (estimation comparable à 2008 obtenue par téléphone). Au Québec, les données indiquent plutôt une légère baisse de ce pourcentage entre 2008 (96 %) et 2014-2015 (92 %).

Quant aux méthodes dangereuses, la proportion de la population y ayant recours n'a pas varié entre 2008 et 2014-2015, et ce, dans la région comme au Québec. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, en 2008, 6,4 %* des personnes voulant perdre du poids ou le contrôler avaient souvent eu recours à au moins une méthode pouvant être dangereuse pour la santé, une proportion qui est de 6,0 %* en 2014-2015 (estimation comparable à 2008 obtenue par téléphone).

Entre 2008 et 2014-2015, les diètes et les programmes amaigrissants ont perdu en popularité. En effet, alors que 23 % des personnes qui voulaient perdre du poids ou le contrôler avaient eu recours à cette méthode en 2008, c'est le cas de 13 % en 2014-2015 (estimation comparable à 2008 obtenue par téléphone). Un résultat similaire est obtenu au Québec où la proportion a chuté de 23 % à 13 % entre les deux enquêtes. Ce résultat est extrêmement positif 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, page 152)

Tableau 3 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids selon le recours à diverses méthodes sur une période de six mois, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015

	Hommes	Femmes	Total
Recours à au moins une méthode saine presque tous les jours	92,1	91,0	91,5
Remplacer les boissons sucrées par de l'eau	55,2	53,4	56,4
Manger plus de fruits et de légumes	40,9	62,7	54,0
Manger des aliments moins gras	44,9	59,5	53,7
Cuisiner davantage	37,6	49,6	44,8
Manger des aliments moins sucrés	37,2	46,0	42,5
Porter attention aux signes de faim et de satiété	25,5	43,2	36,1
Réduire le grignotage entre les repas	30,5	39,3	35,8
Réduire la consommation de « fast food » et de repas livrés	31,3	36,6	34,5
Faire de l'activité physique 30 minutes dans la journée (loisirs, déplacements)	31,1	35,4	33,7
Diminuer les portions	25,9	37,6	32,9
Diminuer la consommation de boissons sucrées	34,0	30,8	32,1
Diminuer la consommation d'alcool	15,2	10,7	12,5
Recours souvent à au moins une méthode dangereuse	6,0**	7,6	7,0
Recours au moins une fois à une diète ou un programme amaigrissant	9,9*	15,1	13,0

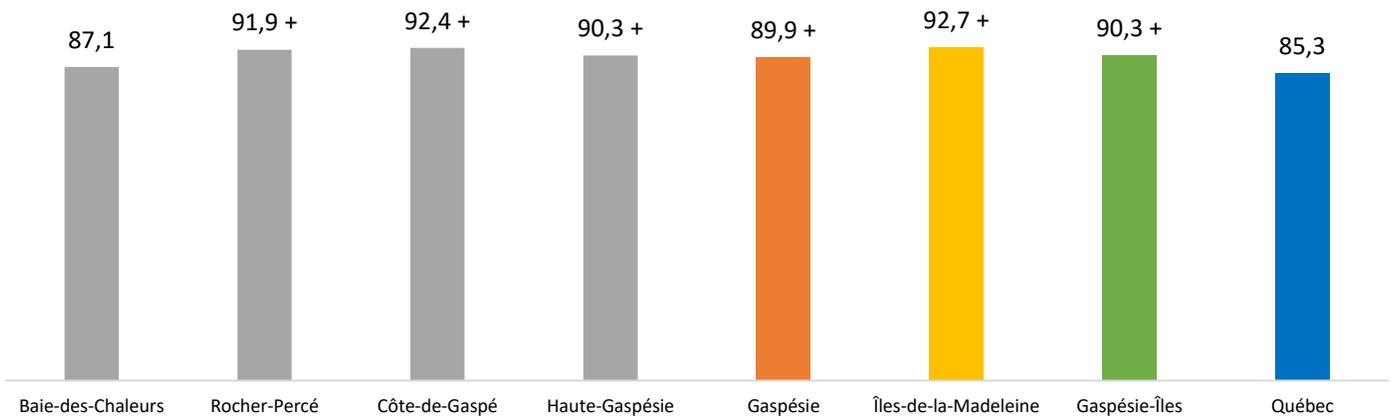
Le recours aux services préventifs et curatifs

En 2014-2015, **90 %** des adultes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont fait prendre leur tension artérielle lors de la dernière visite médicale il y a moins d'un an.

Ce résultat obtenu dans la région pour toutes les visites médicales (90 %) semble indiquer que l'esprit de l'objectif du *Programme éducatif canadien sur l'hypertension* est rencontré, puisque celui-ci vise à ce que la pression artérielle soit prise à toutes les visites dites appropriées.

Dans les pays riches, l'hypertension artérielle est, tout juste après le tabagisme, le deuxième facteur de risque de mortalité (WHO, 2009). « C'est un facteur de risque important de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, de maladie vasculaire périphérique et d'insuffisance rénale. [...] Si elle n'est pas traitée, l'hypertension peut réduire d'une dizaine d'années l'espérance de vie de l'individu (Bélanger, 2008). En 2008, le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) recommandait pour tous les adultes que la pression artérielle (PA) soit mesurée à toutes les visites appropriées par un professionnel de la santé entraîné afin de déterminer le risque de maladie cardiovasculaire et évaluer l'efficacité du traitement antihypertenseur (Programme éducatif canadien sur l'hypertension, 2008). » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 18 ans et plus dont on a pris la tension artérielle à la dernière visite médicale il y a moins d'un an, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la majorité des adultes dans la région (90 %) qui a consulté un médecin généraliste dans la dernière année a fait prendre sa pression artérielle. Cette proportion est supérieure à celle du Québec, comme c'est le cas à peu près partout sauf dans la Baie-des-Chaleurs (figure 1). Comme on peut le lire au tableau 1, cet écart en faveur de la région s'observe presque systématiquement, peu importe le sexe et le groupe d'âge.

Groupes moins nombreux à faire prendre leur tension artérielle

La prise de la tension artérielle à la dernière visite médicale est plus fréquente chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. Autrement, le sexe, la langue parlée et le revenu du ménage ne sont pas associés au fait d'appliquer ou non cette pratique clinique préventive (tableau 1 à la page suivante). Toutefois, le **statut pondéral** y est associé, les personnes souffrant d'obésité et celles faisant de l'embonpoint étant un peu plus nombreuses, en proportion, à déclarer que leur pression artérielle a été prise à leur dernière visite médicale que les personnes au poids normal (93 % et 91 % respectivement contre 87 %) (résultats non illustrés). Des résultats similaires sont obtenus au Québec.

¹ Cet indicateur est affecté par le changement de mode de collecte entre 2008 et 2014-2015. Les comparaisons avec 2008 sont faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de 2014-2015.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2008 et 2014-2014, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 18 ans et plus dont on a pris la tension artérielle à la dernière visite médicale il y a moins d'un an, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	90,9+	86,2
Femmes	89,7+	84,6
Groupe d'âge		
18-24 ans	85,3+	71,3
25-44 ans	86,8+	80,8
45-64 ans	90,3+	88,3
65 ans et plus	93,8	91,9
Langue parlée à la maison		
Français	89,9	85,7
Anglais	94,0	85,1
Revenu du ménage		
Faible revenu	90,1	85,4
Autres ménages	90,2	85,4
TOTAL	90,3+	85,3

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

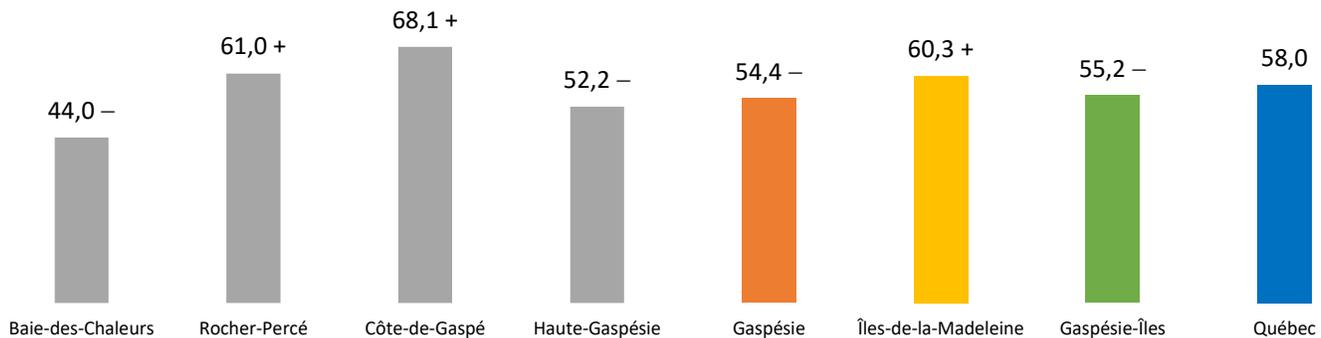
La proportion de personnes dont on a pris la tension artérielle à la dernière visite médicale n'a pas varié entre les deux enquêtes (91 % en 2008 et en 2014-2015). Au Québec, la proportion a légèrement augmenté en passant de 83 % à 85 %.

La mammographie de dépistage du cancer du sein

Au cours des deux années 2014-2015, **55 %** des femmes de 50 à 69 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont passé une mammographie de dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Au Québec, on recommande aux femmes de 50 à 69 ans de passer une mammographie de dépistage tous les deux ans et le PQDCS vise à ce qu'au moins 70 % y participent. Avec ce taux de participation, une réduction de mortalité par **cancer du sein** peut être obtenue, celle-ci variant de 20 à 50 % sinon plus selon les études (Deck, Dufort et Rousseau, 2016).

Figure 1 : Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage et ayant consenti au transfert d'information au PQDCS au cours des deux années 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon les données du système d'information du PQDCS, en 2014-2015, la région obtient un plus faible pourcentage de participation à ce programme que le Québec (figure 1). Cette figure illustre aussi les variations relativement importantes entre les résultats des différents territoires locaux, La Côte-de-Gaspé se démarquant nettement positivement (68 %) et la Baie-des-Chaleurs, plus défavorablement (44 %). Ce faible pourcentage obtenu dans la Baie-des-Chaleurs est attribuable en bonne partie au territoire d'Avignon où seulement 35 % des femmes de 50 à 69 ans ont participé au PQDCS au cours des deux années 2014-2015. Cette situation particulière dans le secteur d'Avignon n'est pas nouvelle et s'expliquerait par le fait que plusieurs femmes se prévalent de ce service à Campbellton plutôt qu'au Québec et ne sont donc pas comptabilisées dans les données de la province. Le secteur de Bonaventure obtient pour sa part un pourcentage de 52 % (résultats non illustrés).

Groupes moins nombreux à participer au PQDCS

Comme on peut le lire au tableau 1, la participation au PQDCS est sensiblement la même, peu importe le groupe d'âge des

femmes. Toutefois, les femmes pour lesquelles les correspondances se font en anglais sont clairement moins nombreuses, en proportion, à participer au programme, et ce, dans la région comme au Québec. Ce résultat n'est pas nouveau; il a été systématiquement observé depuis les dix dernières années tant au Québec qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 1 : Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage et ayant consenti au transfert d'information au PQDCS au cours des deux années 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Groupe d'âge		
50-54 ans	54,7–	57,0
55-59 ans	55,4–	57,9
60-64 ans	56,4–	59,1
65-69 ans	54,3–	58,2
Langue de correspondance†		
Français	56,7–	59,8
Anglais	38,9–	43,2
TOTAL	55,2–	58,0

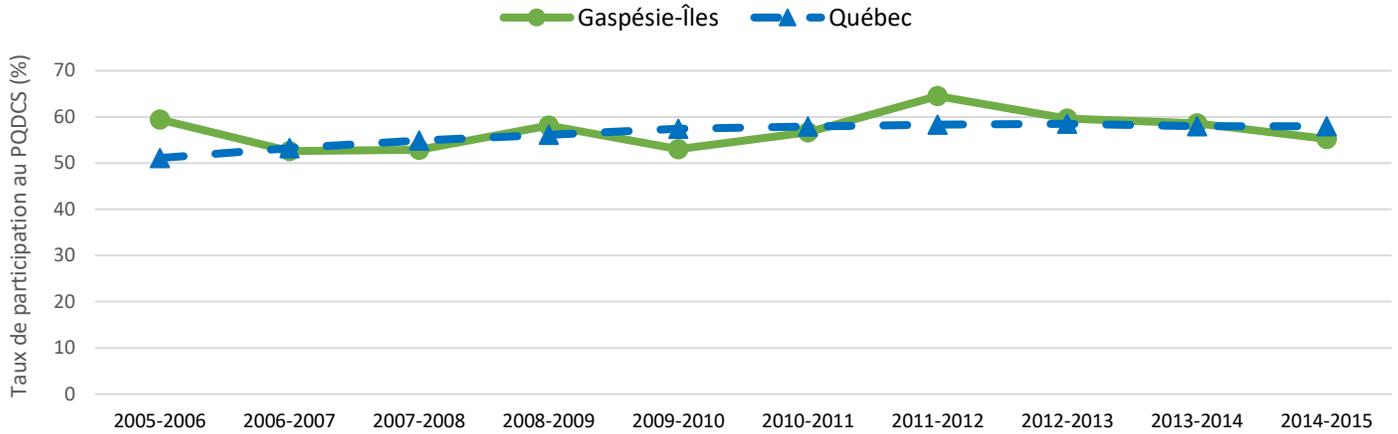
Symboles : + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Système d'information du PQDCS, Institut national de santé publique du Québec, extraction du 19 avril 2016, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Évolution entre 2005-2006 et 2014-2015

Enfin, comme l'illustre la figure 2, après avoir connu un sommet en 2011-2012 avec un pourcentage de 65 %, le taux régional de participation au PQDCS a diminué au cours des trois périodes suivantes pour se situer à 55 % en 2014-2015. Pour sa part, le taux québécois est relativement stable depuis 2010.

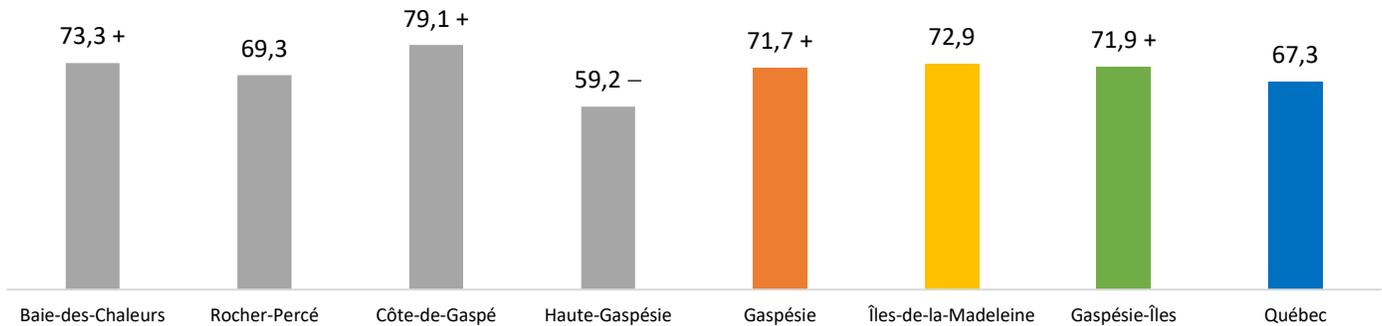
Figure 2 : Proportion (en %) des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage et ayant consenti au transfert d'information au PQDCS, 2005-2006 à 2014-2015



En 2014-2015, **72 %** des femmes de 18 à 69 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont passé un test de Pap depuis moins de trois ans.

Le test de Pap (ou Papanicolaou) est « utilisé pour détecter des changements dans les cellules du col de l'utérus qui peuvent mener au cancer. » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 111) Les nouvelles lignes directrices québécoises recommandent aux femmes de passer un test de dépistage tous les deux ou trois ans à partir de 21 ans jusqu'à 65 ans. Après cet âge, le dépistage n'est plus nécessaire chez les femmes qui ont passé des tests régulièrement et si les résultats des deux derniers tests faits au cours des dix dernières années sont négatifs (INSPQ, 2011).

Figure 1 : 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, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (EQSP), la proportion de femmes dans la région affirmant avoir passé un test de Pap depuis moins de 3 ans est supérieure à celle du Québec (72 % contre 67 %) (figure 1). Ce constat favorable à la région est en bonne partie attribuable aux résultats obtenus dans la Baie-des-Chaleurs et dans La Côte-de-Gaspé. Puis, comme on peut le lire au tableau 1, la proportion de Gaspésiennes et Madeliniennes ayant passé un test de Pap depuis moins de 3 ans tend à être supérieure à celle des Québécoises, peu importe le groupe d'âge, bien que la différence ne soit significative que chez les 25-44 ans.

Groupes moins nombreux à passer un test de Pap

Les jeunes femmes de 18-24 ans et les femmes de 45-69 ans sont moins nombreuses, en proportion, à avoir passé un test de Pap dans les délais recommandés que celles de 25-44 ans. Soulignons que la proportion obtenue dans le groupe des 18-24 ans est tout de même élevée considérant que l'âge recommandé pour commencer le dépistage est de 21 ans. Par ailleurs, les femmes vivant dans un ménage à faible revenu sont aussi moins susceptibles d'avoir passé un test de Pap depuis moins de trois ans que les autres femmes (tableau 1). Également, la scolarité exerce un gradient net sur cet indicateur, la proportion à avoir passé un test de Pap depuis moins de trois ans passant de 58 % chez les femmes sans DES à 70 % chez celles avec un DES pour augmenter à 77 % et 81 % respectivement chez celles ayant un diplôme d'études

collégiales ou un diplôme universitaire (résultats non illustrés). Enfin, au Québec, la probabilité d'avoir eu cet examen préventif dans les délais recommandés augmente avec le nombre de partenaires sexuels qu'ont eu les femmes dans la dernière année. Les plus faibles effectifs dans la région ne permettent pas de conclure à cet égard.

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

En 2008, 73 % des femmes de 18 à 69 ans affirmaient avoir passé un test de Pap depuis moins de trois ans. En 2014-2015, cette proportion est aussi de 73 % (donnée comparable à 2008 obtenue par téléphone). Au Québec toutefois, la proportion a perdu quelques points de pourcentage entre les deux enquêtes (69 % en 2014-2015 contre 73 % en 2008).

Tableau 1 : 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, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Groupe d'âge†		
18-24 ans	67,0	54,7
25-44 ans	83,8+	77,1
45-69 ans	66,9	63,0
Langue parlée à la maison		
Français	71,4	67,7
Anglais	76,2	70,0
Revenu du ménage†		
Faible revenu	63,7	58,2
Autres ménages	74,6	70,1
TOTAL	71,9+	67,3

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

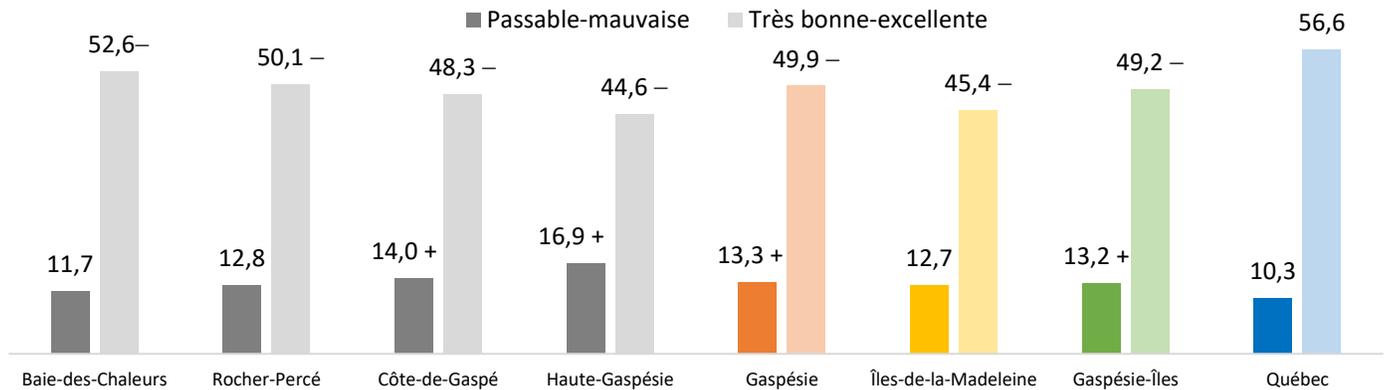
Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2008 et 2014-2014, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

L'état de santé globale

En 2014-2015, **49 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine perçoit sa santé comme très bonne ou excellente, tandis que 13 % la considèrent passable ou mauvaise.

L'état de santé autoévalué est le bilan qu'un individu fait de sa santé physique et mentale en fonction de ses propres valeurs (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999). Cette mesure de l'état de santé est considérée comme un indicateur fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs de santé objectifs comme les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle et la limitation des activités (Levasseur, 2000; Shields et Shooshtari, 2001) (tiré de Fiche-indicateur, Infocentre de santé publique, 2016).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus percevant sa santé passable ou mauvaise, et proportion la percevant très bonne ou excellente, 2014-2015



Pour alléger la figure, nous n'avons pas inscrit la proportion de la population qui perçoit sa santé bonne.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population régionale fait un bilan plus négatif de sa santé que celle du Québec. En effet, en 2014-2015, 49 % perçoivent leur santé très bonne ou excellente, une proportion qui s'élève à 57 % au Québec, tandis que 13 % la jugent passable ou mauvaise (10 % au Québec) (figure 1). Ce résultat en défaveur de la région est vrai chez les hommes et chez les femmes (tableau 1), peu importe le territoire local de résidence, celui de La Haute-Gaspésie se démarquant de manière sensible de celui du Québec (figure 1). Depuis le début des années 2000, les données de l'EQSP ainsi que celles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de Statistique Canada indiquent qu'à âge égal, la population gaspésienne et madelinienne perçoit généralement moins positivement sa santé que la population québécoise, une différence surtout attribuable aux hommes (résultats non illustrés).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus percevant sa santé passable ou mauvaise, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	12,2+	9,8
Femmes	14,2+	10,7
Groupe d'âge†		
15-24 ans	3,2**	4,7
25-44 ans	6,8*	6,0
45-64 ans	14,5+	11,8
65 ans et plus	21,5	18,9
Langue parlée à la maison†		
Français	12,4	10,1
Anglais	24,7	11,4
Revenu du ménage†		
Faible revenu	25,3	21,0
Autres ménages	8,2	6,9
TOTAL	13,2+	10,3

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

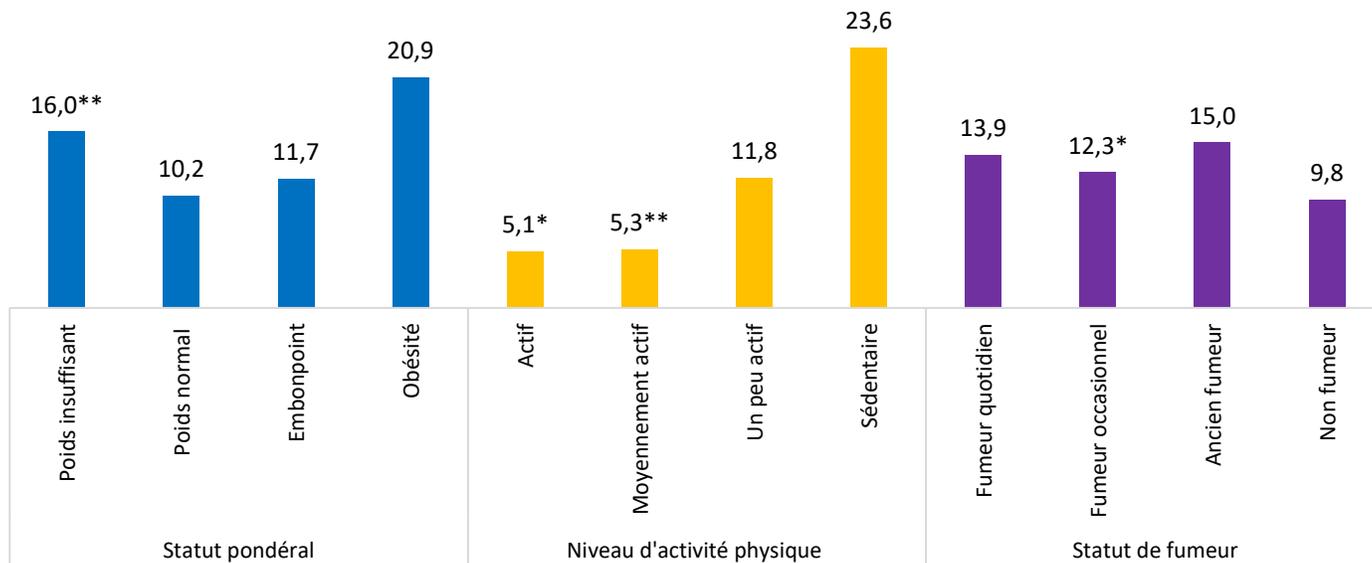
Sources : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015. Statistique Canada, ESCC 2000-2001 à 2013-2014. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes percevant plus négativement leur santé

En général, les femmes jugent plus négativement leur santé que les hommes. Mais des différences plus importantes séparent les anglophones des francophones, ainsi que les personnes vivant dans des ménages à faible revenu par rapport aux personnes des autres ménages (tableau 1). D'autres caractéristiques ou habitudes de vie sont aussi associées à une perception plus négative de sa santé. C'est le cas des personnes souffrant d'obésité qui sont clairement plus nombreuses à faire un bilan négatif de leur santé que les personnes au poids normal ou que celles faisant de l'embonpoint (figure 2). Cette

figure illustre également que moins les gens sont **actifs physiquement**, plus ils sont enclins à percevoir leur santé passable ou mauvaise. Ce résultat reste vrai quand on contrôle pour l'effet de l'âge. Les **fumeurs** actuels de cigarettes et plus particulièrement les anciens fumeurs ont tendance à juger plus négativement leur santé que les personnes qui n'ont jamais fumé (figure 2). Enfin, au Québec, le fait d'avoir un **sommeil souvent perturbé ou dérangé par le bruit ambiant** est lié à une perception plus négative de sa santé, une tendance, bien que non significative, aussi observée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (résultats non illustrés).

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus percevant sa santé passable ou mauvaise selon diverses caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015

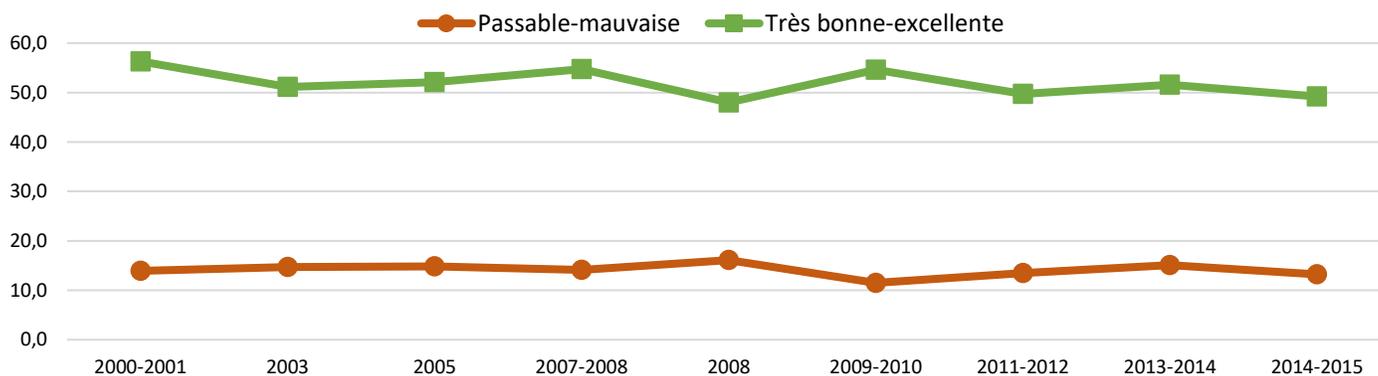


Évolution entre 2008 et 2014-2015

Entre 2008 et 2014-2015, on note une légère amélioration de la perception qu'ont les résidents de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine de leur santé. En effet, la proportion des personnes percevant leur santé passable ou mauvaise a diminué de 16 % en 2008 à 13 % en 2014-2015. Toutefois, la proportion à juger leur santé très bonne ou excellente n'a pas varié entre les deux

enquêtes (48 % en 2008 et 49 % en 2014-2015). Quand on examine cet indicateur sur une plus longue période, en jumelant les données de l'EQSP à celles de l'ESCC de Statistique Canada, il ne se dégage aucun changement majeur, ni positif ni négatif, dans le bilan que font les gens de la région de leur santé (figure 3). Un constat similaire est fait pour le Québec (résultats du Québec non illustrés).

Figure 3 : Proportion (en %) de la population percevant sa santé passable ou mauvaise, et proportion (en %) la percevant très bonne ou excellente, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2000-2001 à 2014-2015



Les données de l'ESCC concernent la population de 12 ans et plus tandis que celles de l'EQSP concernent les 15 ans et plus.

En 2011-2013, l'espérance de vie en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est de **80,4 ans**, c'est environ une année et demie de moins que celle du Québec.

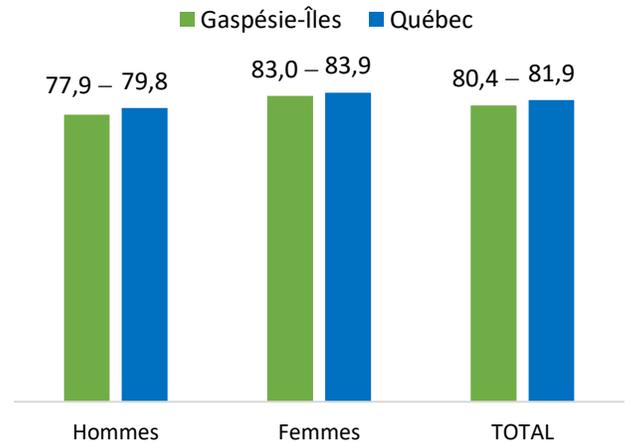
Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Au cours des 3 années 2011 à 2013, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre une espérance de vie à la naissance de 80,4 ans. Avec ce résultat, la population gaspésienne et madelinienne peut espérer vivre moins longtemps que celle du Québec, c'est-à-dire environ une année et demie de moins (figure 1). Comme l'illustre la figure 1, ce constat en défaveur de la région s'observe chez les deux sexes. Néanmoins, les Gaspésiens et Madelinots accusent un retard particulièrement marqué par rapport aux Québécois, comme ce fut généralement le cas depuis le milieu des années 90 (voir la figure 3 à la page suivante), et ce, principalement en raison de leur surmortalité par [cancer](#), par [traumatismes](#) et par [suicide](#). Quant aux femmes, elles ont toujours obtenu une espérance de vie semblable sinon supérieure même à celle des Québécoises, sauf au cours des deux dernières périodes 2008-2010 et 2011-2013 (figure 3 à la page suivante). On peut supposer que ce léger déficit des dernières années est attribuable, en partie du moins, à la surmortalité par cancer et par [maladies cardiovasculaires](#) qu'elles ont enregistrée durant ces années.

L'espérance de vie mesurée à l'échelle des territoires locaux présente une imprécision relativement importante en raison des petites populations qui les composent. C'est pourquoi il est

préférable, pour ces territoires, de mesurer l'espérance de vie sur une période de 5 ans plutôt que sur une période de 3 ans. Ainsi, en 2009-2013, tous les territoires locaux de la région ont une espérance de vie moindre que celle du Québec, à l'exception seulement des Îles-de-la-Madeleine qui ne se distingue pas d'un point de vue statistique de la province (figure 2).

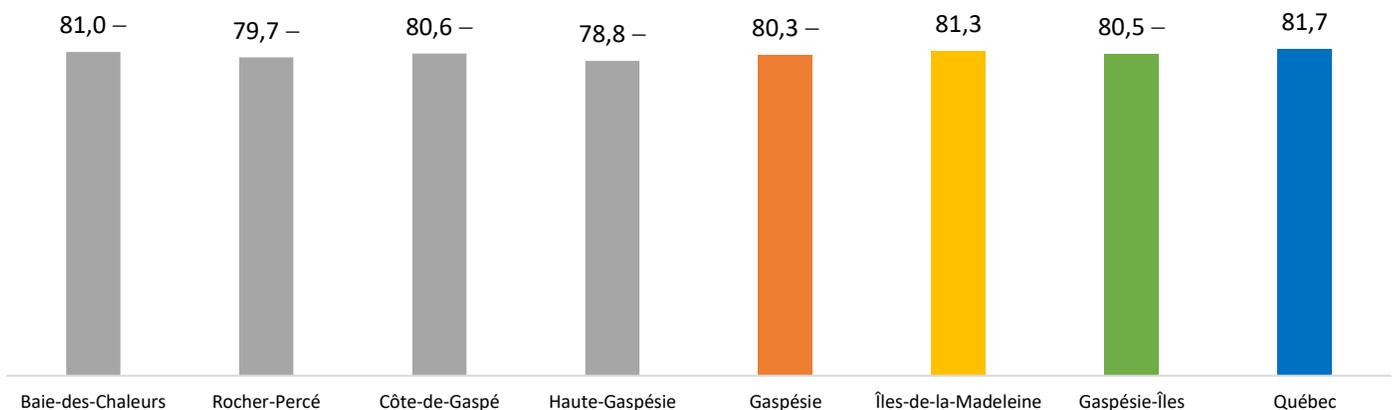
Figure 1 : Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe, 2011-2013



L'espérance de vie

Dans cette fiche, nous présentons les données sur l'espérance de vie à la naissance. L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre moyen d'années de vie que peut espérer vivre un bébé qui naît aujourd'hui sous l'hypothèse qu'il sera soumis toute sa vie aux taux de mortalité par âge observés aujourd'hui.

Figure 2 : Espérance de vie à la naissance (en années) sexes réunis, 2009-2013



Symboles : – Valeur significativement inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

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

Groupes avec une plus faible espérance de vie

Encore en 2011-2013, l'espérance de vie des hommes est inférieure à celle des femmes, et ce, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec. Dans la région, l'écart en défaveur des hommes est d'environ 5 ans (77,9 ans contre 83,0 ans chez les femmes) et au Québec, d'environ 4 ans (réf. : figure 1). Le tableau 1 présente les résultats selon les sexes dans les territoires locaux. On y constate que partout, l'espérance de vie des hommes est moindre que celle des femmes. Notons toutefois qu'en Gaspésie-Îles-de-la-

Madeleine et au Québec, l'écart entre les hommes et les femmes a diminué de manière notable au cours des 30 dernières années (figure 3).

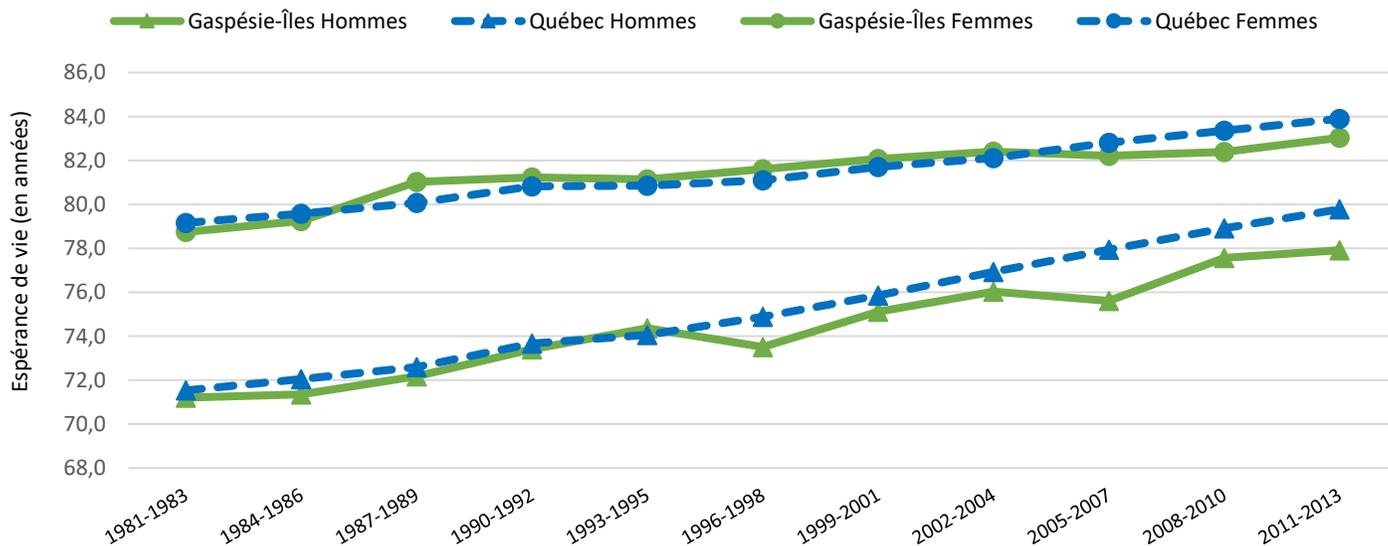
Évolution de l'espérance de vie

Depuis le début des années 80, les hommes et les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Québec ont fait des gains majeurs au chapitre de leur longévité (figure 3). Dans la région, l'espérance de vie des hommes s'est accrue de plus de 6 ans et demi environ, et celle des femmes, de près de 4 ans et demi.

Tableau 1 : Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe, 2009-2013

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Hommes	78,4-	77,7-	79,0	75,5-	78,0-	79,2	78,1-	79,5
Femmes	83,7	81,7-	82,1-	82,4-	82,7-	83,4	82,8-	83,7
TOTAL	81,0-	79,7-	80,6-	78,8-	80,3-	81,3	80,5-	81,7

Figure 3 : Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe, 1981-1983 à 2011-2013



En 2012-2014, **35 %** des décès en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont attribuables au cancer, suivis loin derrière par les maladies cardiovasculaires avec 25 % des décès.

Au cours des 3 années 2012 à 2014, 3 009 personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont décédées. De ce nombre, 1 065 sont mortes d'un cancer, faisant de cette maladie la cause la plus fréquente de décès dans la région (35 % des

décès), comme c'est le cas dans tous les RLS et au Québec (figure 1). Les **maladies cardiovasculaires** arrivent, quant à elles, au deuxième rang avec 25 % des décès en 2012-2014 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, suivies des maladies de l'appareil respiratoire avec 8,7 %. La figure 2 illustre pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine les causes plus précises de décès. On y lit notamment que les **cancers pulmonaires** ont été la cause de 13 % des décès en 2012-2014, les maladies du cœur, de 19 %, et les **maladies pulmonaires obstructives chroniques**, de 5,0 % des décès.

Figure 1 : Répartition (en %) des décès selon les grandes causes, 2012-2014p

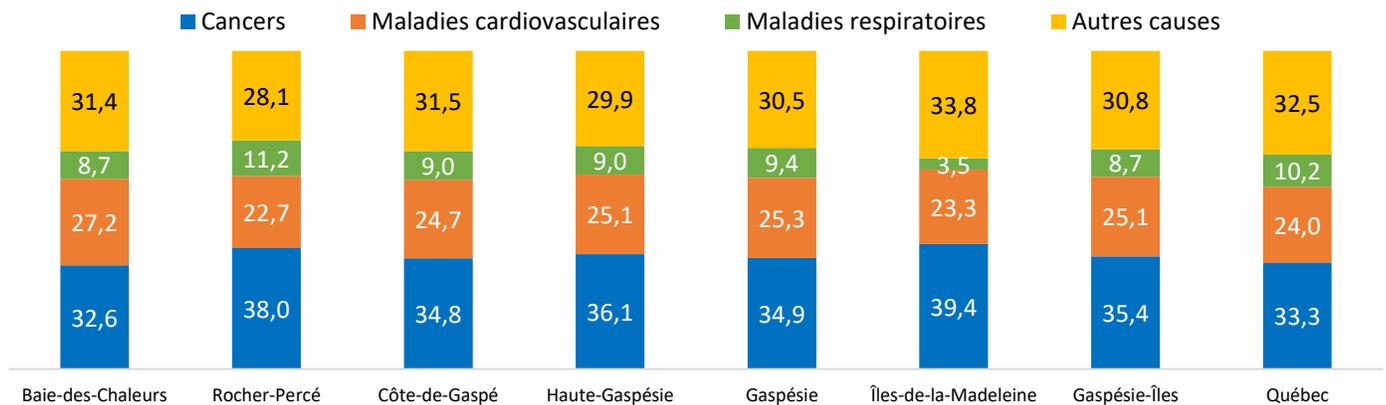
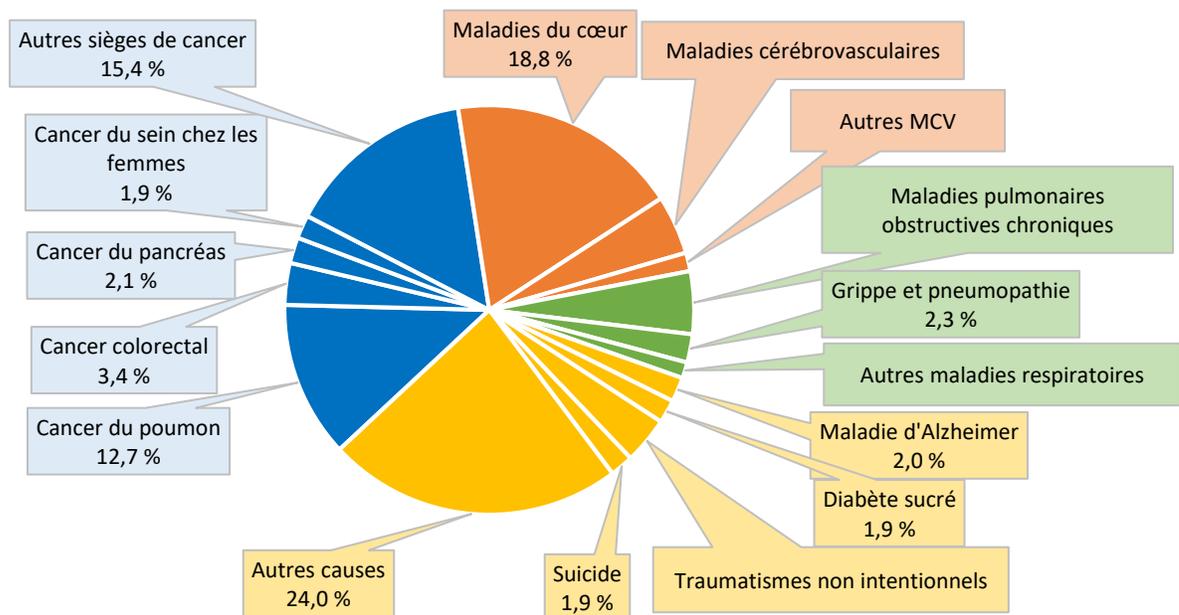


Figure 2 : Répartition (en %) des causes plus précises de décès, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2012-2014p



Source : MSSS, Fichier des décès, données compilées et analysées par la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.
P : Les données 2013 et 2014 sont provisoires.

La santé des nouveau-nés et des tout-petits

Les bienfaits de l'allaitement maternel ne font nul doute, tant pour la santé de l'enfant que pour celle de la mère ainsi que pour la relation mère-enfant (OMS, 2017). Ce mode d'alimentation procure aussi une protection contre les effets dévastateurs de la pauvreté chez les tout-petits (Paquet, Gamache, Hamel, 2006, tiré de MSSS et INSPQ, 2007). C'est pourquoi, il est généralement recommandé que les bébés soient nourris exclusivement au lait maternel jusqu'à l'âge de 6 mois (c'est-à-dire qu'ils ne reçoivent aucun autre liquide ou solide) et que par la suite, le lait maternel continue de faire partie de l'alimentation des enfants, en complément avec d'autres aliments adéquats jusqu'à l'âge de 2 ans et même plus (OMS, 2017; MSSS, 2008).

D'avril 2013 à mars 2016, **68 %** des bébés de mères gaspésiennes et madelinienne sont allaités lors du premier contact de l'infirmière du CLSC avec la famille, soit de manière exclusive (54 %) ou non (14 %).

Objectif régional

Dans son **Plan d'action régional de santé publique 2016-2021**, la Direction de santé publique vise à faire passer le **taux d'allaitement exclusif** lors du premier contact postnatal à 60 % d'ici 2021 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Figure 1 : Taux d'allaitement (en %) des bébés lors du premier contact de l'infirmière du CLSC selon le type d'allaitement, années financières 2013-2014 à 2015-2016

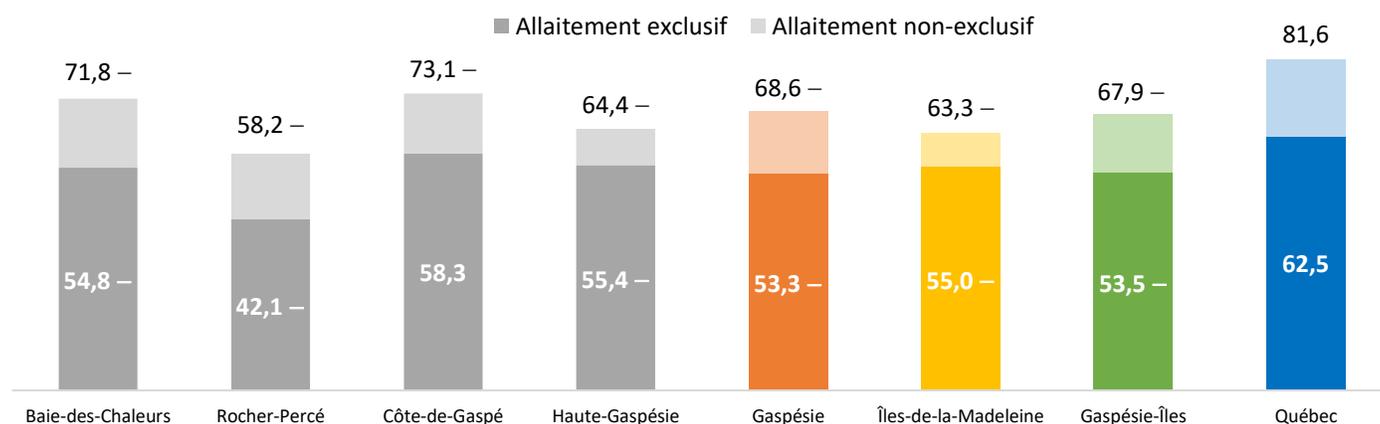


Tableau 1 : Taux d'allaitement total (en %) des bébés lors du premier contact de l'infirmière du CLSC, selon le type de clientèle des services de périnatalité, années financières 2013-2014 à 2015-2016

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Type de clientèle								
Clientèle spécifique	54,5	40,8-	56,8	45,2-	49,7-	46,4	49,5-	71,1
Clientèle régulière	75,9-	66,7-	76,9-	72,9-	74,3-	65,8-	73,1-	82,7
TOTAL	71,8-	58,2-	73,1-	64,4-	68,6-	63,3-	67,9-	81,6

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Au cours des 3 années financières 2013-2014 à 2015-2016, un peu plus des deux tiers des bébés (68 %) en Gaspésie-Île-de-la-Madeleine sont allaités au moment du premier contact de l'infirmière du CLSC, dont 54 % de manière exclusive. Ces taux d'allaitement total et exclusif sont clairement inférieurs aux taux du Québec, lequel obtient des taux respectifs de 82 % et 63 % (figure 1). On peut lire à cette figure 1 qu'aucun territoire local de la région n'échappe à ce constat plus défavorable, le

territoire de Rocher-Percé se démarquant particulièrement du Québec. Comme on le constate par ailleurs au tableau 1, la moitié seulement des bébés de la région faisant partie des clientèles de services spécifiques en périnatalité (services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE), OLO et Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)) sont allaités lors du premier contact de l'infirmière, une proportion encore ici beaucoup plus faible que celle du Québec (50 % contre 71 %). Ce retard par rapport au Québec tend à s'observer dans tous les RLS de la région (tableau 1).

Symboles : + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : Banque provinciale du système I-CLSC, données analysées par la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Bébés moins nombreux à être allaités

Les bébés des familles faisant partie de la clientèle des services spécifiques en périnatalité (SIPPE, OLO et PCNP) sont nettement moins nombreux, en proportion, à bénéficier de l'allaitement maternel que ceux des familles recevant les services réguliers, et ce, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (50 % contre 73 %) comme au Québec, ainsi que dans tous les RLS de la région (tableau 1). Ces résultats témoignent des inégalités sociales de santé qui perdurent entre les bébés issus des familles plus défavorisées et les autres bébés et des efforts qui doivent se poursuivre en vue de les réduire.

Évolution du taux d'allaitement

Les données les plus anciennes sur l'allaitement remontent seulement à 2009-2010, si bien que nous ne disposons pas encore d'une période de temps suffisamment longue pour tirer des conclusions fiables et robustes sur l'évolution de cet indicateur. Cela dit, on constate à la figure 2 que le taux d'allaitement au Québec a peu varié au cours de la période si ce n'est qu'il a gagné 1 à 2 points de pourcentage par rapport à ce qu'il était au début de la période. Néanmoins, il est relativement stable depuis 2012-2013. Bien que plus fluctuante

en raison de notre plus petite population, la courbe de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a sensiblement suivi ce même patron à la différence que le gain semble avoir été un peu plus important, soit d'environ 3-4 points de pourcentage (figure 2). Toutefois, si le taux d'allaitement total durant le premier mois de vie des bébés a eu tendance à légèrement progresser, ce n'est pas le cas du taux d'allaitement exclusif lequel a, au contraire, plutôt eu tendance à diminuer (figure 3).

Mesure de l'allaitement

Les données proviennent de la banque provinciale du système I-CLSC. Les bébés allaités sont des bébés qui, lors du premier contact de l'infirmière du CLSC avec la famille (avant le 29^e jour de vie), sont allaités soit de manière exclusive ou non. L'allaitement exclusif signifie que le bébé est nourri uniquement avec du lait maternel (incluant le lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait) et qu'il ne reçoit aucun autre liquide ou solide (à l'exception de gouttes ou sirops, de vitamines, de minéraux ou de médicaments) (MSSS et INSPQ, 2007).

Figure 2 : Taux d'allaitement (en %) des bébés lors du premier contact de l'infirmière du CLSC, années financières 2009-2010 à 2015-2016

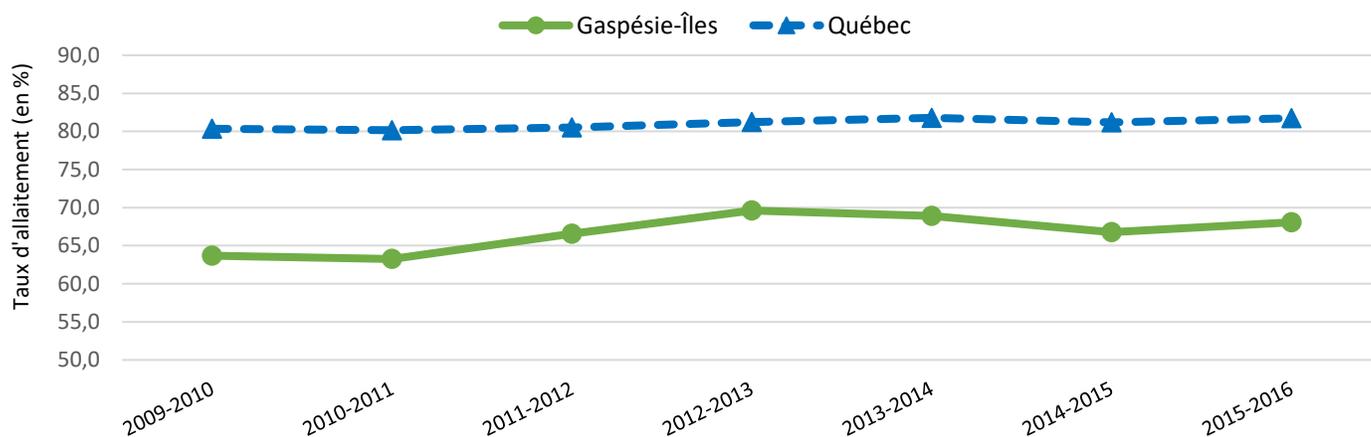
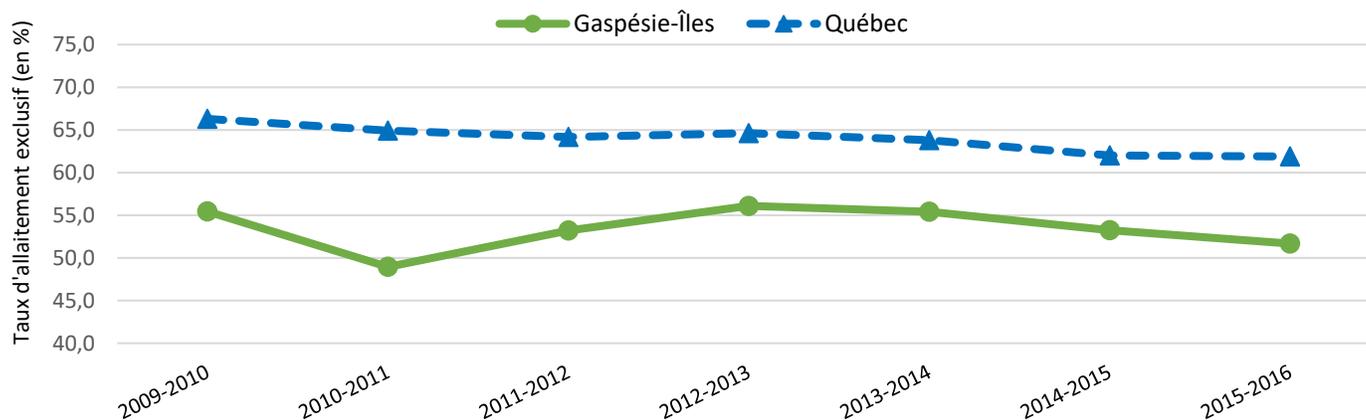


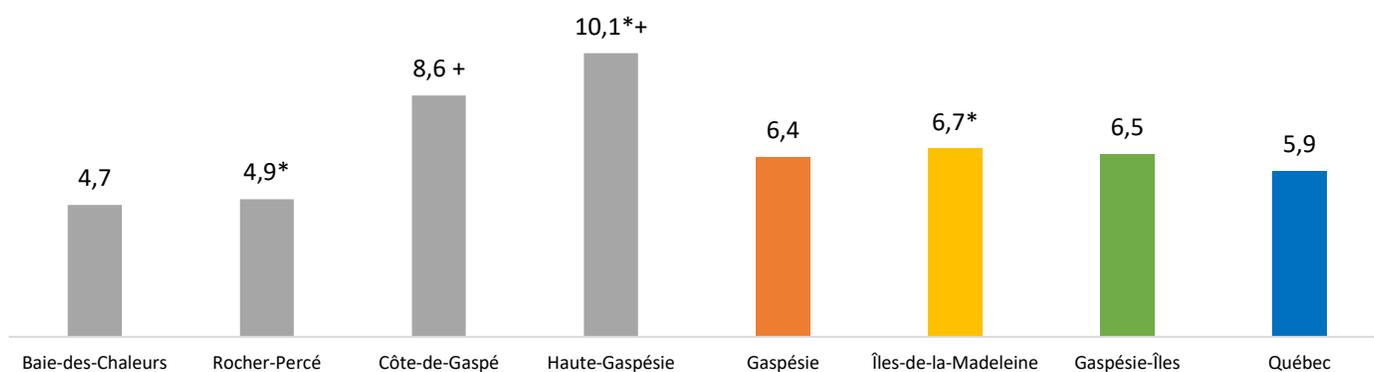
Figure 3 : Taux d'allaitement exclusif (en %) des bébés lors du premier contact de l'infirmière du CLSC, années financières 2009-2010 à 2015-2016



Les bébés de faible poids sont des bébés qui pèsent moins de 2 500 grammes à la naissance. « Le faible poids à la naissance est souvent le résultat d'une durée de gestation trop courte. Il se peut également que le poids d'un enfant qui naît à terme soit insuffisant ou que celui d'un enfant né prématurément soit inférieur au poids moyen correspondant à son âge gestationnel. Il s'agit alors d'un *retard de croissance intra-utérine*. » (Wilkins, Sherman et Best, 1991, tiré de la fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique, 2016) Les facteurs de risque à l'insuffisance de poids s'apparentent à ceux de la *prématurité*; mentionnons seulement le jeune âge de la mère, le tabagisme, l'alimentation déficiente et la faible scolarité de la mère. L'insuffisance de poids à la naissance est associée à plusieurs problèmes chez les enfants dont le retard de croissance, les problèmes respiratoires et neurologiques, les problèmes de comportement et les difficultés d'apprentissage (MSSS, 2008) ainsi qu'à certaines maladies chroniques à l'âge adulte comme le *diabète*, l'*obésité* et les *maladies cardiovasculaires* (UNICEF et OMS, 2004; Kramer, 2000; tirés de *INSPQ, année inconnue*).

En 2013-2015, **6,5 %** des bébés de mères gaspésiennes et madeliniennes sont nés avec un faible poids, soit 43 bébés en moyenne par année.

Figure 1 : Proportion (en %) des bébés avec un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes), 2013-2015p



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Au cours des 3 années 2013 à 2015, la proportion de bébés de faible poids à la naissance en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne se distingue pas de celle du Québec (6,5 % contre 5,9 %) (figure 1). Comme l'illustre la figure 1, La Côte-de-Gaspé et La Haute-Gaspésie obtiennent, pour leur part, une proportion supérieure à celle du Québec. Ces territoires se différencient aussi défavorablement du Québec pour la *prématurité*.

Bébés plus nombreux à naître avec un faible poids

Comme nous le disions en introduction, l'insuffisance de poids à la naissance est souvent la conséquence d'une durée trop courte de gestation. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, sur les 129 bébés nés avec un faible poids en 2013-2015, 85 sont nés avant terme, soit le deux tiers. Comme on peut d'ailleurs le voir au tableau 1, la probabilité de naître avec un faible poids est d'environ 55 % chez les bébés nés prématurément et de moins de 3 % chez ceux nés à terme.

Tableau 1 : Proportion (en %) des bébés avec un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes), 2013-2015p

	Gaspésie-Îles	Québec
Durée de gestation†		
Moins de 37 semaines (prématurité)	55,2	56,0
37 semaines ou plus	2,4	2,1
Âge de la mère		
Moins de 20 ans	1,9**	7,3
20-34 ans	6,2	5,7
35 ans et plus	9,0*	6,9
Dernier niveau de scolarité réussi par la mère†		
Primaire (ou sans DES)	14,3*+	7,9
Secondaire ou plus	6,1	5,7
TOTAL	6,5	5,9

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05. * Coefficient de variation (CV) entre 16,6 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence. ** CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. P : Les données 2014 et 2015 sont des données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes; données extraites de l'Infocentre de santé publique et analysées par la Direction de santé publique.

(SUITE) Bébés plus nombreux à naître avec un faible poids

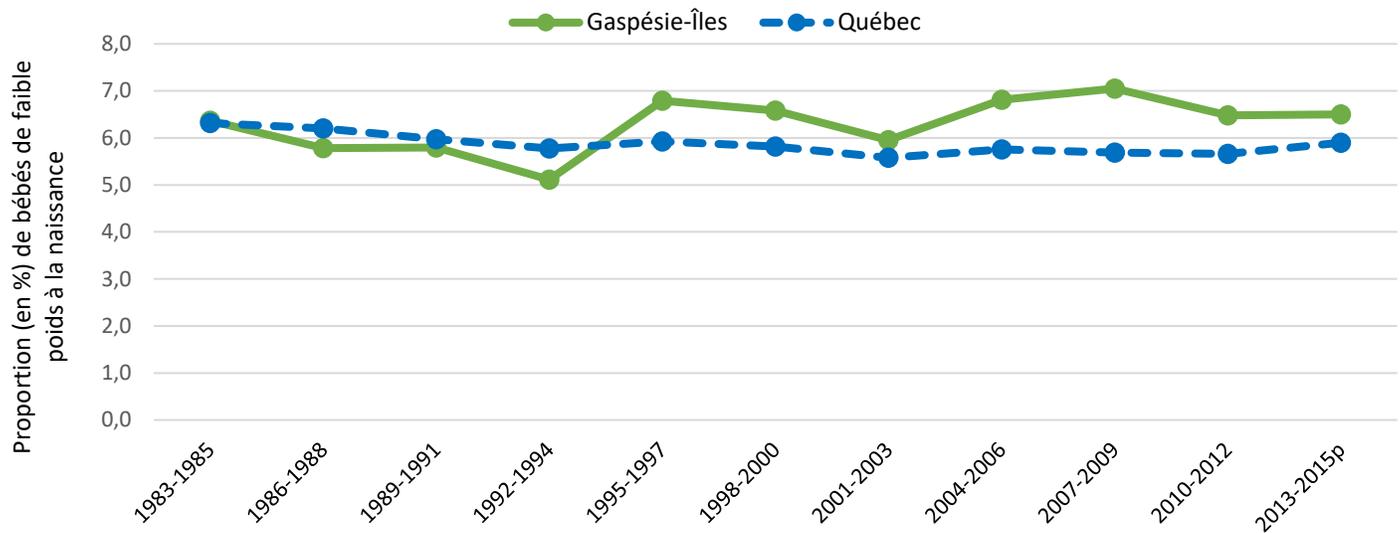
Par ailleurs, au Québec, les mères de moins de 20 ans sont plus nombreuses, en proportion, à donner naissance à des bébés de faible poids et, dans une moindre mesure, celles de 35 ans et plus. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les données de 2013-2015 ne font ressortir aucune différence significative selon l'âge de la mère (tableau 1). Toutefois, un lien très clair se dégage entre la scolarité de la mère et l'insuffisance de poids à la naissance, les mères n'ayant pas de diplôme d'études secondaires étant plus susceptibles de donner naissance à des

bébés de faible poids que les autres mères plus scolarisées (14 % contre 6,1 %). Ce dernier constat reste vrai peu importe l'âge des mères.

Évolution de l'insuffisance de poids

Depuis le milieu des années 90, la proportion de bébés de mères gaspésiennes et madeliniennes avec un poids insuffisant à la naissance est restée relativement stable en se maintenant entre 6 et 7 % environ (figure 2). Il en va de même pour le Québec où la proportion s'est systématiquement maintenue sous la barre des 6 %, plus précisément entre 5,7 et 5,9 %.

Figure 2 : Proportion (en %) des bébés avec un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes), 1983-1985 à 2013-2015p



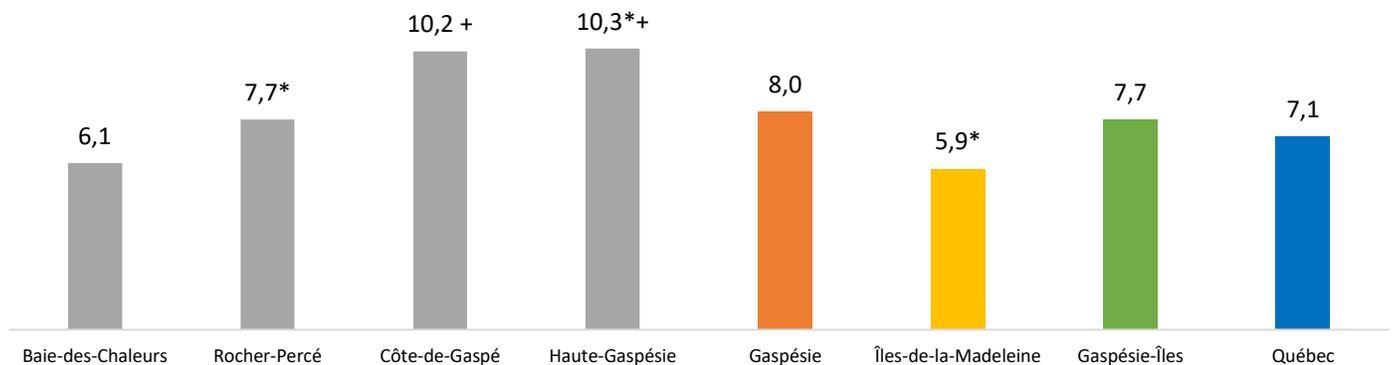
Les naissances prématurées sont des naissances qui surviennent avant la 37^e semaine de gestation. Les causes les plus courantes de prématurité sont les grossesses multiples, les infections et les maladies chroniques, comme le *diabète* et l'*hypertension gestationnels* ou préexistant avant la grossesse (ICIS, 2009; MSSS, 2008). D'autres facteurs augmentent le risque de naissances prématurées dont le jeune âge de la mère ou au contraire une grossesse après 35 ans, le *tabagisme*, la *consommation d'alcool*, la *consommation de drogues*, la faible *scolarité* de la mère, les conditions de vie difficiles et le stress associé, de même que l'alimentation déficiente de la mère (Agence de la santé publique du Canada, 2008; MSSS, 2008; ICIS, 2009). Cependant, « tant dans les pays riches que dans les pays pauvres, un grand nombre de naissances prématurées demeure inexplicé. » (OMS, 2012) La prématurité est la principale cause de morbidité et de mortalité périnatales : on estime qu'elle est la cause de 60 à 80 % des décès des nourrissons nés sans anomalies congénitales (MSSS, 2008). La prématurité est aussi associée à plusieurs problèmes chez les enfants dont le retard de croissance, les problèmes respiratoires et neurologiques, les problèmes de comportement et les *difficultés d'apprentissage* (Idem, 2008).

En 2013-2015, **7,7 %** des bébés de mères gaspésiennes et madeliniennes sont nés avant terme, c'est 52 bébés en moyenne par année.

Plus précisément, 6,2 % des bébés sont nés entre 33 et 36 semaines de gestation (prématurité moyenne) (5,7 % au

Québec), 1,0 %* entre 28 et 32 semaines (grande prématurité) (0,9 % au Québec) et 0,5 %* à moins de 28 semaines de gestation (très grande prématurité) (0,5 % au Québec) (résultats non illustrés).

Figure 1 : Proportion (en %) des bébés nés prématurément (avant 37 semaines de gestation), 2013-2015p



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Au cours des 3 années 2013 à 2015, la proportion de bébés nés prématurément en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne se distingue pas de celle du Québec (7,7 % contre 7,1 %) (figure 1). Comme l'illustre la figure 1, La Côte-de-Gaspé et La Haute-Gaspésie obtiennent, pour leur part, une proportion supérieure à celle du Québec.

Bébés plus nombreux à naître prématurément

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, la prématurité est beaucoup plus fréquente chez les naissances

multiples (jumeaux, triplés et plus) que chez les naissances uniques (54 % contre 6,2 % dans la région) (tableau 1 à la page suivante). Au Québec, l'âge de la mère est aussi associé à la durée de gestation, les femmes de moins de 20 ans étant plus susceptibles d'accoucher prématurément, et dans une moindre mesure, celles de 35 ans et plus (tableau 1). Cette association n'est toutefois pas observée en 2013-2015 chez les mères gaspésiennes et madeliniennes. Enfin, comme on peut le lire au tableau 1, la proportion de naissances prématurées est plus élevée chez les mères n'ayant pas de diplôme d'études secondaires que chez les autres (14 % contre 7,3 % dans la région).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05. * Coefficient de variation (CV) entre 16,6 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence. ** CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. P : Les données 2014 et 2015 sont des données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes; données extraites de l'Infocentre de santé publique et analysées par la Direction de santé publique.

Tableau 1 : Proportion (en %) des bébés nés prématurément (avant 37 semaines de gestation) selon certaines caractéristiques, 2013-2015p

	Gaspésie-Îles	Québec
Type de naissance†		
Unique	6,2	5,7
Multiple	53,8	51,6
Âge de la mère		
Moins de 20 ans	3,6**	8,7
20-34 ans	8,0	6,8
35 ans et plus	7,1*	8,1
Dernier niveau de scolarité réussi par la mère†		
Primaire (ou sans DES)	14,4*	9,4
Secondaire ou plus	7,3	6,8
TOTAL	7,7	7,1

Évolution de la prématurité

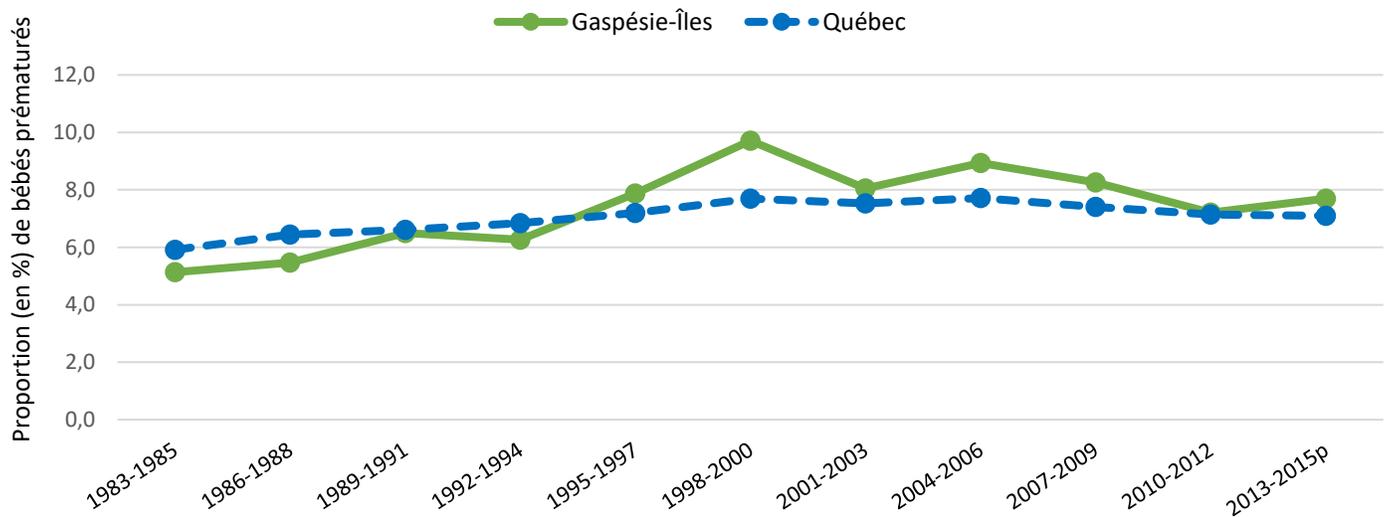
Du début des années 80 jusqu'à la fin des années 90, la prématurité a augmenté de manière importante en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. De 5,1 %, elle a grimpé à 9,7 % en

1998-2000 (figure 2). Depuis ce sommet inégalé en 30 ans, la proportion de bébés nés avant terme a diminué pour se situer à 7,7 % en 2013-2015. Comme l'illustre la figure 2, le Québec a aussi vu son pourcentage de naissances prématurées progresser durant les décennies 80 et 90 et diminuer depuis une dizaine d'années. L'augmentation de la prématurité au Québec serait notamment attribuable à l'augmentation des grossesses après 35 ans (MSSS, 2008) et :

« ...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)

La hausse des grossesses multiples s'expliquerait notamment par le recours accru aux techniques de procréation assistée (MSSS, 2008).

Figure 2 : Proportion (en %) des bébés nés prématurément (avant 37 semaines de gestation), 1983-1985 à 2013-2015p

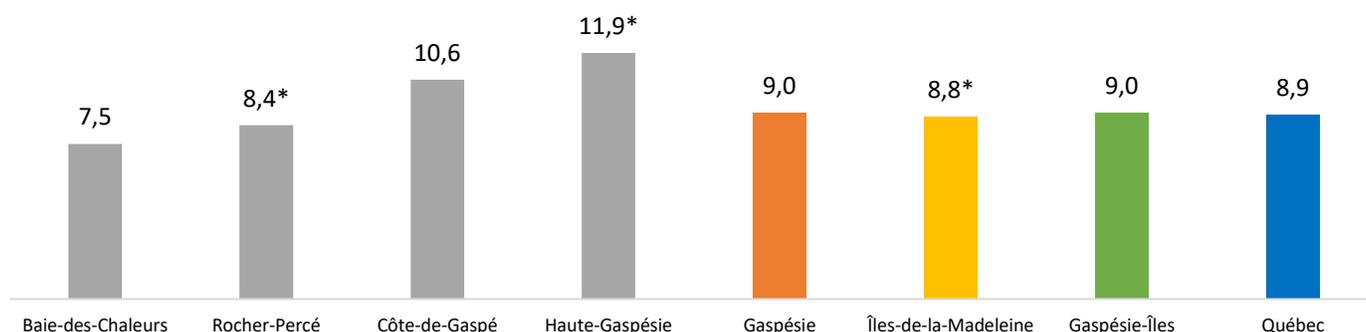


Le faible poids pour l'âge gestationnel (ou le retard de croissance intra-utérine)

En 2013-2015, **9,0 %** des bébés de mères gaspésiennes et madeliniennes sont nés avec un faible poids compte tenu de leur âge gestationnel, soit 57 bébés en moyenne par année.

Le tabagisme de la mère est le facteur de risque le plus important au RCI. Un faible poids de la mère avant la grossesse, sa petite taille, une alimentation déficiente durant la grossesse et la primiparité sont aussi associés au RCI (Kramer, 1987, tiré la fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique, 2016).

Figure 1 : Proportion (en %) des bébés de faible poids pour l'âge gestationnel, 2013-2015p



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Au cours des 3 années 2013 à 2015, la proportion des naissances avec un faible poids, compte tenu de l'âge gestationnel est du même ordre de grandeur en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec (9,0 % contre 8,9 %) (figure 1), un constat qui est vrai peu importe la durée de gestation, l'âge et la scolarité de la mère (tableau 1). Comme l'illustre la figure 1, en dépit des écarts entre certains territoires et le Québec, aucun RLS n'obtient une proportion différente, au plan statistique, de celle de la province.

de diplôme d'études secondaires que chez les autres mères (15 % contre 8,5 %) (tableau 1).

Bébés plus nombreux à naître avec un faible poids pour l'âge gestationnel

De manière générale au Québec, on constate que la proportion de bébés avec un RCI est un peu plus élevée chez les bébés nés avant terme que chez ceux ayant une gestation de 37 semaines ou plus (9,9 % contre 8,8 %) (tableau 1). Bien que non significative, une tendance semblable est aussi notée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Toutefois, il reste que la très grande majorité des bébés avec un RCI sont des bébés nés à terme, et ce, dans la région comme au Québec (figure 2, page suivante). Par ailleurs, au Québec, les mères de moins de 20 ans sont plus nombreuses, en proportion, à donner naissance à des bébés de faible poids que celles des autres groupes d'âge (11 % contre 8,9 %) (tableau 1). Les données régionales de 2013-2015 ne permettent pas de conclure de la sorte. Enfin, la proportion de bébés avec un RCI est plus élevée chez les mères n'ayant pas

Mesure du faible poids pour l'âge gestationnel

Les bébés de faible poids compte tenu de leur âge gestationnel, appelés aussi des bébés avec un retard de croissance intra-utérine (RCI), sont des bébés dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile des courbes de référence de croissance intra-utérine. Pour cet indicateur, seules les naissances vivantes simples dont la durée de gestation est entre 22 et 43 semaines sont prises en compte (Fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique, 2016).

Tableau 1 : Proportion (en %) des bébés de faible poids pour l'âge gestationnel, 2013-2015p

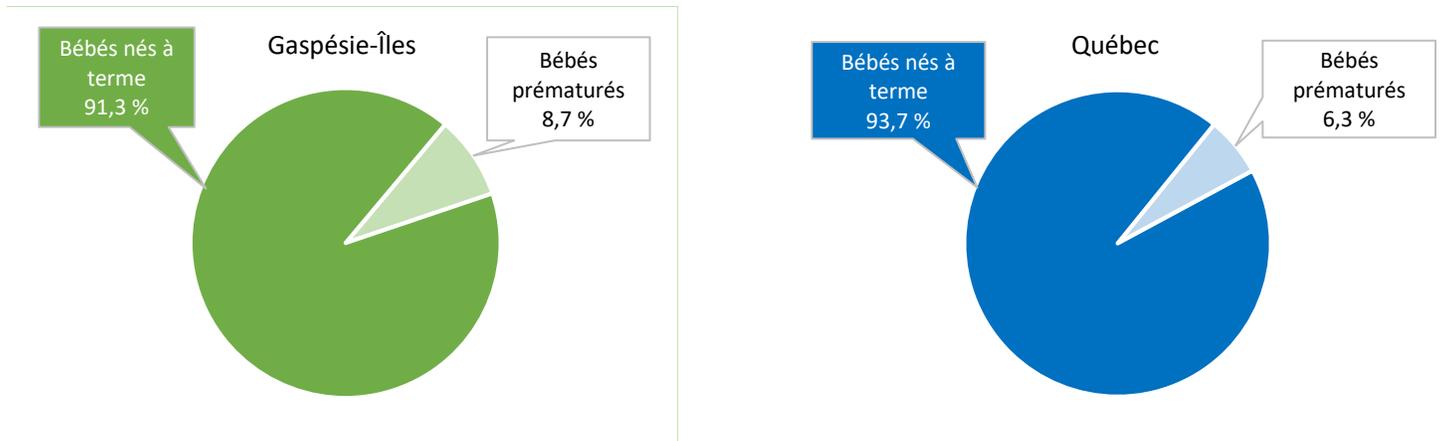
	Gaspésie-Îles	Québec
Durée de gestation		
Moins de 37 semaines (prématurité)	12,5*	9,9
37 semaines ou plus	8,7	8,8
Âge de la mère		
Moins de 20 ans	9,4**	10,9
20-34 ans	8,8	8,9
35 ans et plus	9,9*	8,9
Dernier niveau de scolarité réussi par la mère†		
Primaire (ou sans DES)	15,1*	10,9
Secondaire ou plus	8,5	8,8
TOTAL	9,0	8,9

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05. * Coefficient de variation (CV) entre 16,6 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence. ** CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. P : Les données 2014 et 2015 sont des données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes; données extraites de l'Infocentre de santé publique et analysées par la Direction de santé publique.

Figure 2 : Répartition (en %) des bébés de faible poids pour l'âge gestationnel, selon la durée de gestation (à terme ou prématurés), 2013-2015p

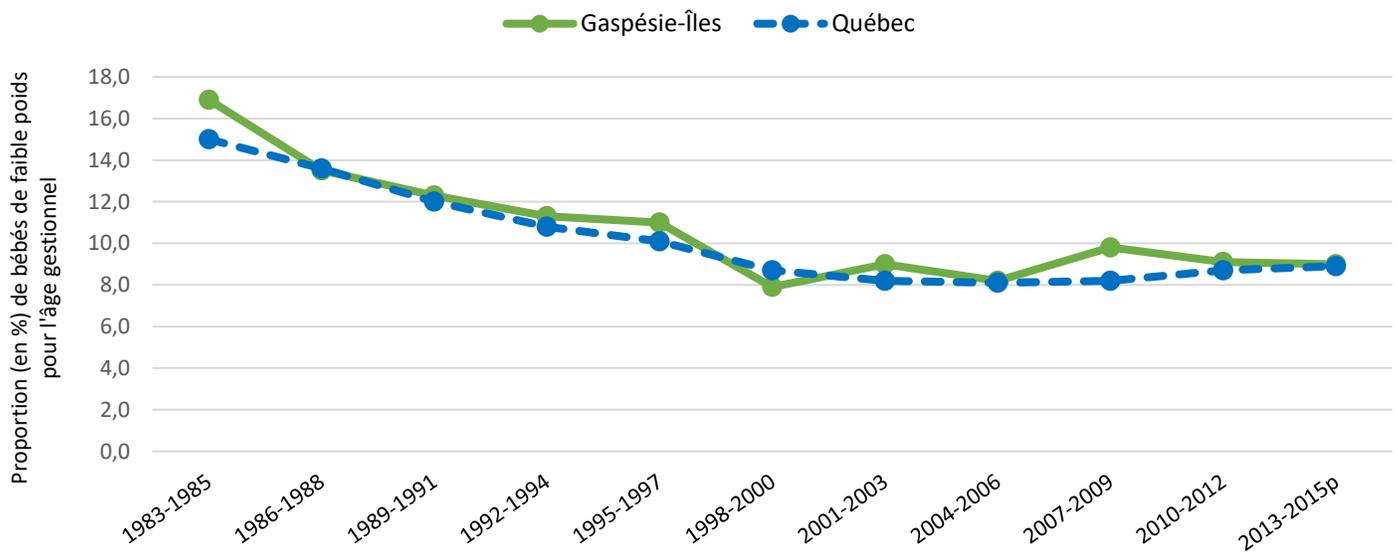


Évolution du faible poids pour l'âge gestationnel

Du début des années 80 jusqu'à la fin des années 90 environ, la proportion de bébés de faible poids à la naissance, compte tenu de leur âge gestationnel, a diminué de manière marquée en

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec (figure 3). Depuis, il semble qu'elle ait plutôt eu tendance à augmenter. Les données des prochaines années seront intéressantes pour voir comment cet indicateur de santé continuera d'évoluer.

Figure 3 : Proportion (en %) des bébés avec un faible poids pour l'âge gestationnel, 1983-1985 à 2013-2015p



Lorsqu'elles surviennent, les mortinaissances sont souvent de causes inconnues. Néanmoins, comme le rapporte l'INSPQ (2011) dans sa *fiche sur les décès et le deuil périnatal*, la littérature scientifique identifie plusieurs causes possibles à la mortalité fœtale : les malformations congénitales, les complications obstétricales pendant la grossesse ou l'accouchement, certaines conditions médicales comme le diabète et l'hypertension, les infections ainsi que les traumatismes durant la grossesse comme les accidents de voiture. Les mortinaissances sont aussi plus fréquentes chez les mères de plus de 35 ans, dans le cas des grossesses multiples et chez les fœtus avec un *retard de croissance intra-utérin*. Enfin, les mortinaissances seraient souvent associées à des facteurs évitables comme l'obésité, le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues (ex. : héroïne, cocaïne) durant la grossesse, de même qu'à des soins prénataux sous-optimaux (Groupe d'étude *The Lancet Ending Preventable Stillbirths*, 2016; INSPQ, 2011).

En 2009-2013, **18** mortinaissances ont été enregistrées pour les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

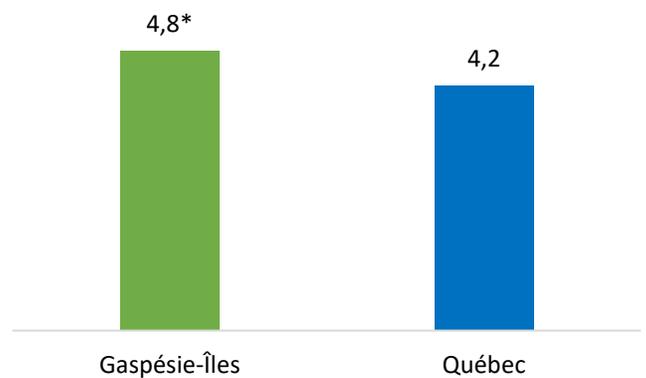
Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Au cours des 5 années 2009 à 2013, 18 fœtus de femmes gaspésiennes et madeliniennes sont morts pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement. Ce nombre correspond à un taux de mortinatalité de 4,8 pour 1 000 naissances, lequel ne se différencie pas de celui du Québec (4,2 pour 1 000 naissances) (figure 1).

Les données sur les mortinaissances sont disponibles à l'échelle des territoires locaux. Néanmoins, elles reposent sur de si faibles effectifs qu'il est recommandé de ne pas calculer de taux, ceux-ci seraient tellement imprécis que des conclusions erronées pourraient être tirées. C'est pourquoi nous présentons uniquement, à titre indicatif, les nombres de mortinaissances survenues dans chacun des territoires locaux au cours des deux périodes de cinq ans 2004-2008 et 2009-2013 (tableau 1). Comme on peut le constater, des variations importantes ressortent entre les territoires et même dans un même territoire entre les deux périodes, sans pour autant qu'on puisse conclure à de réelles différences entre les périodes ou entre les territoires. Cela dit, la figure 2 à la page suivante illustre le lien entre la survenue des mortinaissances et le [poids du bébé à la naissance](#). Au Québec, le taux de mortinatalité est de 1,3 pour 1 000 naissances chez les bébés

de poids suffisant (2 500 grammes et plus) et il grimpe à 191 pour 1 000 naissances chez ceux de très faible poids. Les données régionales, bien que très imprécises, vont aussi dans ce sens.

Figure 1 : Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances), 2009-2013



La mortinatalité

Une mortinaissance (ou mortalité fœtale) est le décès d'un fœtus pesant plus de 500 grammes, qui survient pendant la grossesse ou l'accouchement, juste avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la femme, indépendamment de la durée de gestation (Statistique Canada, 2010). Le taux de mortinatalité est le rapport entre le nombre de mortinaissances et le nombre total de naissances (incluant les mortinaissances).

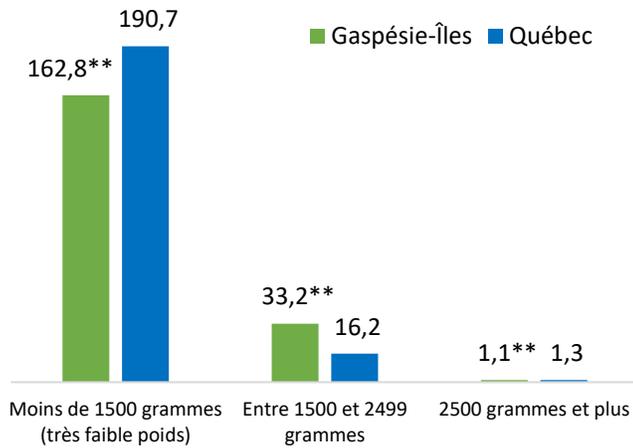
Tableau 1 : Nombre total de mortinaissances, 2004-2008 et 2009-2013

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles
2004-2008	4	5	1	4	14	2	16
2009-2013	4	1	7	2	14	4	18
TOTAL	8	6	8	6	28	6	34

Symboles : * Coefficient de variation (CV) entre 16,6 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : MSSS, Fichier des décès, Fichier des mortinaissances et Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

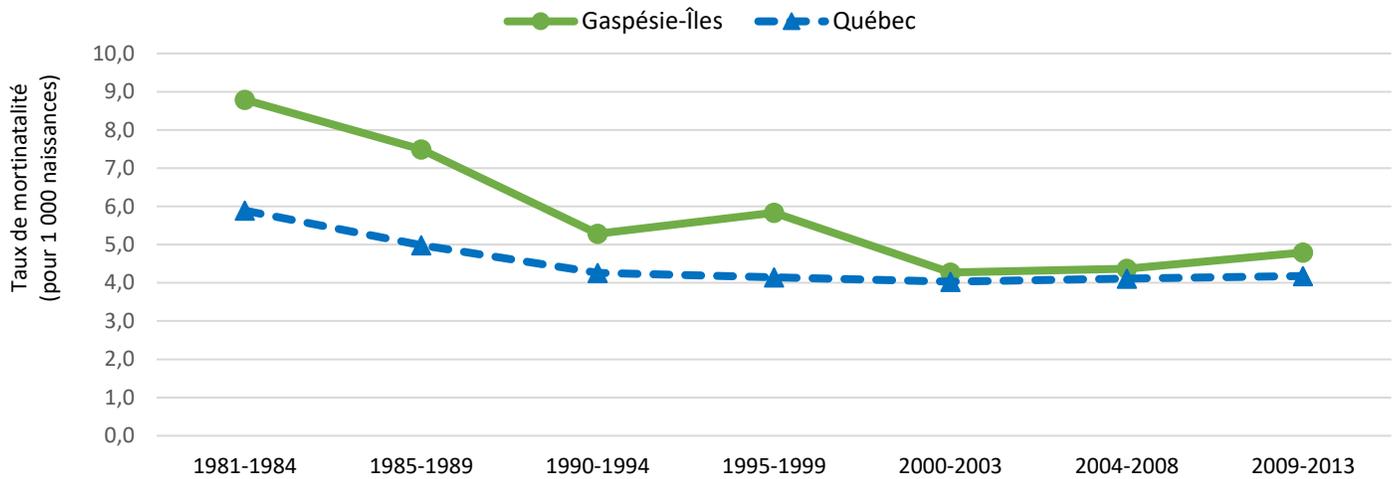
Figure 2 : Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances) selon le poids à la naissance, 2009-2013



Évolution de la mortinatalité

Au cours des années 80, la mortinatalité a diminué de manière notable en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec (figure 3). Bien que moins importante, cette baisse s’est poursuivie dans la décennie suivante. Depuis le début des années 2000, on doit plutôt parler d’une relative stabilité des taux de mortinaissances, et ce, dans la région comme au Québec (figure 3). À titre indicatif, alors que près de 15 mortinaissances étaient enregistrées en moyenne par année en 1981-1984 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, cette moyenne est de 3,6 en 2009-2013.

Figure 3 : Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances), 1981-1984 à 2009-2013



« 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 Institut canadien d'information sur la santé, 2005). Le *faible poids à la naissance* représente un facteur de risque important associé à la mortalité infantile (Institut canadien d'information sur la santé, 1995) ». (INSPQ, Fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique, page 1, 2015).

De 2011 à 2015, **17** enfants de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont morts pendant leur première année de vie.

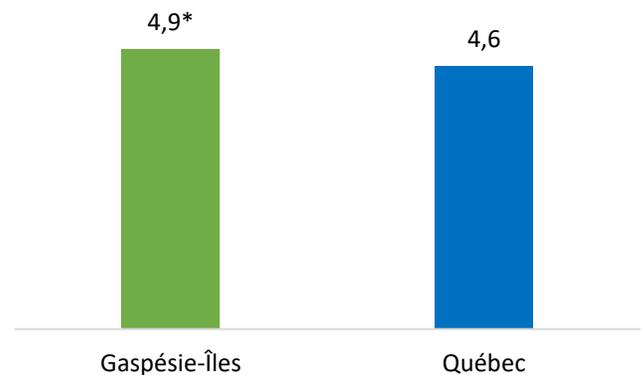
Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Au cours des cinq années 2011 à 2015, un total de 17 enfants de la région sont décédés avant leur premier anniversaire. Avec ce nombre, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre un taux de mortalité infantile de 4,9 pour 1 000 naissances vivantes en 2011-2015, lequel ne se différencie pas de celui du Québec (figure 1), comme ce fut en général le cas depuis la fin des années 90 (figure 3 à la page suivante).

Cela dit, les données sur les décès avant l'âge d'un an sont disponibles à l'échelle locale. Toutefois, les effectifs sur lesquels elles reposent sont si faibles qu'il est recommandé de ne pas calculer de taux. Ceux-ci seraient en effet tellement imprécis que des conclusions erronées pourraient être tirées. Nous présentons donc uniquement à titre indicatif, au tableau 1, le nombre d'enfants de chaque territoire local décédés durant leur première année de vie au cours des deux périodes 2006-2010 et 2011-2015. Ces données permettent de voir les écarts relativement importants entre les territoires locaux, mais aussi entre les deux périodes pour un même territoire, sans pour autant que l'on puisse conclure à de réelles différences entre les territoires ou entre les périodes. Par ailleurs, parmi les 17 enfants de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine morts avant l'âge d'un an en 2011-2015, environ les deux tiers (11 enfants) sont décédés dans leur première semaine de vie (décès

néonataux précoces), 4 avaient de 7 à 27 jours de vie (décès néonataux tardifs) et 2 avaient 28 jours ou plus (décès post-néonataux) (figure 2 à la page suivante).

Figure 1 : Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), 2011-2015p



Mesure de la mortalité infantile

Avant 1988, les naissances vivantes de poids inférieur à 500 grammes étaient exclues dans le calcul de la mortalité infantile au Québec. Mais depuis 1988, toutes les naissances vivantes, peu importe leur poids, sont incluses dans le calcul de l'indicateur. Le taux de mortalité infantile est donc le rapport entre le nombre de décès d'enfants de moins d'un an sur une période donnée et le nombre de naissances vivantes durant cette période (INSPQ, Fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique, 2015).

Tableau 1 : Nombre total d'enfants décédés dans leur première année de vie, 2006-2010 et 2011-2015p

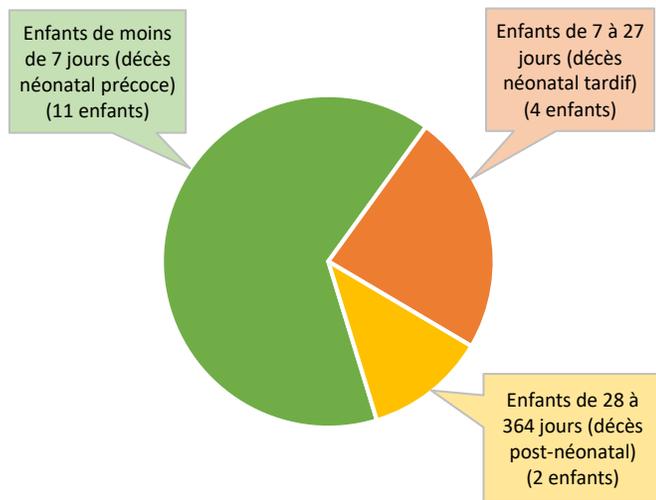
	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles
2006-2010	3	7	9	2	21	1	22
2011-2015p	5	1	3	4	13	4	17
TOTAL	8	8	12	6	34	5	39

Symboles : * Coefficient de variation (CV) entre 16,6 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence.

P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont des données provisoires.

Source : MSSS, Fichier des naissances et Fichier des décès, données extraites de l'Infocentre de santé publique et analysées par la Direction de santé publique.

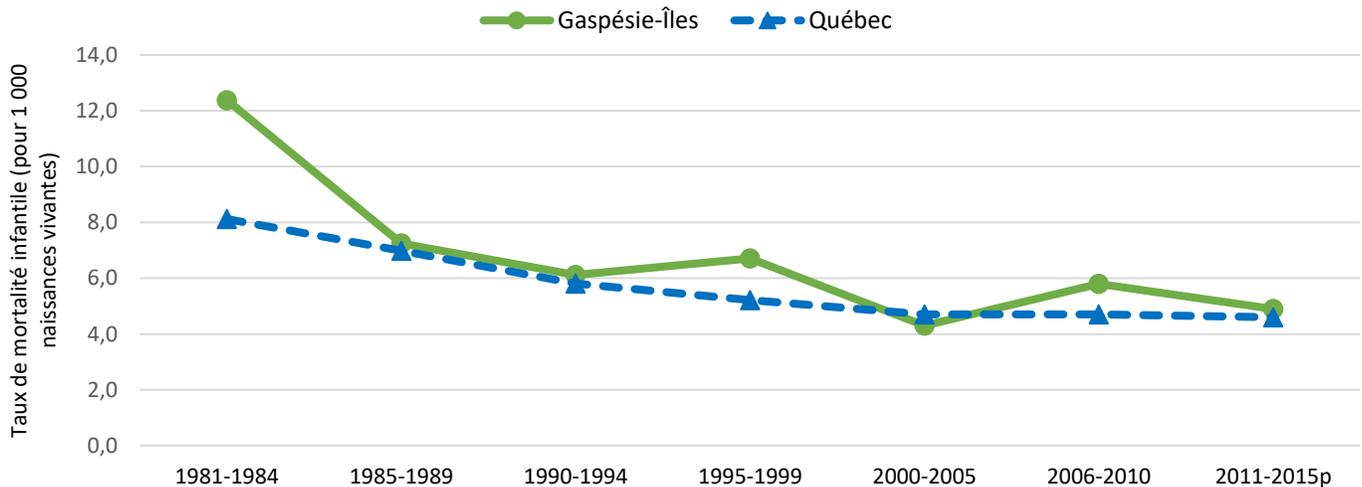
Figure 2 : Répartition (en nombre) des décès infantiles selon la période du décès, 2011-2015p



Évolution de la mortalité infantile

Au cours des décennies 80 et 90, le taux de mortalité infantile a diminué de manière relativement importante au Québec (figure 3), comme ce fut le cas dans les autres sociétés industrialisées (MSSS en collaboration avec l'INSPQ et l'ISQ, 2011). Selon l'Agence de santé publique du Canada (2008a), ces gains seraient attribuables à l'amélioration des conditions sociosanitaires, de la nutrition, de l'alimentation des nouveau-nés et des soins de santé pour les mères et les tout-petits (tiré de MSSS en collaboration avec l'INSPQ et l'ISQ, 2011). Mais depuis le début des années 2000, la baisse s'est pour ainsi dire interrompue (figure 3). Bien que présentant de plus fortes fluctuations en raison des plus faibles nombres, le taux gaspésien et madelinot a suivi sensiblement la même tendance que celui du Québec. À titre indicatif, alors qu'en 1981-1984, une vingtaine d'enfants de la région décédaient en moyenne chaque année avant d'avoir atteint l'âge d'un an, cette moyenne se situe à 3,4 enfants en 2011-2015.

Figure 3 : Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), 1981-1984 à 2011-2015p



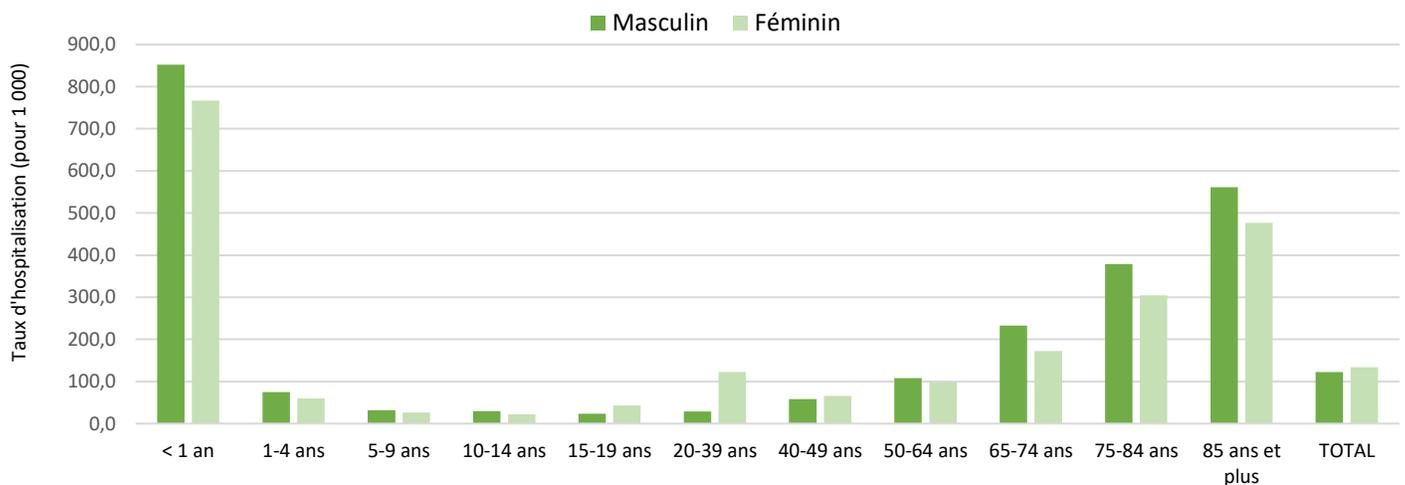
Les hospitalisations durant la première année de vie

En 2013-2015, **581** hospitalisations ont eu lieu en moyenne chaque année chez les enfants de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine durant leur première année de vie.

Avec 581 hospitalisations en moyenne par année, les hospitalisations chez les tout-petits représentent 4,9 % de l'ensemble des hospitalisations faites au sein de la population gaspésienne et madelinienne au cours des 3 années 2013 à 2015, tandis que les personnes âgées de 65 ans et plus cumulent la moitié de toutes les hospitalisations. Mais comme ils sont peu nombreux comparativement aux autres groupes d'âge, les enfants de moins d'un an ont un taux d'hospitalisation qui surpasse de loin celui des autres groupes d'âge comme en témoigne avec éloquence la figure 1. En d'autres mots, le risque d'être hospitalisé est beaucoup plus grand chez les tout-petits que dans tout autre groupe d'âge, et ce, tant chez les garçons que chez les filles.

Les raisons pour lesquelles les enfants sont hospitalisés avant l'âge d'un an sont nombreuses. Néanmoins, certaines causes ressortent davantage, notamment les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (pour plus de détails sur ces affections, voir la [CIM-10](#)), responsables de 68 % des hospitalisations dans la première année de vie des tout-petits. Plus précisément, les [anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus](#) ont été la cause de 23 % des hospitalisations en 2013-2015, suivies des [affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale](#) (15 %) et des [affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né](#) (10 %) (figure 2 à la page suivante). La deuxième grande cause d'hospitalisation chez les enfants de moins d'un an sont les malformations congénitales, responsables de 9,0 % des hospitalisations (figure 2), les malformations de l'appareil digestif et du système ostéo-articulaire et des muscles étant particulièrement nombreuses. Enfin, on peut lire à la figure 2 que les maladies du système respiratoire sont à l'origine de 7,9 % des hospitalisations avant l'âge d'un an en 2013-2015.

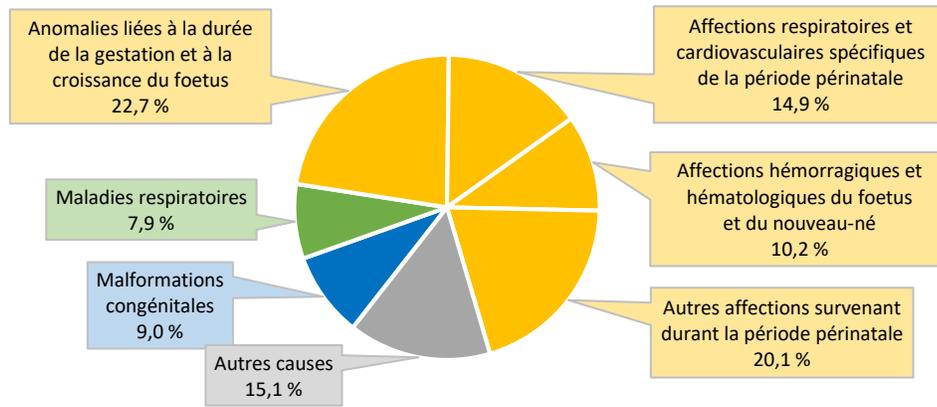
Figure 1 : Taux d'hospitalisation (pour 1 000 h.) toutes causes confondues, selon le groupe d'âge et le sexe, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, années civiles 2013-2015



Symboles : + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 2 : Répartition (en %) des causes d’hospitalisation chez les enfants de moins d’un an, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, années civiles 2013-2015



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2013-2015, 581 hospitalisations de jeunes enfants de moins d’un an de la région ont été faites en moyenne chaque année, pour un taux d’hospitalisation de 811 pour 1 000 enfants. Ce taux d’hospitalisation ne se différencie pas de celui du Québec, lequel obtient un taux de 804 pour 1 000 en 2013-2015 (figure 3), un constat qui est vrai à la fois chez les garçons et chez les filles. L’examen des données selon le RLS de résidence des enfants indique toutefois que les territoires de La Haute-Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine enregistrent des taux d’hospitalisation supérieurs à celui du Québec, alors que le taux de la Baie-des-Chaleurs est moindre (figure 4). Précisons que dans ce dernier cas, l’écart avec le Québec s’observe tant pour les enfants résidant sur le territoire de Bonaventure (taux de 730 pour 1 000) que sur le territoire d’Avignon (726 pour 1 000) (résultats non illustrés).

Figure 3 : Taux d’hospitalisation chez les enfants de moins d’un an (pour 1 000 enfants) toutes causes confondues selon le sexe, années civiles 2013-2015

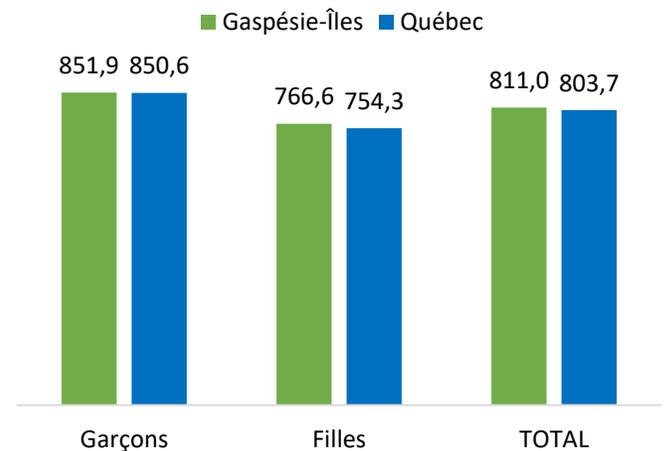
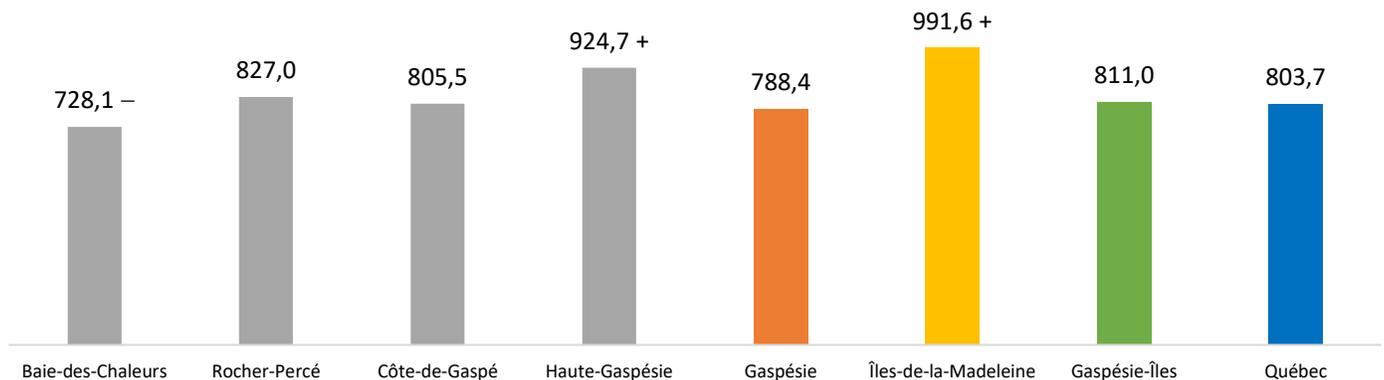


Figure 4 : Taux d’hospitalisation chez les enfants de moins d’un an (pour 1 000 enfants) toutes causes confondues, années civiles 2013-2015



Enfants plus nombreux à être hospitalisés durant leur première année de vie

Dans la région comme au Québec, les hospitalisations durant la première année de vie sont plus nombreuses chez les garçons que chez les filles, les garçons de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ayant un taux d’hospitalisation de 852 pour 1 000 contre 767 chez les fillettes (réf. : figure 3). Comme l’illustre la

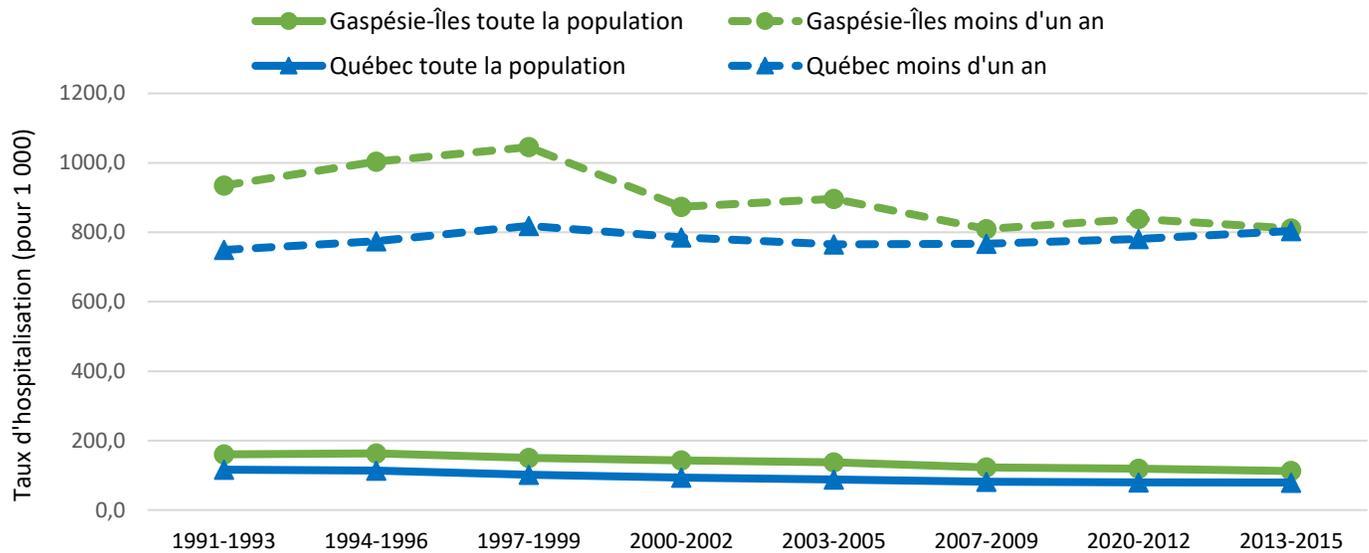
figure 1 à la première page, cette prédominance des garçons dans les données d’hospitalisation s’observe en général à tous les âges jusqu’à 14 ans. Après quoi, les filles surpassent les garçons jusqu’à 49 ans, période correspondant à la période reproductive. Et la situation s’inverse à nouveau à compter de 65 ans, les hommes obtenant alors des taux d’hospitalisation nettement supérieurs à ceux des femmes (figure 1).

Évolution du taux d'hospitalisation

Depuis le début des années 90, le nombre d'hospitalisations chez les enfants de moins d'un an de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a diminué de plus de moitié. De 1 213 hospitalisations en moyenne par année en 1991-1993, ce nombre est passé sous la barre des 600 en 2013-2015. Cette baisse est certes attribuable à la diminution du nombre de [naissances](#) durant cette période. Mais en partie seulement, car

lorsqu'on examine le taux d'hospitalisation chez les enfants de moins d'un an dans la région à la figure 5, il a régressé d'environ 13 % au cours des quelque vingt dernières années. Cette baisse des hospitalisations chez les enfants de moins d'un an est en cohérence avec celle que nous observons pour l'ensemble de la population depuis le début des années 90, comme en témoigne la figure 5.

Figure 5 : Taux d'hospitalisation (pour 1 000 h.) toutes causes confondues chez les enfants de moins d'un an et dans toute la population, années civiles 1991-1993 à 2013-2015



Notes :

Dans cette figure, les taux pour l'ensemble de la population sont des taux ajustés pour la structure d'âge.

Les données d'hospitalisation pour l'année civile 2006 ne sont pas disponibles à l'Infocentre.

Les problèmes psychosociaux

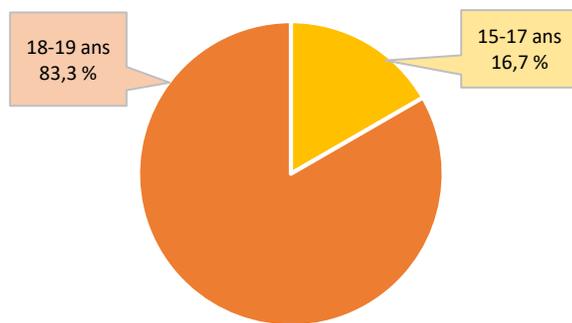
Les grossesses précoces et la maternité à l'adolescence

Les grossesses précoces

En 2013-2015, **78** grossesses ont été enregistrées chez les jeunes de 15-19 ans de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, soit 26 grossesses en moyenne par année.

Au cours de ces 3 années 2013 à 2015, plus de 80 % des grossesses (65/78) ont été enregistrées chez des jeunes filles de 18 ou 19 ans et 17 %, chez des jeunes de 15 à 17 ans (figure 1).

Figure 1 : Répartition (en %) des grossesses précoces selon l'âge des jeunes filles, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2013-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2013-2015, le taux de grossesse chez les jeunes filles de 15-19 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est inférieur à celui des jeunes québécoises (11,8 grossesses pour 1 000 jeunes femmes contre 21,4 au Québec) (figure 2). Ce constat n'est pas nouveau; on l'observe depuis au moins les 30 dernières années. Précisons par ailleurs que les données sur les grossesses ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires locaux.

Évolution du taux de grossesse précoce

Dans la région et au Québec, le taux de grossesse précoce a diminué d'au moins de moitié depuis les 15 dernières années (figure 3).

Les grossesses précoces

Les grossesses regroupent les naissances vivantes, les mortinaissances, les interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées en établissement ou en clinique et les avortements spontanés. On parle d'une grossesse précoce si elle survient chez une jeune femme âgée entre 15 et 19 ans. L'âge à la grossesse est établi au moment de l'aboutissement de la grossesse et non au moment de la conception.

Figure 2 : Taux de grossesse, taux d'interruption volontaire de grossesse et taux de fécondité (pour 1 000 jeunes) chez les jeunes de 15-19 ans, 2013-2015

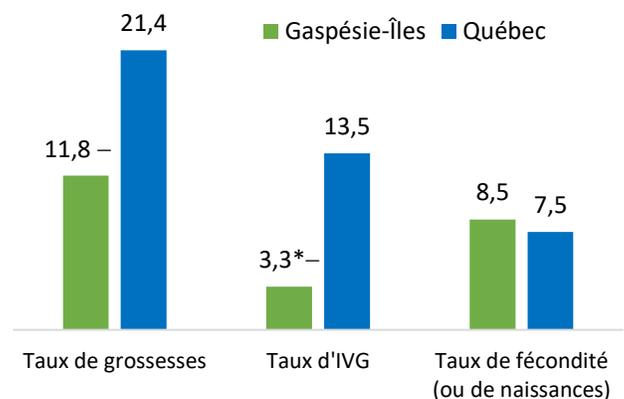
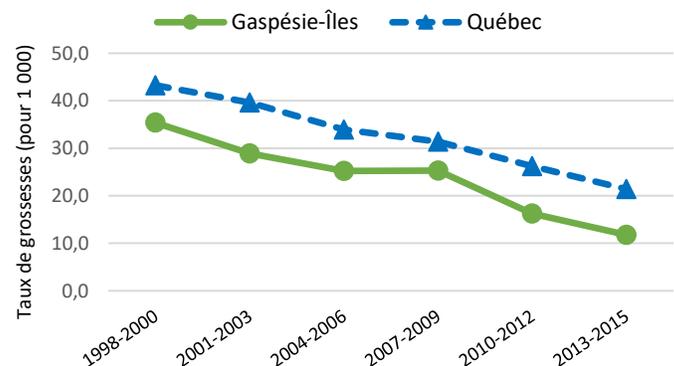


Figure 3 : Taux de grossesse (pour 1 000 jeunes) chez les jeunes de 15-19 ans, 1998-2000 à 2013-2015



Symboles : + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05. * Coefficient de variation (CV) entre 16,6 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence. ** CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. P : Les données 2014 et 2015 sur la fécondité sont provisoires.

Sources : Naissances totales : MSSS, Fichier des naissances vivantes et Fichier des mortinaissances. IVG et Avortements spontanés : RAMQ, Fichier des services rémunérés à l'acte. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Les interruptions volontaires de grossesse chez les jeunes

En 2013-2015, **22** interruptions volontaires de grossesse ont été enregistrées chez les jeunes de 15-19 ans de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, soit environ 7 en moyenne par année.

Un peu moins du quart de ces IVG ont été faites auprès de jeunes filles âgées entre 15 et 17 ans (5/22) et les autres, auprès de jeunes de 18 ou 19 ans (résultats non illustrés).

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

De manière générale, les Gaspésiennes et Madeliniennes, peu importe leur âge, recourent moins fréquemment aux services d'interruption de grossesse que les Québécoises, et les jeunes filles de 15-19 ans ne font pas exception. En effet, sur les 78 jeunes filles de la région enceintes en 2013-2015, 22 ont eu recours à l'IVG, soit 28 %. Au Québec, la proportion correspondante est d'environ 63 %. L'examen des taux d'IVG, calculés dans ce cas non pas sur les jeunes filles enceintes, mais sur l'ensemble des jeunes filles de 15-19 ans, montre aussi un taux régional inférieur à celui du Québec (3,3 IVG pour 1 000 jeunes femmes contre 13,5 au Québec) (réf. : figure 2). Ces données ne sont pas disponibles à l'échelle locale.

Évolution du taux d'interruption volontaire de grossesse

Comme l'illustre la figure 4, le taux d'IVG chez les jeunes filles de 15-19 ans a diminué de manière notable au cours des 15 dernières années, et ce, dans la région comme au Québec.

Les naissances de jeunes mères

En 2013-2015, **56** bébés sont nés de mères de 15-19 ans de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, soit environ 19 naissances en moyenne par année.

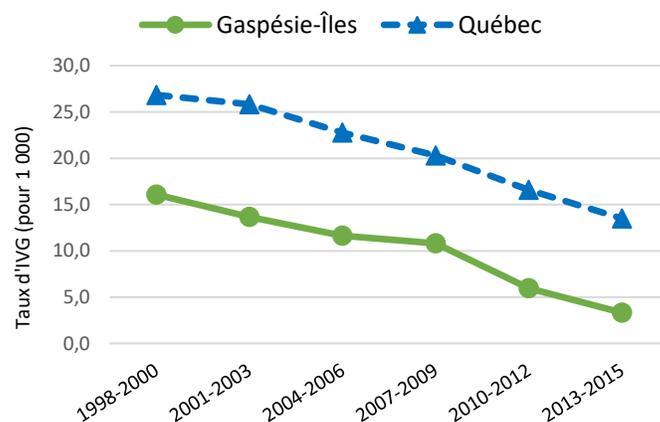
Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Au cours des 3 années 2013 à 2015, 56 naissances sont issues de mères de 15 à 19 ans dans la région, pour un taux de fécondité de 8,5 naissances pour 1 000 jeunes filles, lequel ne se différencie pas de celui du Québec (7,5 pour 1 000) (réf. : figure 2) (voir la définition du taux de fécondité dans l'encadré bleu). Comme l'illustre la figure 6, ce constat n'est pas nouveau, le taux de fécondité chez les jeunes de 15-19 ans dans la région s'étant toujours maintenu à un niveau supérieur sinon semblable à celui du Québec depuis les 30 dernières années. Les données à l'échelle locale sont

Les interruptions volontaires de grossesse

Les IVG comprennent les actes médicaux pratiqués pour mettre un terme à une grossesse non désirée ou en raison d'un problème médical chez le fœtus ou chez la mère. Le taux d'IVG chez les jeunes de 15-19 ans est le rapport entre le nombre d'IVG faites auprès des jeunes de ce groupe sur une période donnée et la population des jeunes filles de 15-19 ans durant cette même période. L'âge est établi au moment de l'interruption volontaire de grossesse et non au moment de la conception.

Figure 4 : Taux d'interruption volontaire de grossesse (pour 1 000 jeunes) chez les jeunes de 15-19 ans, 1998-2000 à 2013-2015



disponibles pour cet indicateur, mais leur imprécision est telle qu'elle donne lieu à des variations importantes d'un territoire à l'autre et même d'une période à l'autre sur un même territoire. C'est pourquoi, il faut être prudent dans l'interprétation des données à l'échelle locale. Cela dit, en 2013-2015, seul le territoire de La Haute-Gaspésie se différencie d'un point de vue statistique du Québec en enregistrant un taux de fécondité chez les jeunes de 15-19 ans supérieur (17,2 pour 1 000 contre 7,5 au Québec) (figure 5).

Le taux de fécondité

Le taux de fécondité pour un groupe d'âge donné est le rapport entre le nombre d'enfants nés vivants des femmes de ce groupe d'âge au cours d'une période et la population féminine de ce même groupe durant la période. Il s'agit en quelque sorte d'un taux de natalité par groupe d'âge. L'âge est établi au moment de la naissance et non au moment de la conception.

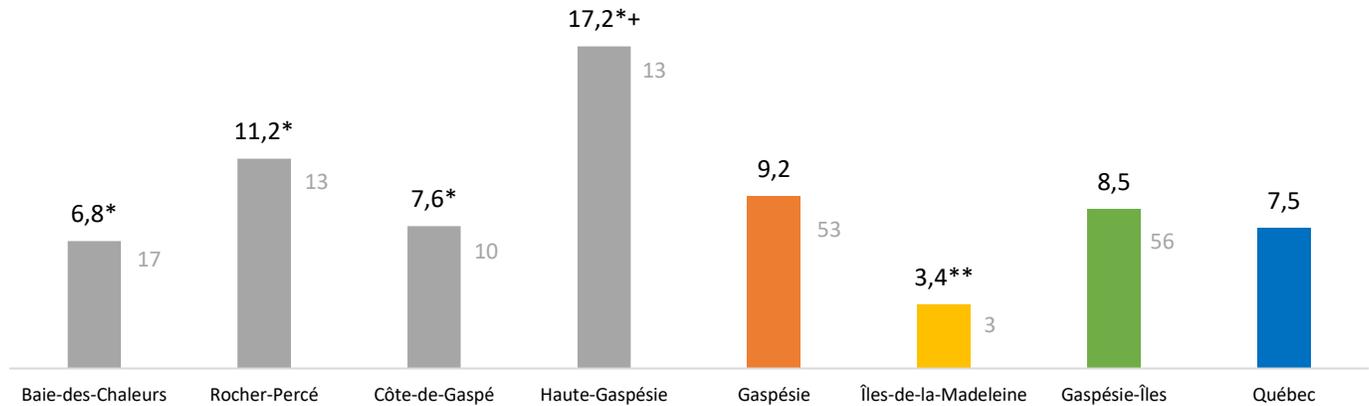
Évolution du taux de fécondité chez les jeunes filles

Depuis le début des années 80, le taux de fécondité chez les jeunes de 15-19 ans est clairement à la baisse en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 6). Et si on en juge par les données des dernières années, cette diminution ne s'est pas encore interrompue et suit de près celle du Québec.

Ce qu'il faut retenir de cette fiche...

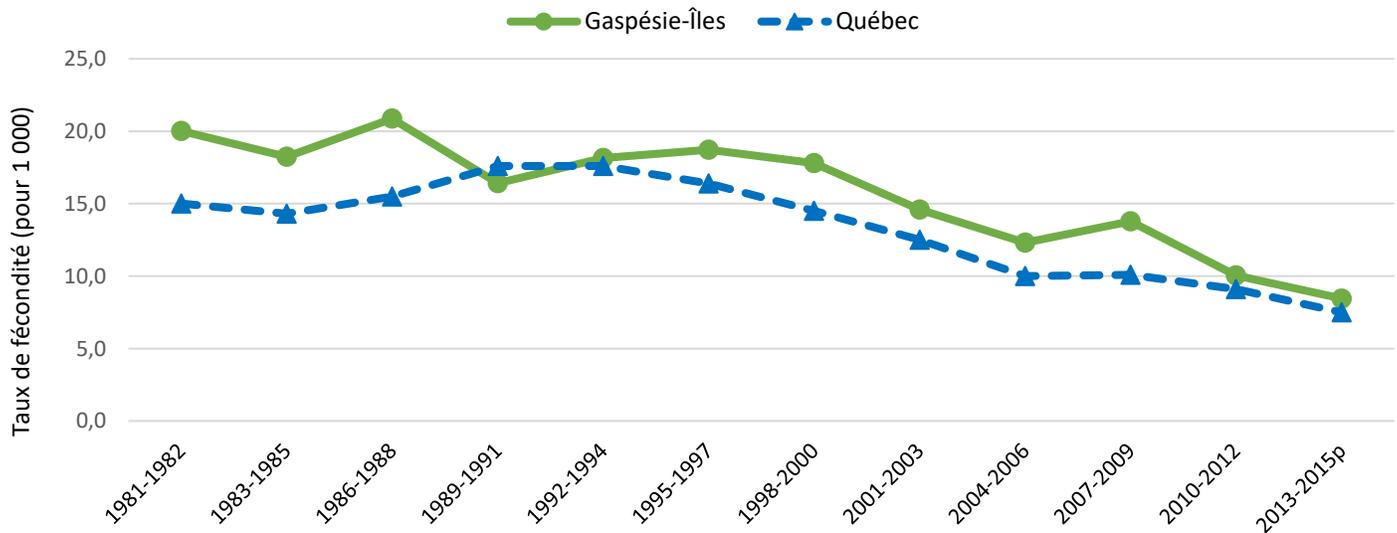
En 2013-2015, il y a, toutes proportions gardées, moins de jeunes filles qui deviennent enceintes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec. Mais puisqu'elles recourent moins souvent à l'IVG que les jeunes québécoises, elles sont à peu près aussi nombreuses, en proportion, à devenir mères en 2013-2015 (ou à tout le moins le nombre de naissances qu'elles donnent est proportionnellement semblable à celui du Québec).

Figure 5 : Taux de fécondité (ou de naissances) (pour 1 000 jeunes) chez les jeunes de 15-19 ans, 2013-2015p



Note : Le nombre à la droite des bâtonnets indique le nombre total de naissances de jeunes mères de 15-19 ans dans le territoire au cours des 3 années.

Figure 6 : Taux de fécondité (pour 1 000 jeunes) chez les jeunes de 15-19 ans, 1981-1982 à 2013-2015p



Les handicaps et les difficultés d'adaptation et d'apprentissage des enfants d'âge scolaire

En 2014-2015, **22 %** des élèves du préscolaire, primaire ou secondaire en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, soit 2 064 élèves.

Selon les données du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), 4,7 % des élèves du préscolaire, primaire ou secondaire, inscrits à la formation générale des jeunes en 2014-2015, ont un handicap (458 élèves) et 17 % des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (1 606), pour un total de 22 % des élèves avec un handicap ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) (voir la définition dans l'encadré à la page suivante) (figure 1). À titre indicatif, parmi les 458 élèves handicapés, 124 ont une déficience langagière (27 %), 89 un trouble

envahissant du développement (19 %) et 75 un trouble relevant de la psychopathologie (16 %); ces trois problèmes étant de loin les plus fréquents chez les élèves handicapés inscrits à la formation générale des jeunes (résultats non illustrés).

Figure 1 : Proportion (en %) des élèves du préscolaire, primaire et secondaire ayant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, 2014-2015

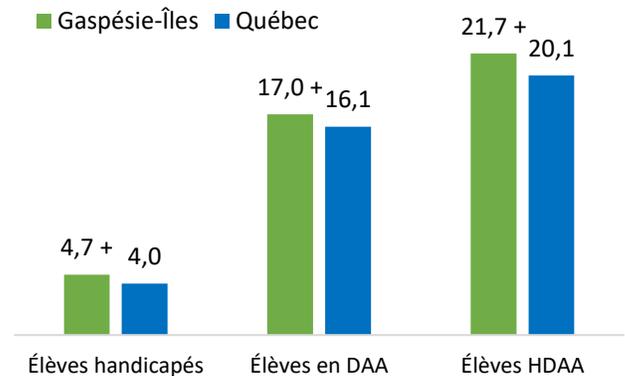
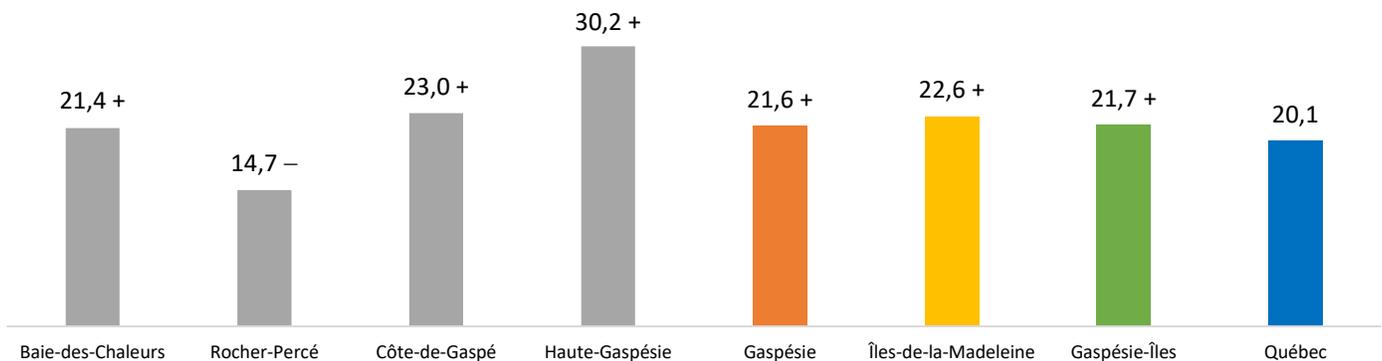


Figure 2 : Proportion (en %) des élèves du préscolaire, primaire et secondaire ayant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, 22 % des élèves du préscolaire, primaire ou secondaire, inscrits à la formation générale des jeunes dans une des écoles de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, sont des EHDA. Cette proportion régionale est supérieure, d'un point de vue statistique, à celle du Québec (20 %) (figure 2), une situation qui n'est pas nouvelle et qui prévaut depuis au moins le début des années 2000 (réf. : figure 3 à la dernière page). De même, cet écart avec le Québec en 2014-2015 s'observe à la fois chez les garçons et chez les filles (tableau 1) ainsi que dans

tous les territoires locaux de la région, à l'exception de celui de Rocher-Percé qui obtient une proportion inférieure d'EHDA à celle du Québec (15 % contre 20 %) (figure 2). Comme le montrent par ailleurs les données du tableau 1, ce n'est que pour les élèves du secondaire que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre une proportion d'EHDA plus élevée que le Québec (30 % contre 25 %), les élèves du préscolaire ou du primaire ne se différenciant pas des jeunes québécois pour cet indicateur (16 % contre 17 %). Le tableau 2 présente les résultats selon les commissions scolaires (CS) de la région.

Symboles : + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : MEES, Système Charlemagne, données extraites de l'Infocentre de santé publique et analysées par la Direction de santé publique.

Groupes où la proportion d'EHDA est la plus élevée

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les garçons sont nettement plus nombreux que les filles, en proportion, à se classer EHDA en 2014-2015 (28 % contre 15 %) (tableau 1), une situation généralisée peu importe le territoire géographique. Également, la détection de ces problèmes et les interventions mises en place dans les écoles sont plus fréquentes, en 2014-2015, chez les élèves du secondaire que chez les plus jeunes, la proportion d'EHDA dans la région étant de 30 % dans le premier groupe contre 16 % dans le second (tableau 1). Encore ici, ce constat est observé dans tous les territoires.

Évolution de la proportion d'EHDA

À l'image de la situation provinciale, la proportion d'EHDA dans les écoles de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a augmenté depuis le début des années 2000, en passant plus précisément de 12 % à 22 %, une hausse de 80 % en moins de 15 ans (figure 3). Cette hausse de la proportion d'EHDA dans la région est toutefois en bonne partie le reflet de la baisse constante des effectifs scolaires durant cette période, car le nombre d'EHDA s'est généralement maintenu entre 2 000 et 2 300, sans présenter comme tel de tendance à la hausse (figure 4). Comme l'illustre par ailleurs la figure 5, une augmentation de la proportion d'EHDA s'est produite à la fois chez les élèves du préscolaire-primaire et chez ceux du secondaire, bien que la progression dans ce dernier groupe ait été plus prononcée. On notera également à la figure 6 que, tant la proportion d'élèves handicapés que la proportion d'élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (DAA), ont progressé au cours des quelque 15 dernières années. Ajoutons finalement que l'augmentation de la proportion d'EHDA en Gaspésie-

Îles-de-la-Madeleine a été sensiblement la même chez les garçons et chez les filles (résultats non illustrés).

Les élèves avec un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)

Au début de chaque année scolaire, les commissions scolaires, les établissements d'enseignement privés et les écoles gouvernementales, (qui incluent les écoles de bandes autochtones relevant du gouvernement fédéral et les écoles de formation professionnelle relevant de ministères québécois autres que le MEES), déclarent au MEES certaines données sur les effectifs scolaires inscrits à la formation générale des jeunes dans leurs écoles. Les EHDA font partie de ces données. Pour qu'un EHDA soit déclaré, trois conditions doivent être remplies :

1. Un diagnostic posé par un personnel qualifié (pour les élèves avec plus d'un diagnostic, ils sont déclarés selon le code de difficulté qui décrit le mieux leur situation)
2. Les incapacités et les limitations doivent découler de la déficience ou du trouble et se manifester au plan scolaire
3. Des mesures d'appui auprès de l'élève, comme un plan d'intervention, doivent être mises en place

À noter que les écoles gouvernementales ne sont pas tenues de collaborer aux bases de données ministérielles. Les données pour les élèves de ces écoles ne sont donc sans doute pas exhaustives (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, mars 2017). En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, le centre spécialisé des Pêches du collège de la Gaspésie et des Îles, à Grande-Rivière, est la seule école gouvernementale au secondaire.

Tableau 1 : Proportion (en %) des élèves du préscolaire, primaire et secondaire ayant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, selon le réseau local de services de résidence de l'élève (RLS), le sexe et l'ordre d'enseignement, 2014-2015

	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Garçons	27,2	20,0-	28,8+	35,7+	27,2+	31,2+	27,7+	25,5
Filles	15,2	8,9-	16,8+	24,6+	15,7+	13,8	15,4+	14,3
Préscolaire- primaire	13,8+	12,6-	18,0	26,1+	16,4	16,4	16,4	16,7
Secondaire	33,4+	17,6-	31,3+	36,9+	29,9+	31,7+	30,1+	25,0
TOTAL	21,4+	14,7-	23,0+	30,2+	21,6+	22,6+	21,7+	20,1

Tableau 2 : Proportion (en %) des élèves du préscolaire, primaire et secondaire ayant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, selon la commission scolaire de l'élève et le sexe, 2014-2015

	CS René-Lévesque	CS Chics-Choc	CS des Îles	CS Eastern Shores ¹	Gaspésie-Îles	Québec
Garçons	23,1-	31,6+	30,0+	35,7+	27,7+	25,5
Filles	11,8-	19,2+	13,7	22,1+	15,4+	14,3
TOTAL	17,6-	25,5+	21,8	29,1+	21,7+	20,1

¹ Les données de la CS Eastern Shores sont celles de l'ensemble des écoles de cette CS et incluent donc les écoles anglophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-St-Laurent et de la Côte-Nord. Selon les effectifs scolaires, 1 139 élèves fréquentent une école de cette CS en 2014-2015 dont 742 seraient de la Gaspésie-Îles.

Figure 3 : Proportion (en %) des élèves ayant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, 2001-2002 à 2014-2015

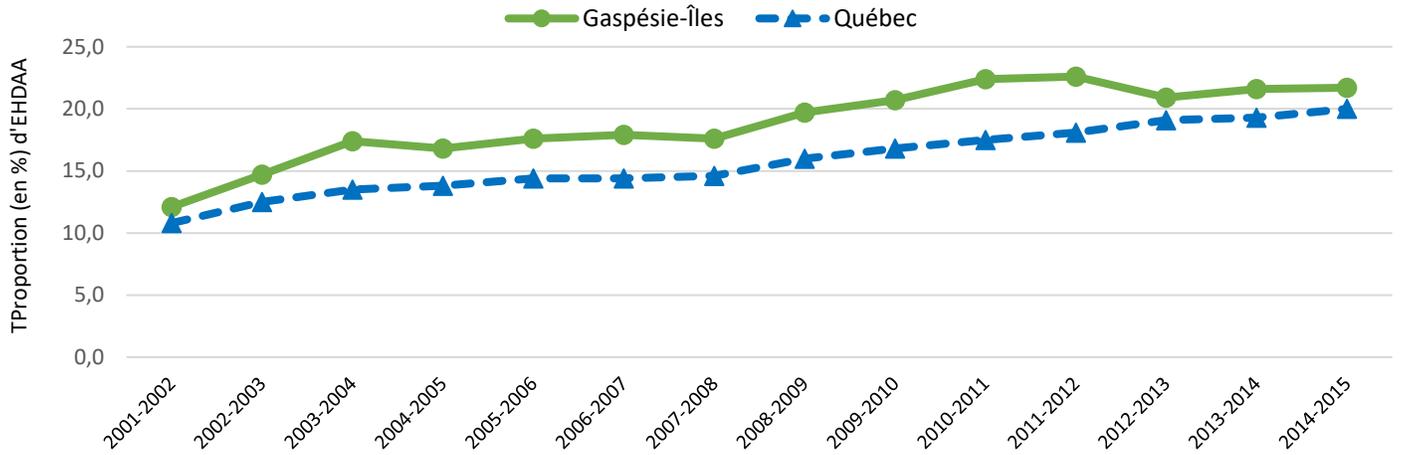


Figure 4 : Nombre et proportion (en %) des élèves ayant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, 2001-2002 à 2014-2015

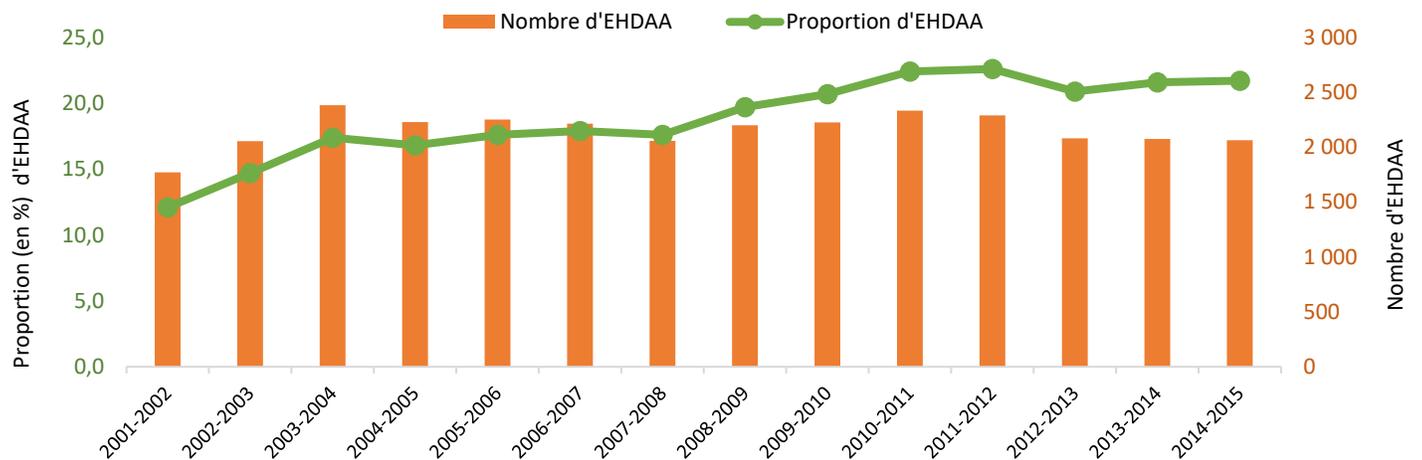


Figure 5 : Proportion (en %) des élèves ayant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, selon l'ordre d'enseignement, 2001-2002 à 2014-2015

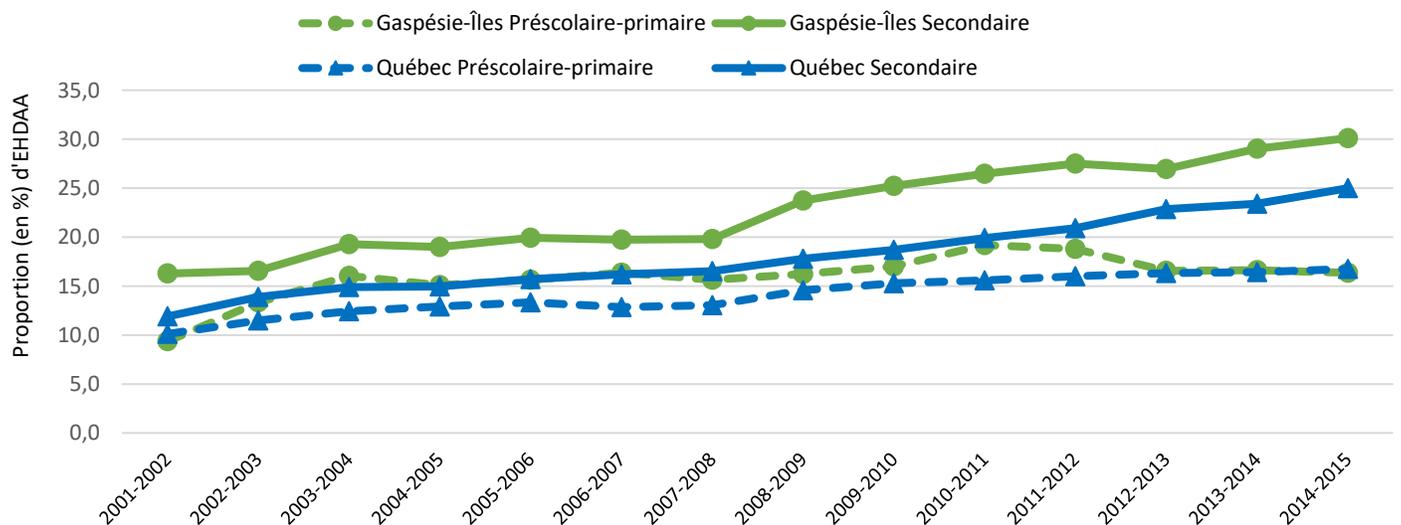
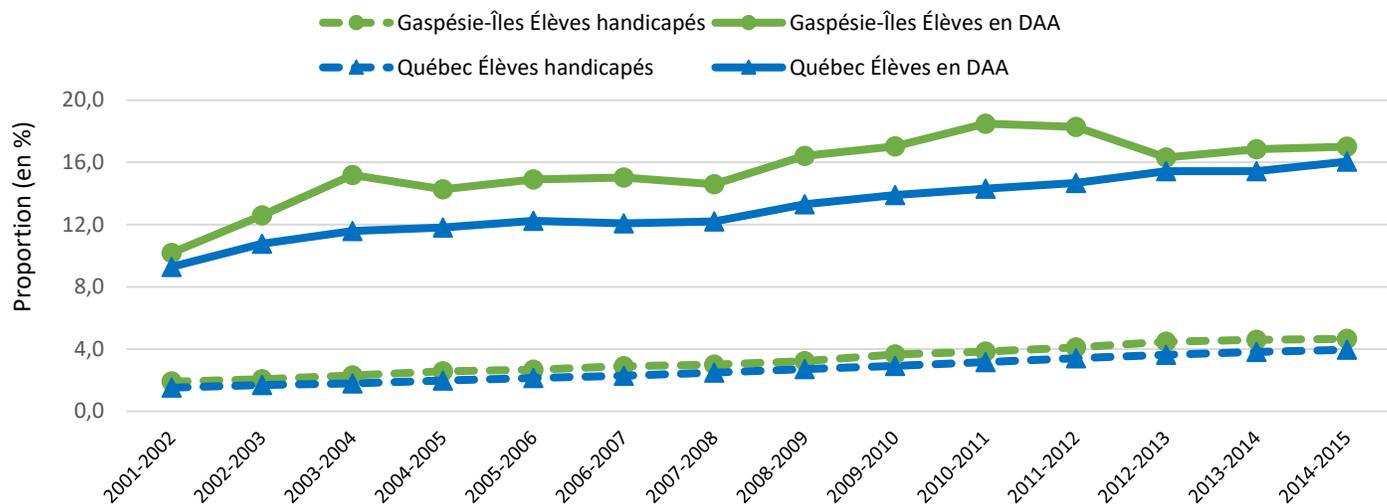


Figure 6 : Proportion (en %) des élèves ayant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage, selon la nature du problème, 2001-2002 à 2014-2015

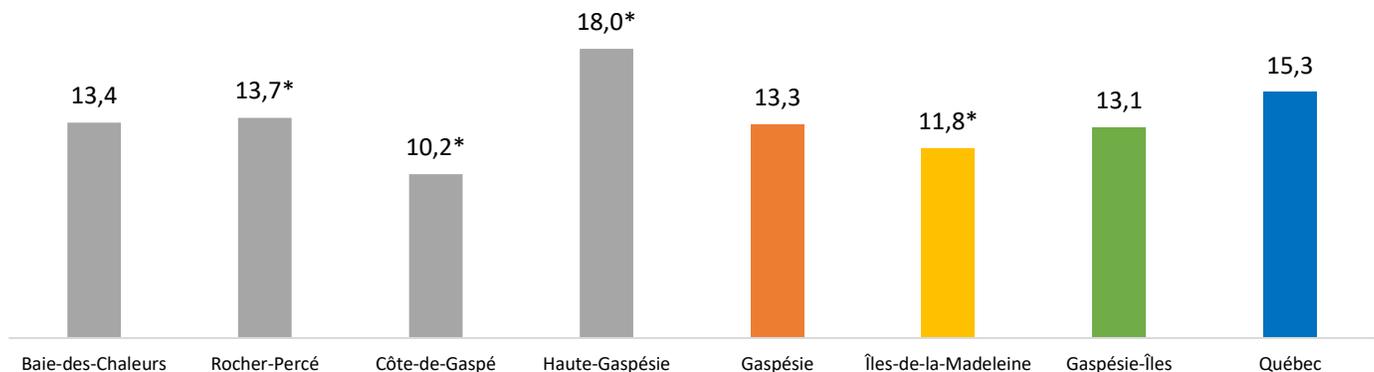


En 2012-2013, **13 %** des élèves sortants, inscrits à la formation générale des jeunes, n'ont pas obtenu de diplôme ni qualification durant l'année scolaire.

Mesure du décrochage scolaire

Cet indicateur a trait aux élèves sortants au secondaire qui n'ont pas obtenu, durant l'année scolaire, un diplôme ou une qualification, et qui ne se sont pas réinscrits dans un établissement scolaire du Québec durant toute l'année scolaire suivante. Il s'agit donc d'élèves qui ont quitté temporairement ou définitivement l'école. Cet indicateur est une estimation du taux de décrochage scolaire annuel.

Figure 1 : Taux (en %) de sorties sans diplôme ni qualification parmi les sortants en formation générale, 2012-2013



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

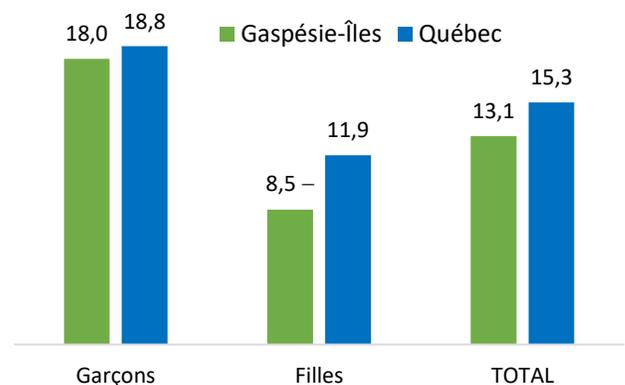
En 2012-2013, sur les quelque 748 jeunes gaspésiens et madelinots sortants inscrits à la formation générale des jeunes au secondaire, 98 n'ont pas de diplôme ni de qualification, ce qui correspond à un taux de décrochage scolaire annuel de 13 % (figure 1). Comme l'illustre cette première figure, bien que le taux obtenu en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine soit inférieur à celui de l'ensemble des établissements scolaires (publics, privés et écoles gouvernementales) du Québec (15 %), l'écart n'est pas suffisant pour être jugé significatif statistiquement ($p=0,10$). Néanmoins, les résultats selon le sexe indiquent que les filles de la région enregistrent en 2012-2013 un taux de décrochage scolaire moindre que celui des Québécoises, ce qui n'est pas le cas des garçons (figure 2). À l'échelle locale et des commissions scolaires (CS), les tableaux 1 et 2 montrent que les élèves de la CS des Îles ont un taux de décrochage scolaire inférieur à celui des jeunes du Québec (7,2 % contre 15 %), alors que ceux de la CS Eastern Shores en enregistrent un plus élevé en 2012-2013 (23 % contre 15 %), ces résultats étant essentiellement attribuables aux filles.

Élèves plus nombreux à décrocher

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, les garçons sont clairement plus nombreux, en proportion, à sortir de la formation générale des jeunes au secondaire sans

diplôme ni qualification en 2012-2013 (figure 2). Bien que reposant sur de plus faibles effectifs et qu'il faille de ce fait être prudent dans l'interprétation des données à l'échelle locale, cette prédominance des garçons dans les statistiques de décrochage scolaire tend à s'observer dans la plupart des territoires locaux et des CS de la région (tableaux 1 et 2). De même, les élèves dont la langue d'enseignement est l'anglais (CS Eastern Shores) ont, en 2012-2013, un taux de décrochage supérieur à celui des élèves des trois CS francophones de la région (23 % contre 12 %), un écart qu'on doit principalement aux filles (26 % contre 8,5 %) (figure 3, page suivante).

Figure 2 : Taux (en %) de sorties sans diplôme ni qualification parmi les sortants en formation générale des jeunes selon le sexe, 2012-2013



Symboles : + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05 et pour la figure 3, valeur des anglophones significativement supérieure à celle des francophones au seuil de 0,05. * Coefficient de variation (CV) entre 16,6 % et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence. ** CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. X Cinq élèves ou moins au numérateur, donnée confidentielle.

Source : Système Charlemagne, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, données extraites de l'Infocentre de santé publique et analysées par la DSP.

Tableau 1 : Taux (en %) de sorties sans diplôme ni qualification parmi les sortants en formation générale des jeunes, selon le réseau local de services (RLS) et le sexe, 2012-2013

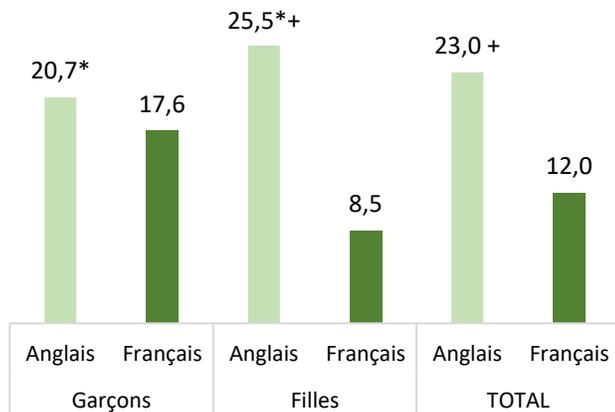
	Baie-des-Chaleurs	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine	Gaspésie-Îles	Québec
Garçons	18,8*	11,1**	20,3*	21,1*	17,7	20,5*	18,0	18,8
Filles	7,7*	17,3*	X	15,7*	11,6	X	8,5-	11,9
TOTAL	13,4	13,7*	10,2*	18,0*	13,3	11,8*	13,1	15,3

Tableau 2 : Taux (en %) de sorties sans diplôme ni qualification parmi les sortants en formation générale des jeunes, selon la commission scolaire (CS) et le sexe, 2012-2013

	CS René-Lévesque	CS des Chic-Chocs	CS des Îles	CS Eastern Shores ¹	Gaspésie-Îles	Établissements du Québec		
						Publics	Privés	TOTAL
Garçons	14,6*	23,3*	18,4**	20,7*	18,0	21,9	6,8	18,8
Filles	9,6*	7,0*	X	25,5*+	8,5-	13,9	5,2	11,9
TOTAL	12,2	13,8	7,2**-	23,0+	13,1	17,8	5,9	15,3

¹ Les données de la CS Eastern Shores sont celles de l'ensemble des écoles de cette CS et incluent donc les écoles anglophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-St-Laurent et de la Côte-Nord.

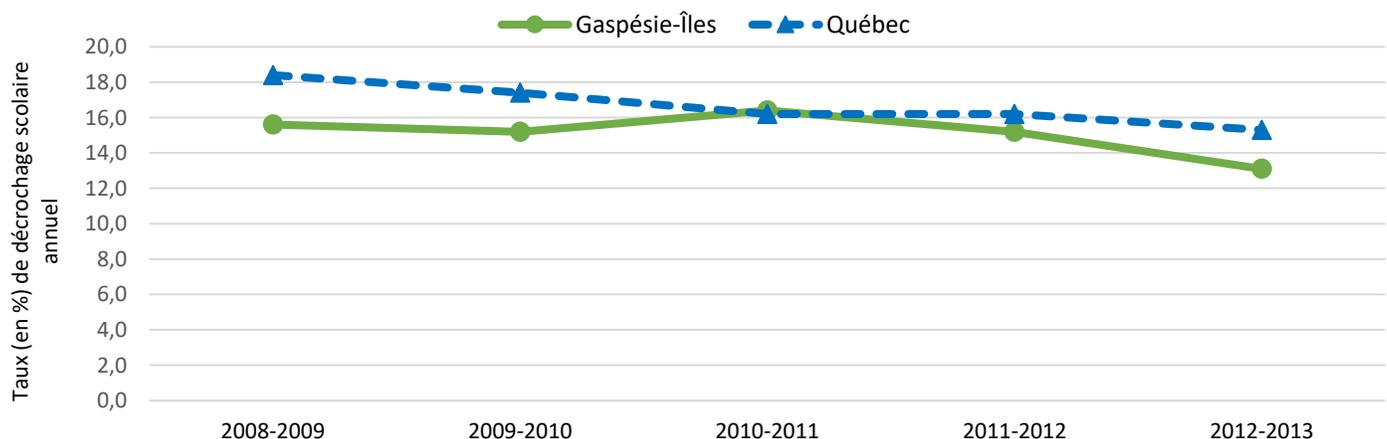
Figure 3 : Taux (en %) de sorties sans diplôme ni qualification parmi les sortants en formation générale des jeunes, selon la langue d'enseignement et le sexe, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2012-2013



Évolution du décrochage scolaire

Les données les plus anciennes sur le décrochage scolaire, comparables à celles de 2012-2013, remontent seulement à 2008-2009, si bien que nous ne disposons pas encore d'une période de temps suffisamment longue pour tirer des conclusions fiables et robustes sur l'évolution de cet indicateur. Malgré cela, il est intéressant de constater la tendance à la baisse du taux de décrochage scolaire annuel au Québec, celui-ci étant passé de 18 % à 15 % en l'espace de 5 ans (figure 4). Quoique l'on doive demeurer prudent avec les données régionales, celles des dernières années semblent à tout le moins encourageantes.

Figure 4 : Taux (en %) de sorties sans diplôme ni qualification parmi les sortants en formation générale des jeunes, 2008-2009 à 2012-2013

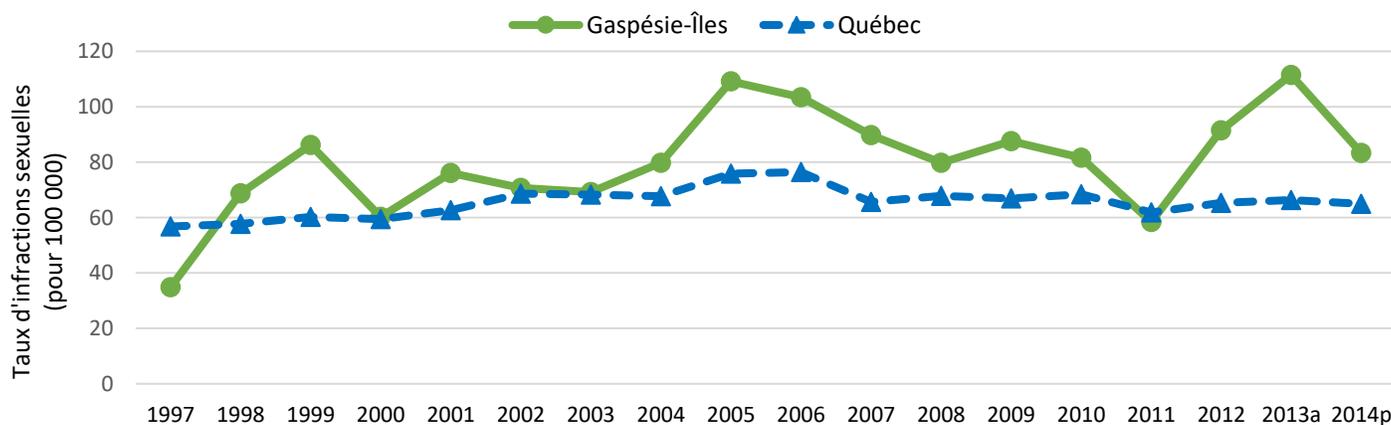


En 2014, **77** infractions sexuelles commises envers la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont été déclarées aux autorités policières.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Avec ce nombre de déclarations en 2014, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre un taux d'infractions sexuelles supérieur à celui du Québec (83,3 contre 65,0 pour 100 000), comme ce fut presque toujours le cas au cours des dix dernières années (figure 1). Comme l'indique aussi la figure 2, durant les trois années 2011 à 2013¹, cette situation tend à s'observer de manière générale chez les mineurs, chez les adultes et peu importe le sexe.

Figure 1 : Taux d'infractions sexuelles (pour 100 000 h.), 1997 à 2014p



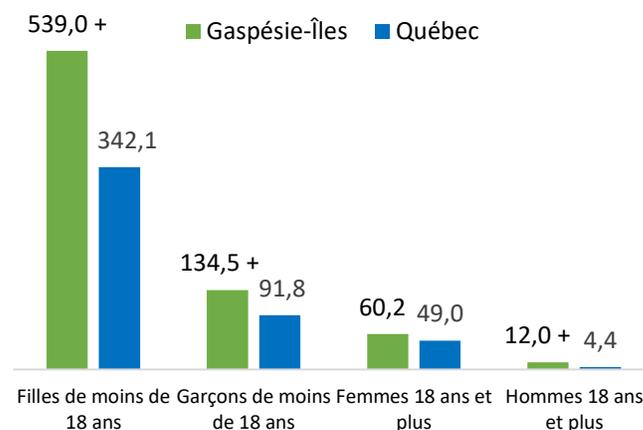
Groupes plus touchés par les infractions sexuelles

Au cours des trois années 2011 à 2013¹, les jeunes de moins de 18 ans, particulièrement les jeunes filles, sont nettement plus susceptibles d'être victimes d'une infraction sexuelle que les adultes, et ce, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec. En effet, le taux d'infractions observé chez les mineurs de la région en 2011-2013 atteint 333 pour 100 000 contre 37 chez les adultes, un taux neuf fois plus élevé (résultats non illustrés). Comme l'illustre par ailleurs la figure 2, les jeunes filles de moins de 18 ans sont particulièrement vulnérables à ce genre d'infraction avec un taux de 539 pour 100 000, suivies des jeunes garçons avec un taux de 135 pour 100 000, puis plus loin derrière des femmes et des hommes. À ce sujet, rappelons que selon l'*Enquête sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*, 8,2 % des filles de 14 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et 2,2 %* des garçons ont déjà eu, au cours de leur vie, une relation sexuelle forcée (Dubé et Parent, 2015).

Mesure des infractions sexuelles

Les données sur les infractions sexuelles proviennent du Programme de déclaration uniforme de la criminalité (DUC 2) du ministère de la Sécurité publique (MSP). Ces données témoignent des agressions sexuelles et des autres infractions d'ordre sexuel comme les contacts sexuels ou l'incitation à des contacts sexuels auprès d'un enfant de moins de 16 ans, l'exploitation sexuelle d'un adolescent de 16 à 18 ans, l'inceste, la corruption d'enfants, le leurre d'un enfant au moyen d'un ordinateur et le voyeurisme, signalées aux autorités policières. Il s'agit donc de données de déclaration et ne rendent de ce fait pas compte de toutes les infractions sexuelles (MSP, 2015). De plus, ces données ne sont pas disponibles à l'échelle locale.

Figure 2 : Taux d'infractions sexuelles (pour 100 000 h.) selon le sexe et le groupe d'âge des victimes, 2011-2013p

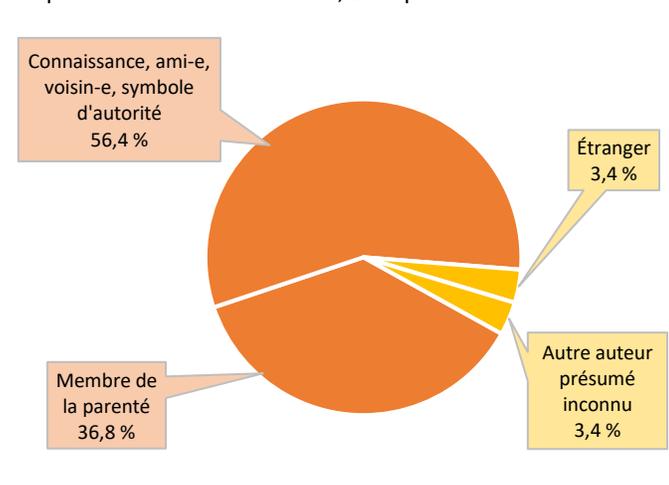


Voir la source et la signification des symboles dans l'encadré bleu au bas de la page suivante.

Nature de la relation entre la victime et l'auteur présumé

En 2014, environ 93 % des victimes d'infractions sexuelles en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine connaissaient l'auteur présumé de l'infraction. Dans 37 % des cas, il s'agissait d'un membre de la famille (conjoint-e, ex-conjoint-e, ami-e intime, parent, enfant et autre membre de la famille, beau-père ou belle-mère, beau-fils ou belle-fille, parent éloigné) et dans 56 % des cas, d'une connaissance, d'un-e ami-e, d'un-e voisin-e ou d'un symbole d'autorité comme un professeur ou un supérieur (figure 3). Pour les autres victimes (6,8 %), l'auteur présumé de l'infraction était inconnu (étranger, relation d'affaire, relation criminelle, etc.). Comparativement à l'ensemble du Québec, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte une proportion plus élevée de victimes qui connaissent l'auteur présumé qui les a agressées (93 % contre 86 % au Québec), un constat qu'on observe aussi dans les régions du Bas-St-Laurent et de l'Abitibi-Témiscamingue (MSP, 2016).

Figure 3 : Répartition (en %) des victimes d'infractions sexuelles selon la nature de la relation avec l'auteur présumé, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2014p



Évolution des infractions sexuelles

De 1997 au milieu des années 2000, le taux d'infractions sexuelles a augmenté en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et au Québec pour atteindre un sommet en 2005 (réf. : figure 1), année où on avait assisté à la médiatisation de cas d'abus sexuels impliquant des personnes connues du grand public (MSP, 2009). Après quoi, il a régressé de manière importante jusqu'en 2011 pour remonter à nouveau en 2012 et 2013, une hausse qui s'est interrompue en 2014. Comme le montre la figure 1, bien que davantage fluctuante que celle du Québec (en raison de notre plus petite population), la courbe d'évolution du taux d'infractions sexuelles en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine suit tout de même de près celle du Québec depuis 1997.

1. Les données régionales selon l'âge et le sexe ne sont pas disponibles en 2014 sur le site du ministère de la Sécurité publique.

Symboles : + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

a : Données actualisées. p : Données provisoires. *Coefficient de variation entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : Ministère de la sécurité publique, site consulté en août 2017.

En 2015, **201** infractions commises en contexte conjugal en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont été déclarées aux autorités policières.

Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2015, les infractions commises contre les personnes en contexte conjugal et signalées aux autorités policières ont fait 201 victimes de 12 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ce qui correspond à un taux de 242 pour 100 000 personnes. Comme ce fut généralement le cas depuis près de 20 ans, le taux régional pour ce genre d'infractions criminelles ne se différencie pas de celui du Québec (242 pour 100 000 h. contre 269 au Québec) (figure 1). Comme l'illustre toutefois cette première figure, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine enregistre un taux d'agressions sexuelles en contexte conjugal supérieur à celui du Québec en 2015 (18 pour 100 000 h. contre 8,1 au Québec), mais en contrepartie, un taux de voies de fait inférieur (131,4 pour 100 000 h. contre 187 au Québec).

Cela dit, bien que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se situe généralement dans la moyenne provinciale, la violence conjugale demeure un problème préoccupant. Comme le mentionne le ministère de la Sécurité publique (MSP) :

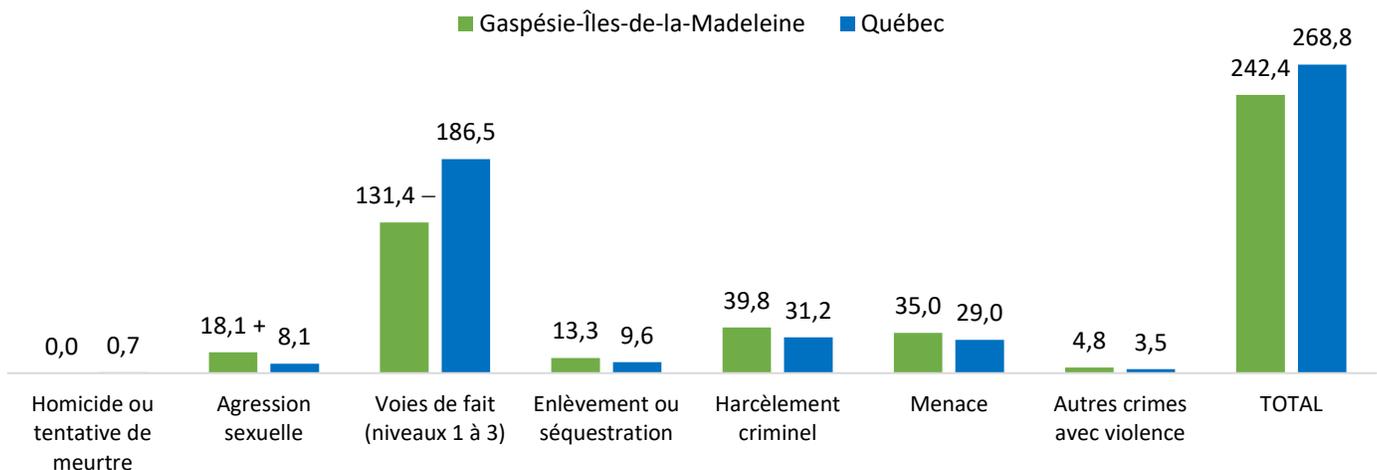
« La violence conjugale est un phénomène social complexe et multifactoriel dont l'ampleur ainsi que les

conséquences économiques, sociales et humaines sont considérables pour la collectivité québécoise. Depuis 2010 [au Québec], 115 420 infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal ont été signalées aux autorités policières et 74 d'entre elles concernent des homicides. Malgré les campagnes de sensibilisation faites auprès de la population, la judiciarisation des auteurs présumés depuis 1986 et la mise en place de divers programmes pour aider les victimes et les agresseurs, la violence conjugale demeure préoccupante ». (MSP, 2017)

Mesure de la violence conjugale

Les données sur la violence conjugale proviennent du Programme de déclaration uniforme de la criminalité (DUC 2) du MSP et témoignent des infractions commises contre les personnes en contexte conjugal déclarées à la police. Ainsi, les données présentées dans cette fiche sous-estiment très certainement l'ampleur de ce problème car « la violence conjugale figure parmi les crimes les plus difficiles à dénoncer aux autorités policières en raison du type de relation qui unit la victime à son agresseur. Ainsi, une victime qui vit une situation de dépendance par rapport à son agresseur aura davantage de difficulté à dénoncer la violence qu'elle subit (Thomassin, 2000) ». (tiré de MSP, 2017, page 7).

Figure 1 : Taux d'infractions contre les personnes commises en contexte conjugal (pour 100 000 h.) selon le type d'infractions, 2015p



1. Les données régionales selon l'âge et le sexe ne sont pas disponibles en 2014 et en 2015 sur le site du ministère de la Sécurité publique.
Symboles : + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05. a : Données actualisées. p : Données provisoires.
Source : Ministère de la sécurité publique, site consulté en août 2017, données analysées par la Direction de santé publique.

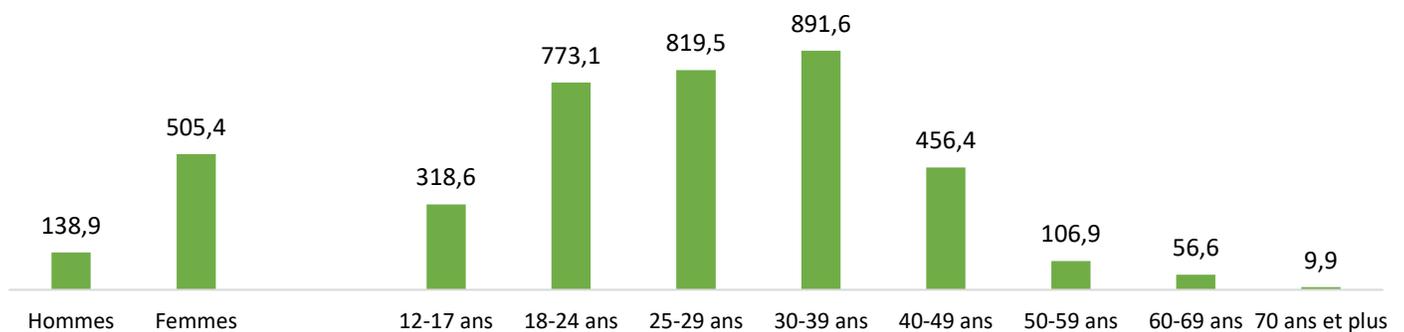
Groupes plus touchés par la violence conjugale

Au cours des trois années 2011 à 2013¹, les femmes sont encore nettement plus nombreuses que les hommes à être victimes d'infractions commises en contexte conjugal. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, elles obtiennent pour cette période de trois ans un taux de crimes en contexte conjugal de 505 pour 100 000 contre 139 chez les hommes (figure 2). Exprimé autrement, près de 8 infractions sur 10 (79 %) sont perpétrées envers des femmes. Pour ce qui est de l'âge, les 30-39 ans dominent les autres groupes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine avec un taux de 892 pour 100 000 personnes, suivis des 25-29 ans (820 pour 100 000) et des 18-24 ans (773 pour 100 000) (figure 2). À eux seuls, ces trois groupes d'âge comptabilisent 62 % de l'ensemble des infractions

commises en contexte conjugal en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. À noter que les jeunes de 12-17 ans ne sont pas épargnés par ce type de violence, le taux d'infractions dans ce groupe s'élevant à 319 pour 100 000 en 2011-2013, ce qui correspond à 18 infractions en moyenne par année. Et comme nous le disions dans l'encadré de la page précédente, ces données sous-estiment très certainement l'ampleur de ce problème. À ce sujet, rappelons que selon *l'Enquête sur la santé des jeunes du secondaire réalisée en 2010-2011*, 36 % des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont vécu de la violence dans leurs relations amoureuses des 12 derniers mois (Dubé et Parent, 2015).

Précisons enfin qu'au Québec, si 8 victimes sur 10 de la violence conjugale sont des femmes, les auteurs présumés sont dans 8 cas sur 10 des hommes (MSP, 2017).

Figure 2 : Taux d'infractions commises en contexte conjugal (pour 100 000 h.) selon le sexe et le groupe d'âge des victimes, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2011-2013p



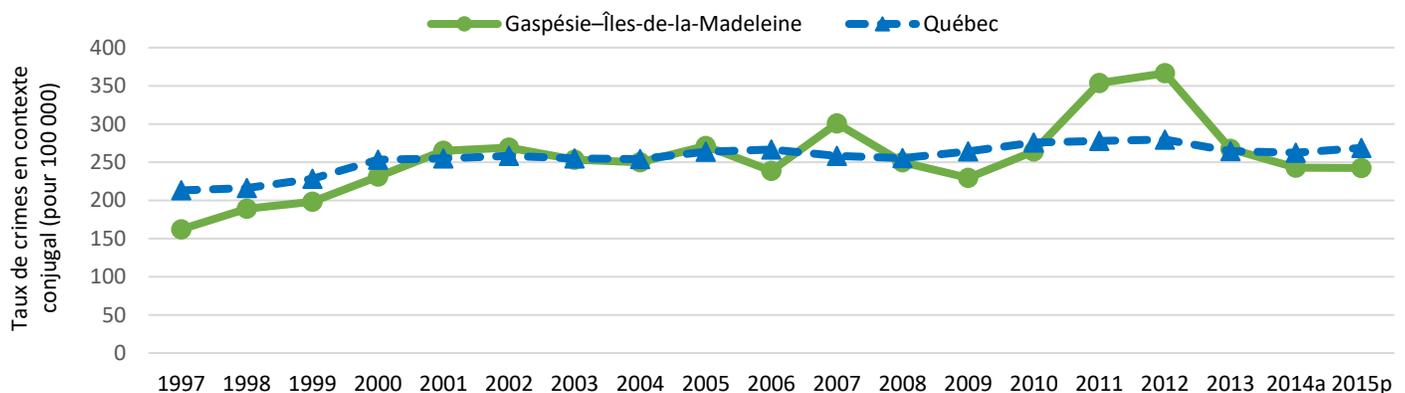
Évolution de la violence conjugale

Le taux d'infractions commises en contexte conjugal a augmenté de manière sensible en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec entre 1997 et 2002 (figure 3), c'est-à-dire dans les années suivant l'adoption, en 1995, de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*. 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, page 16) Par la suite, le taux régional a connu des variations importantes jusqu'en 2015 sans qu'aucune tendance claire ne se dégage ni à la hausse ni à

la baisse (figure 3). Au Québec, le taux a, pour sa part, peu varié entre 2003 et 2015 en se maintenant entre 255 et 280 pour 100 000.

Cela dit, ces constats posés à compter de l'ensemble des données sur la criminalité en contexte conjugal témoignent davantage de la situation des femmes que de celle des hommes, les femmes comptant, rappelons-le, pour environ 80 % des victimes. Mais l'examen des données chez les hommes montre plutôt une tendance à la hausse du taux d'infractions commises en contexte conjugal entre 2003 et 2013, de l'ordre de 35 % chez les Gaspésiens et Madelinots comme chez les Québécois (résultats non illustrés).

Figure 3 : Taux d'infractions contre les personnes commises en contexte conjugal (pour 100 000 h.), 1997 à 2015p



La santé mentale et le suicide

Définition de la santé mentale

Pour comprendre les différents indicateurs de ce thème sur la santé mentale et le suicide, il faut revenir à la définition de la santé mentale. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé mentale se définit comme :

« ...un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et d'une manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». (OMS, 2014, tiré de Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015, page 53)

Cette définition de la santé mentale, qui se rapproche de la notion de bien-être, situe la santé mentale sur un continuum allant de la santé mentale optimale à la "moins bonne santé mentale", sans pour autant glisser vers le trouble mental (Joubert, 2009). Selon cette conception, le trouble mental se situe sur un autre continuum distinct, mais corrélé à celui de la santé mentale (Gilmour, 2014). « Ainsi, une personne souffrant d'un trouble mental pourrait présenter plusieurs éléments de santé mentale optimale, si elle est en mesure, en dépit de ce trouble mental, de mener une vie satisfaisante. » (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015, page 53)

Ces précisions faites, nous présentons d'abord sous ce thème les indicateurs classiques permettant d'appréhender la **santé mentale optimale**, soit :

- la [perception de sa santé mentale](#)
- la [satisfaction de sa vie](#)
- le [sentiment d'appartenance à sa communauté](#)
- le [soutien social](#)
- et la [santé mentale positive](#)

Ensuite, nous traitons de deux indicateurs permettant de mesurer la **moins bonne santé mentale**, à savoir :

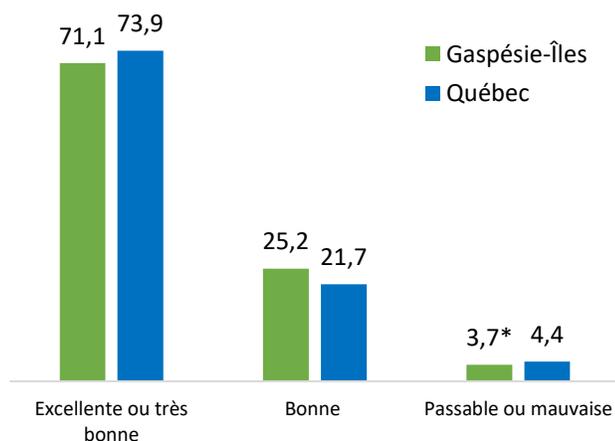
- le [stress quotidien](#)
- et la [détresse psychologique](#)

Nous terminons en présentant les données sur les troubles mentaux et le suicide.

En 2013-2014, **71 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine considère sa santé mentale comme très bonne, voire excellente.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), 39 % des personnes de 12 ans et plus dans la région perçoivent excellente leur santé mentale et 32 % très bonne, si bien que 71 % ont une perception positive de leur santé mentale (figure 1). Cette proportion ne se différencie pas de celle du Québec (74 %). Comme le montre la figure 1, 25 % de la population régionale considère par ailleurs sa santé mentale bonne et 3,7 %, passable ou mauvaise.

Figure 1 : Répartition (en %) de la population de 12 ans et plus selon la perception de sa santé mentale, 2013-2014



La perception positive de sa santé mentale ne varie pas selon le sexe (tableau 1). Toutefois, les jeunes de 12-17 ans ont tendance à percevoir plus positivement cet aspect de leur vie que leurs aînés, et ce, dans la région comme au Québec. Le revenu du ménage exerce, pour sa part, un gradient très net sur cet indicateur. Alors que 63 % des personnes de la région vivant dans un ménage dont le revenu se situe au quintile le plus faible considèrent leur santé mentale comme excellente ou très bonne, cette proportion passe à 72 % chez celles vivant dans des ménages au revenu moyen et atteint 79 % chez celles dont le revenu du ménage se situe au quintile supérieur (tableau 1).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus percevant excellente ou très bonne sa santé mentale, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	70,8	74,4
Femmes	71,5	73,4
Groupe d'âge		
12-17 ans	89,5	80,8
18-24 ans	72,2*	76,7
25-44 ans	75,9	72,3
45-64 ans	67,3	73,3
65 ans et plus	68,9	73,4
Revenu du ménage[†]		
Quintile 1 (inférieur)	63,2	66,2
Quintile 2	64,9	70,5
Quintile 3	71,9	73,4
Quintile 4	77,4	77,6
Quintile 5 (supérieur)	79,4	82,1
TOTAL	71,1	73,9

Dans ce tableau, aucun test statistique n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon le revenu du ménage.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.
 *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.
Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

² Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

En 2013-2014, **87 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est satisfaite ou même très satisfaite de sa vie en général.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), 41 % de la population régionale de 12 ans et plus s'estime très satisfaite de sa vie et 46 % satisfaite, portant à 87 % la proportion de personnes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine satisfaites, voire très satisfaites de leur vie (figure 1). Encore ici cette proportion ne se distingue pas de celle du Québec, lequel obtient une proportion de 89 %. À l'autre bout du spectre, on estime à 2,9 % la proportion de Gaspésiens et Madelinots insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie (figure 1).

De manière générale, les hommes et les femmes ne se différencient pas eu égard à la satisfaction de leur vie (tableau 1). Pour sa part, l'âge n'exerce pas une forte influence sur cette variable (tableau 1), si ce n'est que les jeunes québécois de 12-24 ans sont plus enclins que les autres groupes d'âge à se dire très satisfaits de leur vie (41 % contre 36 %) et moins nombreux à être insatisfaits (1,1 %** contre environ 3 %), une tendance bien que non significative aussi observée dans notre région. Par ailleurs, la proportion à se considérer satisfait ou très satisfait de sa vie augmente avec le revenu du ménage, cette proportion passant, dans la région comme au Québec, d'environ 80 % chez les personnes dont le revenu du ménage se situe au quintile le plus faible à 95 % chez celles vivant dans un ménage dont le revenu est au quintile le plus élevé (résultats non illustrés). Enfin, la satisfaction de sa vie est intimement liée à la perception de la santé. Chez les personnes qui perçoivent leur santé excellente ou très bonne, 96 % sont

satisfaites ou très satisfaites de leur vie, une proportion qui n'est que de 55 % chez celles considérant leur santé passable ou mauvaise (résultats non illustrés).

Figure 1 : Répartition (en %) de la population de 12 ans et plus selon la satisfaction de sa vie, 2013-2014

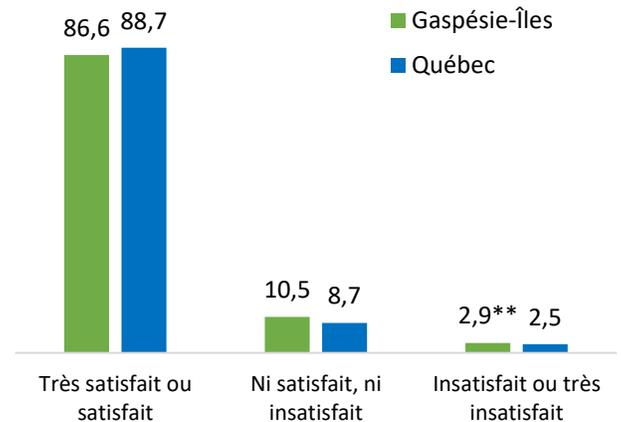


Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus satisfaite ou très satisfaite de sa vie, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	84,7	88,4
Femmes	88,5	89,0
Groupe d'âge		
12-24 ans	94,1	93,5
25-44 ans	91,5	89,1
45-64 ans	82,1	87,6
65 ans et plus	86,1	85,7
TOTAL	86,6	88,7

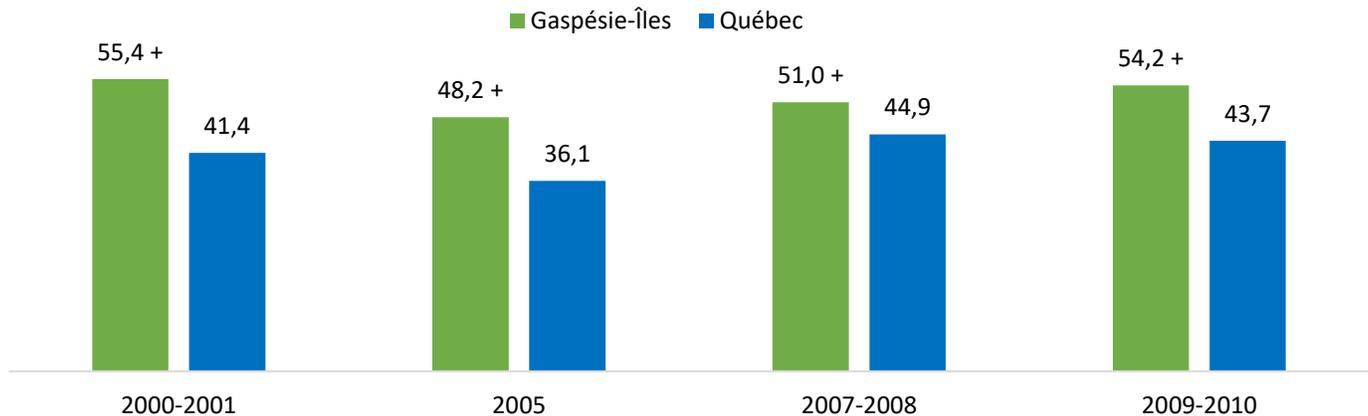
Symboles : **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2011-2012 et 2013-2014*, données extraites de l'Infocentre de santé publique. ESCC 2009-2010, données analysées par la DSP Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

³ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

En 2009-2010, **54 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a un niveau très élevé de soutien social.

Figure 1 : Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant un niveau très élevé de soutien social, 2000-2001, 2005, 2007-2008 et 2009-2010



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010* (ESCC), la dernière enquête à avoir mesuré cet indicateur, 54 % des personnes de 12 ans et plus dans la région ont un niveau très élevé de soutien, c'est-à-dire qu'elles 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 parler et se confier et quelqu'un qui comprend leurs problèmes (pour savoir comment cet indicateur est mesuré, cliquer sur [La mesure du soutien social](#)). Comme ce fut toujours le cas depuis 2000, cette proportion régionale est supérieure à celle du Québec (44 %) (figure 1), et ce, de manière presque systématique peu importe les caractéristiques des personnes (tableau 1). À titre indicatif, 37 % des personnes de 12 ans et plus dans la région ont un niveau élevé de soutien portant à 91 % la proportion ayant un niveau élevé ou très élevé de soutien social (88 % au Québec) (résultats non illustrés).

Groupes plus nombreux à avoir un niveau très élevé de soutien social

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec, le soutien social ne varie pas de manière significative selon le sexe et le groupe d'âge. Par contre, les personnes de la région vivant dans les ménages aux revenus moyens ou supérieurs sont favorisées à cet égard en étant plus nombreuses que celles appartenant à

des ménages à faible revenu à pouvoir compter sur un niveau très élevé de soutien social (57 % contre 48 %) (tableau 1).

Évolution entre 2000-2001 et 2009-2010

Comme on peut le constater à la figure 1, la proportion de personnes bénéficiant d'un très bon soutien social a connu quelques variations entre 2000-2001 et 2009-2010, sans toutefois présenter de hausse ou de baisse sur l'ensemble de la décennie.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus ayant un niveau très élevé de soutien social, 2009-2010

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	51,1+	42,5
Femmes	57,0+	44,9
Groupe d'âge		
12-24 ans	55,7	45,5
25-44 ans	53,0	45,2
45-64 ans	52,9+	41,8
65 ans et plus	58,3+	42,7
Revenu du ménage†		
Déciles 1-3 (inférieur)	47,8	38,5
Déciles 4-7 (moyen)	57,8	45,2
Déciles 8-10 (supérieur)	56,2	49,3
TOTAL	54,2+	43,7

Dans ce tableau, aucun test statistique n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon le revenu du ménage.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.
+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, ESCC 2000-2001 à 2009-2010, données analysées par la DSP Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

⁴ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

En 2013-2014, **81 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a un fort sentiment d'appartenance à sa communauté.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), 28 % de la population régionale de 12 ans et plus a un très fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale et 53 % en éprouve un plutôt fort (figure 1). Ainsi, on estime à 81 % la proportion de la population avec un fort sentiment d'appartenance à sa communauté. Depuis que nous mesurons cet indicateur en 2000, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a toujours obtenu un pourcentage nettement supérieur à celui du Québec et c'est encore le cas en 2013-2014 (81 % contre 58 %) (figure 2, page suivante). Comme le montre le tableau 1, cet écart en faveur de la région en 2013-2014 s'observe pour ainsi dire peu importe les caractéristiques des personnes.

Groupes plus nombreux à avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale

Au Québec et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la proportion à avoir un fort sentiment d'appartenance à sa communauté ne varie pas de manière significative selon le sexe ni selon le revenu du ménage (tableau 1). Dans la région, cet indicateur n'est pas non plus très fortement associé à l'âge, à l'exception des jeunes de 12-17 ans qui sont un peu plus nombreux, en proportion, à éprouver un fort sentiment d'appartenance à leur communauté que leurs aînés. Au Québec, les jeunes se démarquent aussi favorablement des autres groupes, de même que les 65 ans et plus (tableau 1).

Évolution entre 2000-2001 et 2013-2014

Au Québec et dans la région, la proportion avec un fort sentiment d'appartenance à sa communauté a connu une légère hausse entre 2000-2001 et 2007-2008. Depuis, cette proportion est plutôt stable (figure 2).

Mesure du sentiment d'appartenance

La question posée est : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est : 1) Très fort, 2) Plutôt fort, 3) Plutôt faible, 4) Très faible. »

Figure 1 : Répartition (en %) des 12 ans et plus selon le sentiment d'appartenance à leur communauté, 2013-2014

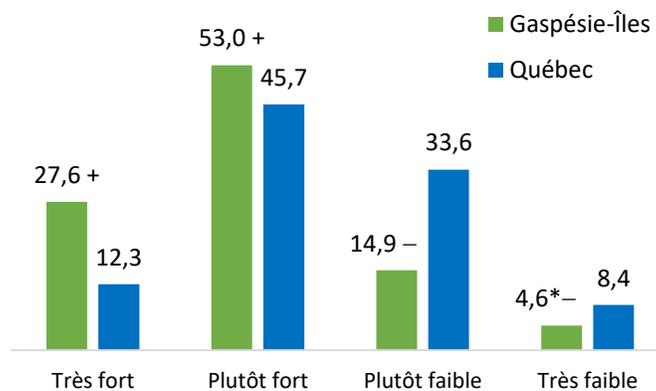


Tableau 1 : Proportion (en %) des 12 ans et plus avec un fort sentiment d'appartenance à leur communauté, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	82,6+	57,5
Femmes	78,6+	58,0
Groupe d'âge†		
12-17 ans	91,2	74,5
18-24 ans	76,8+	53,2
25-44 ans	76,0+	51,0
45-64 ans	83,7+	58,5
65 ans et plus	78,3+	65,7
Revenu du ménage		
Quintile 1 (inférieur)	77,4	57,2
Quintile 2	82,3	61,0
Quintile 3	79,8	56,6
Quintile 4	84,8	57,9
Quintile 5 (supérieur)	78,8	57,3
TOTAL	80,6+	58,0

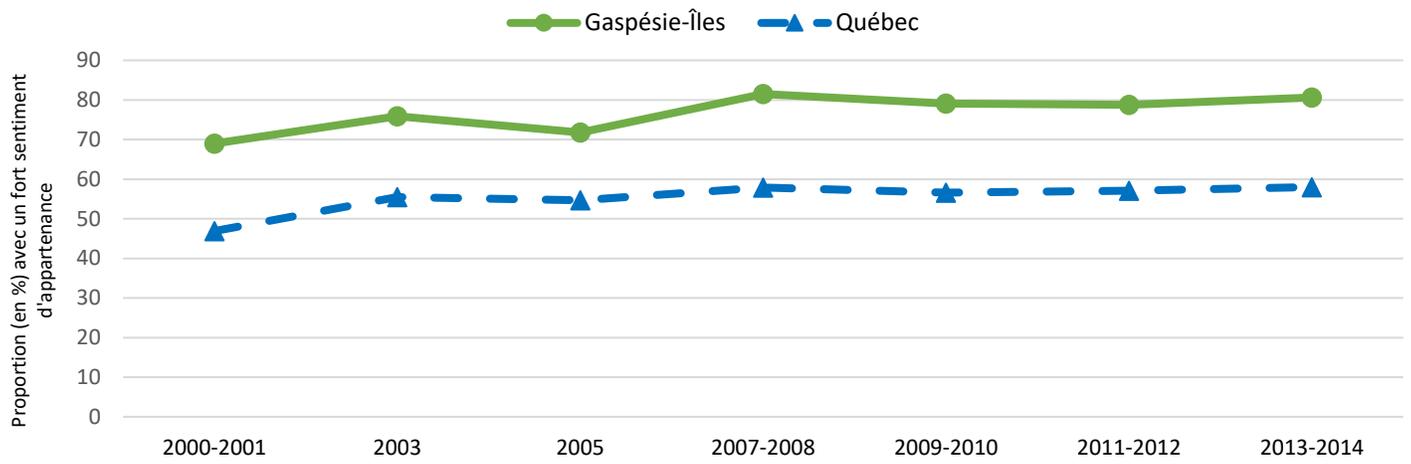
Dans ce tableau, aucun test statistique n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon le revenu du ménage.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 à 2013-2014*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

⁵ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

Figure 2 : Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant un fort sentiment d'appartenance à leur communauté, 2000-2001 à 2013-2014

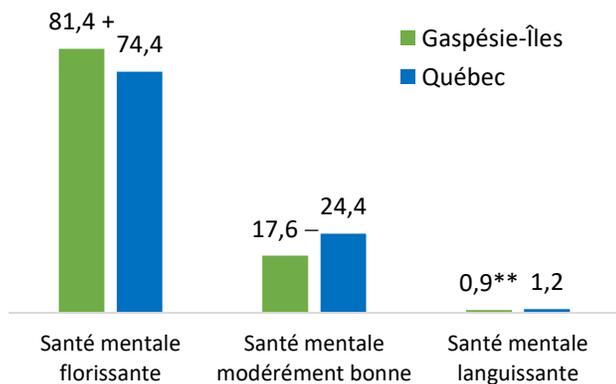


En 2011-2012, **81 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a une santé mentale florissante.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012* (ESCC), 81 % de la population régionale de 12 ans et plus jouit d'une santé mentale florissante, c'est-à-dire d'un niveau élevé de bien-être émotionnel et d'un niveau élevé de fonctionnement positif aux plans psychologique et social. Cette proportion est supérieure à celle obtenue au Québec (74 %) (figure 1), un constat qui tend à s'observer peu importe les caractéristiques des personnes, bien que les écarts ne soient significatifs statistiquement que chez les hommes, les 25-44 ans et les 75 ans et plus (tableau 1). À l'autre bout du spectre, moins de 1 % de la population régionale a une santé mentale languissante (1,2 % au Québec (figure 1).

Figure 1 : Répartition (en %) de la population de 12 ans et plus selon le niveau de santé mentale positive, 2011-2012



Groupes plus nombreux à avoir une santé mentale florissante

Comme pour tous les autres indicateurs de la santé mentale optimale, dans la région comme au Québec, la proportion à avoir une santé mentale florissante ne varie pas selon le sexe. De même, aucun groupe d'âge ne se distingue des autres à cet égard, à tout le moins en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, car au Québec, les jeunes de 12-17 ans surpassent les autres groupes d'âge (78 %) alors qu'à l'opposé, les aînés de 75 ans et plus obtiennent la plus faible proportion (69 %) (tableau 1).

Mesure de la santé mentale positive

Dans l'ESCC, la santé mentale positive est mesurée à l'aide du questionnaire abrégé du *Continuum de santé mentale* de Keyes (2002).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus avec une santé mentale florissante, 2011-2012

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	84,9+	74,7
Femmes	78,2	74,1
Groupe d'âge		
12-17 ans	85,8	78,3
18-24 ans	78,1	73,0
25-44 ans	82,2+	74,3
45-64 ans	80,0	74,5
65-74 ans	83,1	75,6
75 ans et plus	82,6+	69,2
Revenu du ménage		
Quintile 1 (inférieur)	75,1	70,0
Quintile 2	80,2	72,5
Quintile 3	82,3	75,8
Quintile 4	87,3	76,1
Quintile 5 (supérieur)	82,0	77,1
Statut matrimonial		
Marié	84,1	77,5
Union libre	86,4	75,7
Séparé, veuf, divorcé	73,5	70,4
Célibataire	78,1	71,5
Perception de sa santé†		
Excellente	87,2	83,2
Très bonne	88,7	76,7
Bonne	75,2	69,0
Passable ou mauvaise	72,6	61,1
Stress quotidien élevé†		
Oui	72,3	68,3
Non	83,4	76,7
TOTAL	81,4+	74,4

Note : Dans ce tableau, aucun test statistique n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon le revenu du ménage, le statut matrimonial, la perception de la santé et le stress quotidien élevé.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. **Coefficient de variation (CV) supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Statistique Canada, *ESCC 2011-2012*; données extraites de l'Infocentre de santé publique.

⁶ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

(Suite) Groupes plus nombreux à avoir une santé mentale florissante

Pour ce qui est du revenu, les données québécoises font ressortir une légère différence entre les personnes vivant dans des ménages dont le revenu se situe aux quintiles les plus faibles (1 et 2) et les autres; les premières étant moins nombreuses que les secondes à jouir d'une santé mentale florissante. Les données régionales ne permettent pas de conclure de la sorte. Nous avons enfin examiné la relation entre la santé mentale positive et le statut matrimonial, la perception de la santé et le stress quotidien élevé. Les résultats indiquent que les personnes mariées ou en union libre au Québec sont proportionnellement plus nombreuses à jouir d'une santé

mentale florissante que les autres, une tendance quoique non significative aussi notée dans la région (réf. : tableau 1). Les personnes qui perçoivent leur santé comme excellente ou très bonne sont aussi plus enclines à avoir une santé mentale florissante (88 % contre environ 74 %), de même que celles qui ne vivent pas un stress quotidien élevé (83 % contre 72 % pour celles qui ont un haut niveau de stress) (réf. : tableau 1).

Évolution de la santé mentale florissante

C'était la première fois en 2011-2012 que cet indicateur était mesuré dans l'ESCC si bien que nous ne disposons pas de données historiques pour celui-ci.

En 2013-2014, **16 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine estime que la plupart de ses journées sont assez stressantes ou extrêmement stressantes.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), 16 % des personnes de 15 ans et plus dans la région vivent un stress quotidien intense, c'est moins qu'au Québec où la proportion atteint 26 % (tableau 1). Cette situation favorable de la région n'est pas nouvelle; on l'observe systématiquement depuis le début des années 2000. Puis comme le montre le tableau 1, cet écart en faveur de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est pratiquement systématique peu importe le sexe et le groupe d'âge.

Groupes plus nombreux à éprouver un stress quotidien élevé

Les hommes et les femmes ne se différencient pas les uns les autres relativement au sentiment de stress vécu quotidiennement. Toutefois, ce sentiment varie en fonction de l'âge. Alors qu'environ 11 % des jeunes de 15-24 ans dans la région estiment que la plupart de leurs journées sont assez stressantes, voire extrêmement stressantes, cette proportion grimpe à 33 % chez les 25-44 ans pour redescendre à 15 % chez les 45-64 ans et à aussi peu que 5,2 % chez les 65 ans et plus (tableau 1). Quant au revenu du ménage, plus il est élevé, plus la proportion de personnes vivant un stress quotidien intense au Québec est élevée, cette proportion passant de 21 % chez les personnes dont le revenu du ménage se situe aux deux quintiles les plus faibles à 33 % chez celles dont le revenu du ménage est au contraire dans le quintile le plus élevé (résultats non illustrés). Les données régionales sont trop imprécises pour tirer des conclusions fiables à cet égard. Enfin, les personnes percevant négativement leur santé mentale sont clairement les plus nombreuses, en proportion, à vivre un stress quotidien élevé (tableau 1).

Mesure du stress ressenti au quotidien

Pour mesurer le stress vécu quotidiennement, l'ESCC pose la question suivante aux répondants : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : 1) Pas du tout stressantes, 2) Pas tellement stressantes, 3) Un peu stressantes, 4) Assez stressantes, 5) Extrêmement stressantes. »

Une personne est considérée vivre un stress quotidien intense ou élevé si elle a répondu « Assez stressantes » ou « Extrêmement stressantes ». Ce sont ces deux catégories que nous regroupons pour documenter la moins bonne santé mentale.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus estimant que la plupart de leurs journées sont assez stressantes ou extrêmement stressantes, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	15,2*–	24,8
Femmes	16,7–	26,9
Groupe d'âge†		
15-17 ans	11,1**	17,8
18-24 ans	10,8**–	25,9
25-44 ans	32,9*	34,2
45-64 ans	14,9*–	28,1
65 ans et plus	5,2**–	9,9
Perception de sa santé mentale†		
Excellente	10,9*	18,3
Très bonne	14,8*	26,5
Bonne	22,0*	31,7
Passable ou mauvaise	34,2*	53,6
TOTAL	16,0–	25,9

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Statistique Canada, *ESCC 2013-2014*; données extraites de l'Infocentre de santé publique.

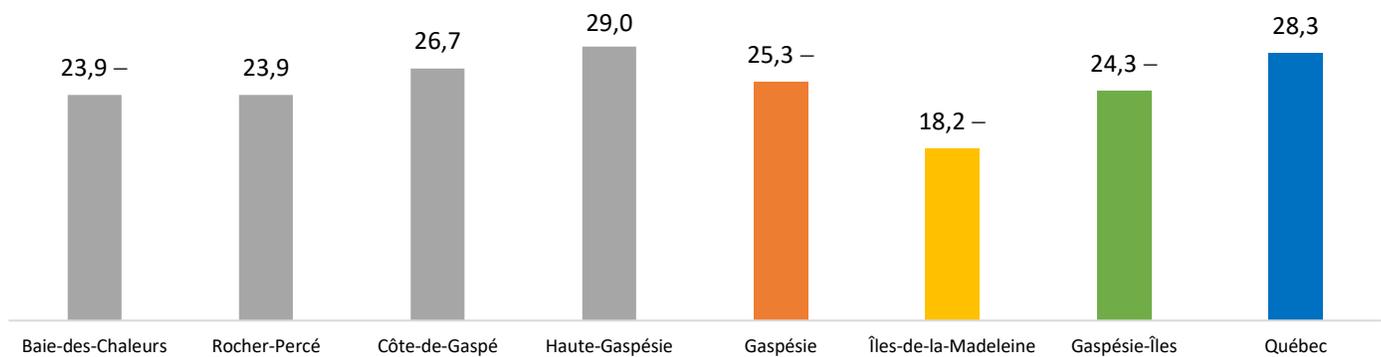
⁷ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

En 2014-2015, la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est, toutes proportions gardées, moins nombreuse que celle du Québec à se situer au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique.

À titre indicatif, une étude réalisée chez les jeunes du secondaire en 2010-2011 révélait que les élèves de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne se différencient pas de ceux du Québec eu égard à la détresse psychologique (Dubé et Parent, 2015).

« On définit la détresse psychologique comme le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété. » (INSPQ, fiche-indicateur de l'Infocentre de santé publique, 2016, page 1) Dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), la détresse psychologique est traitée comme un indice en quintiles (voir la mesure de la détresse psychologique dans l'encadré à la page suivante). Les résultats présentés ici ont trait aux personnes se situant au quintile supérieur ou au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, et ne peuvent en aucun cas être interprétés comme une prévalence de la détresse psychologique dans la population.

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus se situant au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (EQSP), 24 % des personnes de 15 ans et plus dans la région se situent au quintile supérieur ou au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, une proportion moindre que celle du Québec (28 %) (figure 1). Ce constat en faveur de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine s'observe à la fois chez les femmes et chez les hommes et serait attribuable aux personnes âgées entre 45 et 74 ans (tableau 1 à la page suivante). Comme l'illustre la figure 1, la Baie-des-Chaleurs et les Îles-de-la-Madeleine contribuent à ce résultat favorable obtenu dans la région, de même que le territoire de Rocher-Percé, bien que dans ce cas, l'écart avec le Québec n'est pas significatif statistiquement.

Groupes plus nombreux à se situer au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique

Au Québec comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les femmes sont nettement plus nombreuses, en proportion, à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (30 % contre 19 % dans la région) (tableau 1). De même, c'est chez les jeunes de 15-24 ans que la proportion est la plus élevée (42 %), suivis des 25-44 ans (27 %). À l'inverse, les personnes de 65-74 ans affichent la plus faible proportion avec 15 % dans la région (tableau 1). La détresse psychologique est aussi associée au revenu du ménage, les personnes vivant dans des ménages à faible revenu étant désavantagées par rapport aux autres (34 % contre 21 %). Également, la figure 2 à la page suivante illustre de manière éloquent à quel point un niveau élevé de détresse psychologique se retrouve plus fréquemment chez les personnes insatisfaites de leur vie sociale et chez celles ayant sérieusement pensé à s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois. Enfin, un certain nombre de personnes associent leur détresse psychologique à leur travail (voir à ce sujet [La détresse psychologique liée au travail](#)).

¹ Cet indicateur est affecté par le changement de mode de collecte entre 2008 et 2014-2015. Les comparaisons avec 2008 sont faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de 2014-2015.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015; données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus se situant au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, 2014-2015

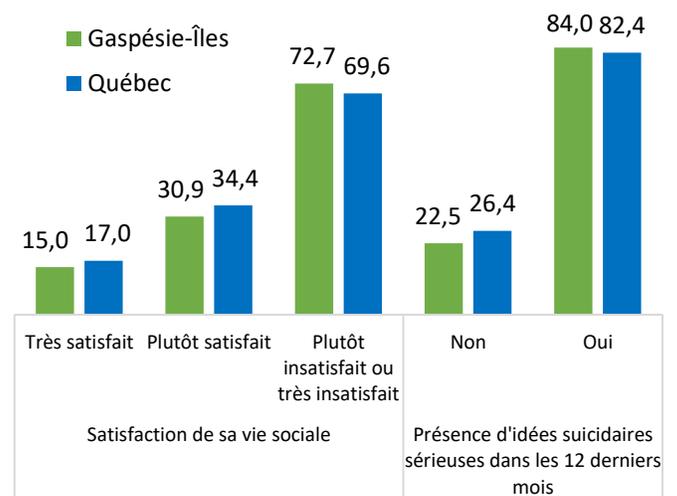
	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	19,0–	23,9
Femmes	29,5–	32,6
Groupe d'âge†		
15-24 ans	41,5	36,1
25-44 ans	27,2	30,8
45-64 ans	21,6–	26,3
65-74 ans	15,0–	20,7
75 ans et plus	24,0	23,8
Langue parlée à la maison		
Français	24,5	28,3
Anglais	21,7*	25,3
Revenu du ménage†		
Faible revenu	33,7	37,9
Autres ménages	20,6	25,4
TOTAL	24,3–	28,3

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

En 2008, 21 % de la population régionale se situait au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. En 2014-2015, cette proportion est du même ordre de grandeur avec 22 %. Le Québec a vu, pour sa part, cette proportion augmenter légèrement entre les deux enquêtes, celle-ci passant de 22 % en 2008 à 24 % en 2014-2015 (résultats non illustrés).

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus se situant au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, 2014-2015



La mesure de la détresse psychologique

Dans l'EQSP, la détresse psychologique est mesurée à compter de l'échelle de Kessler (K6) (Kessler et autres, 2002), une échelle de dépistage à 6 questions reconnue pour sa brièveté d'administration et son efficacité à détecter certains troubles mentaux, dont la dépression et l'anxiété. Les questions composant l'échelle sont :

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence ...

- 1) Vous êtes-vous senti(e) **nerveux (nerveuse)**?
- 2) Vous êtes-vous senti(e) **désespéré(e)**?
- 3) Vous êtes-vous senti(e) **agité(e) ou incapable de tenir en place**?
- 4) Vous êtes-vous senti(e) **si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire**?
- 5) Avez-vous senti **que tout était un effort (à ce point fatigué(e) que tout est un effort)**?
- 6) Vous êtes-vous senti(e) **bon(ne) à rien**?

Les catégories de réponse pour ces questions sont « Tout le temps », « La plupart du temps », « Parfois », « Rarement » et « Jamais ». Les scores accordés à chacune des catégories de réponse sont les suivants : 0 = « Jamais », 1 = « Rarement », 2 = « Parfois », 3 = « La plupart du temps », 4 = « Tout le temps ». Le score global de l'échelle est obtenu en faisant la somme des scores des 6 questions et s'étend de 0 (aucune détresse) à 24 (niveau de détresse le plus élevé).

Rappelons que lors de l'édition 2008 de l'EQSP, l'ISQ avait retenu la méthode des quintiles pour déterminer le seuil à compter duquel le niveau de détresse psychologique est élevé. Avec cette méthode, un score de 7 ou plus sur 24 correspondait à la valeur du quintile supérieur de la distribution des scores à l'indice. Ainsi, aux fins de comparabilité avec l'édition 2008, ce même seuil de 7 est utilisé en 2014-2015 pour identifier le groupe se situant au niveau élevé de détresse psychologique. Toutefois, comme nous le disions plus tôt, « ...les résultats portant sur la détresse psychologique ne doivent pas être interprétés comme des prévalences. Les proportions présentées servent à identifier les groupes à risque. On peut dire qu'une proportion d'un sous-groupe "se situe au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique", mais on ne peut pas dire que cette proportion "a un niveau élevé de détresse psychologique" ». (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 139)

« Les troubles mentaux forment un ensemble assez large comprenant, entre autres, les troubles anxio-dépressifs, l'hyperactivité, les troubles de personnalité, les retards de développement, les abus de substances psychoactives et les troubles psychotiques (Lesage et Émond, 2012). Ces troubles se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui considérés comme sortant de la norme (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2013). Bien que les manifestations puissent être épisodiques, la vulnérabilité à des épisodes demeure tout au long de la vie. » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

La prévalence des troubles mentaux

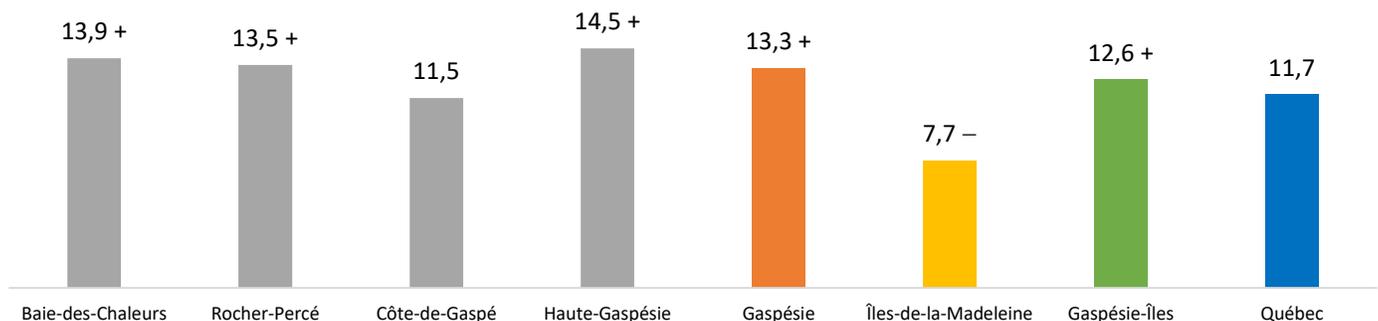
En 2014-2015, **13 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre d'un trouble mental, c'est plus de 11 600 personnes.

Soulignons que ces données sous-estiment la prévalence des troubles mentaux dans la population car elles ne rendent compte que des personnes qui ont eu un diagnostic de trouble mental par un médecin en 2014-2015. Ainsi, elles ne rendent pas compte des personnes qui n'ont pas eu recours aux services en 2014-2015 ni des personnes qui ont consulté, par exemple, un psychologue en CLSC ou en privé.

Mesure des troubles mentaux

Les données sur les troubles mentaux proviennent du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), lequel contient deux fichiers qui permettent d'identifier les personnes avec un trouble mental, soit le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du MSSS et le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ. Une personne est considérée avoir un trouble mental si, au cours de l'année, elle a un diagnostic principal de trouble mental (CIM-10 : F00-F99) au fichier MED-ÉCHO ou un diagnostic de trouble mental au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

Figure 1 : Prévalence annuelle (en %) des troubles mentaux dans la population d'un an et plus, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon les données du SISMACQ, la prévalence des troubles mentaux est un peu plus élevée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (13 % contre 12 %) (figure 1). Comme l'illustre cette figure, les territoires locaux de la Baie-des-Chaleurs, de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie affichent eux aussi une prévalence supérieure à celle du Québec, tandis que les Îles-de-la-Madeleine obtiennent un pourcentage nettement inférieur. De plus, cet écart entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec s'observe à la fois chez les hommes et chez les femmes (tableau 1) et demeure vrai quand on contrôle pour la structure d'âge par le calcul de taux ajusté (résultats non illustrés). La figure 2 à la page

suivante illustre par ailleurs que la région enregistre une prévalence supérieure à celle du Québec entre l'âge de 5 et 49 ans, la différence étant particulièrement importante dans le groupe des 10 à 14 ans (19 % contre 14 %). Ensuite, on constate qu'entre 50 et 79 ans, la prévalence régionale des troubles mentaux s'apparente à celle du Québec, puis à partir de 80 ans, c'est le Québec qui dépasse la région (figure 2).

Tableau 1 : Prévalence annuelle (en %) des troubles mentaux dans la population d'un an et plus, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	11,2+	10,2
Femmes	13,9+	13,1
TOTAL	12,6+	11,7

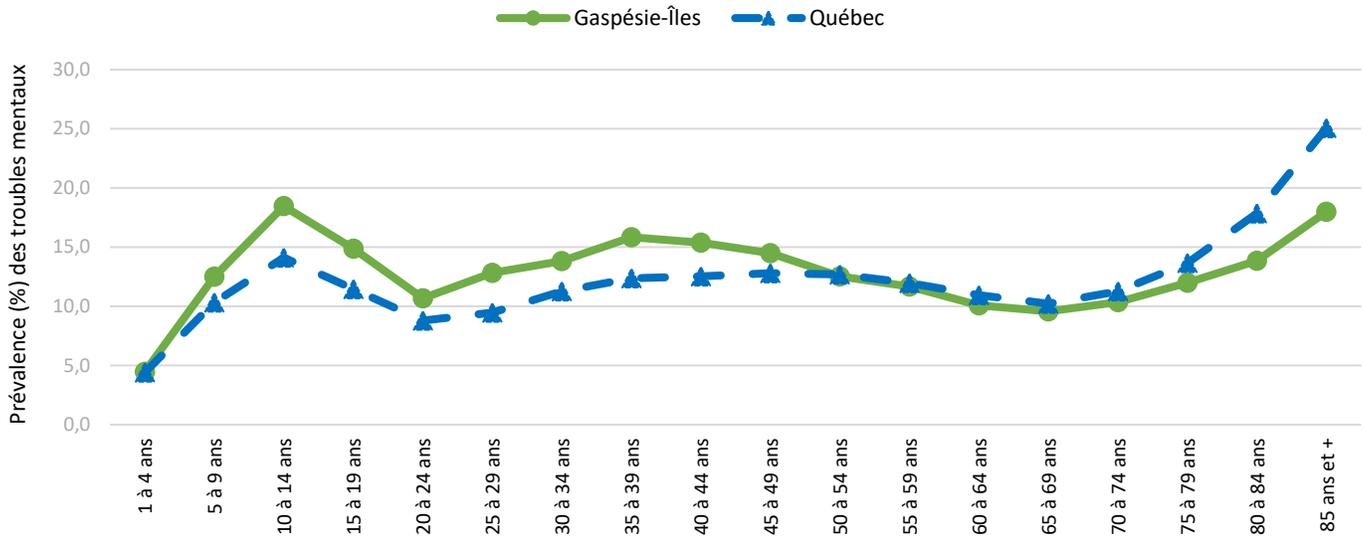
Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,01.

Note : Les codes de la Classification internationale des maladies (CIM-10) utilisés pour identifier les diagnostics des troubles anxio-dépressifs : F30-F48, F68; troubles schizo-phréniques : F20, F21, F23.2, F25; troubles de la personnalité du groupe B : F07.0, F34.0, F34.1, F48.8, F60.2, F60.3, F60.4, F60.6, F60.8, F60.9, F61, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F68.1, F69.

Source : INSPQ, SISMACQ; données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 2 : Prévalence annuelle (en %) des troubles mentaux dans la population d'un an et plus selon l'âge, 2014-2015



Groupes plus nombreux à souffrir d'un trouble mental

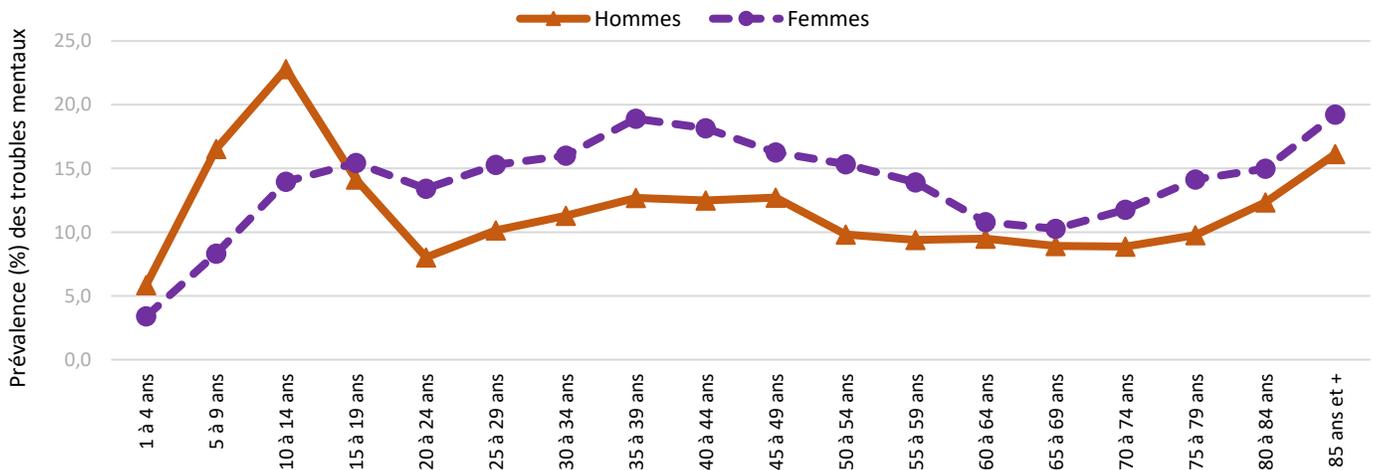
Jusqu'à 14 ans, les garçons sont plus nombreux que les filles, en proportion, à présenter un trouble mental (figure 3), en raison de la prévalence supérieure du TDAH chez les garçons. Par contre, cette tendance s'inverse à l'âge adulte, à tout le moins jusqu'à 59 ans, où les femmes sont alors clairement plus susceptibles que les hommes de souffrir de ces problèmes. L'écart entre les sexes s'amenuise ensuite dans la soixantaine, époque marquée par la retraite, et se creuse à nouveau à partir de 70 ans au détriment des femmes (figure 3). Ainsi, globalement, la prévalence des troubles mentaux est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et ce, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec (14 % contre 11 % dans la région) (réf. : tableau 1). Pour ce qui est de l'âge, la situation se présente différemment chez les hommes

et chez les femmes. En effet, comme on le remarque à la figure 3, c'est entre 5 et 19 ans et à partir de 85 ans que la prévalence de ces problèmes est la plus élevée chez les hommes avec 18 % et 16 % respectivement. Chez les femmes, c'est plutôt entre 35 et 44 ans et à 85 ans et plus qu'on note les plus fortes proportions avec 19 % dans les deux cas.

Évolution des troubles mentaux

En 2000-2001, la prévalence des troubles mentaux était de 9,4 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et depuis, elle a progressé pour atteindre près de 13 % en 2014-2015. Au Québec, la prévalence de ces problèmes était de 11,5 % en 2000-2001 et n'a pas varié de manière significative depuis (11,7 % en 2014-2015) (résultats non illustrés).

Figure 3 : Prévalence annuelle (en %) des troubles mentaux dans la population d'un an et plus selon l'âge et le sexe, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



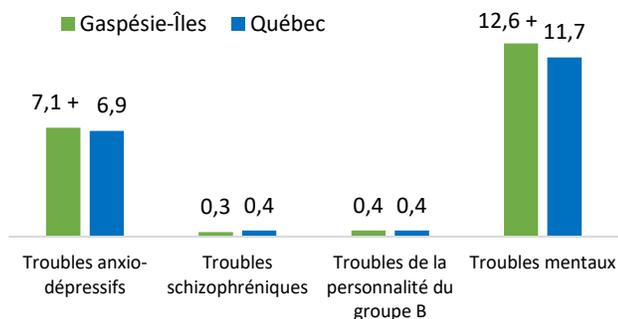
Les types de troubles mentaux

L'Infocentre de santé publique fournit des données sur l'ensemble des troubles mentaux selon les codes F00-F99 de la CIM-10 ainsi que pour certains troubles plus précis, soit les troubles anxio-dépressifs (qu'on pourrait aussi appeler les troubles anxieux et les troubles de l'humeur car ils incluent les troubles bipolaires), les troubles schizophréniques, les troubles de la personnalité du groupe B et, pour les jeunes de 1 à 24 ans seulement, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Au moment d'écrire cette fiche en mars 2017, plusieurs troubles mentaux n'étaient donc pas couverts et documentés à l'Infocentre dont les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, les troubles de l'alimentation, le retard mental et les troubles envahissants du développement pour ne nommer que ceux-là. Mentionnons aussi qu'une personne peut avoir, au cours d'une même année, deux types de troubles mentaux, par exemple un trouble anxio-dépressif et un trouble schizophrénique.

En 2014-2015, **57 %** des personnes avec un trouble mental en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrent d'un trouble anxio-dépressif, soit près de 6 600 personnes.

Ce faisant, les troubles anxio-dépressifs sont les troubles mentaux les plus fréquents au sein de la population gaspésienne et madelinienne. Ils affectent plus précisément 7,1 % de la population régionale, c'est un peu plus qu'au Québec (6,9 %) (figure 4). Soulignons que les troubles anxio-dépressifs sont plus prévalents chez les femmes que chez les hommes : 9,0 % des femmes en sont atteintes dans la région en 2014-2015 contre 5,2 % des hommes, cette proportion étant particulièrement élevée chez les femmes de 35 à 44 ans avec 14 % (résultats non illustrés). Quant aux troubles schizophréniques et les troubles de la personnalité du groupe B, ils sont passablement moins fréquents que les troubles anxio-dépressifs avec des prévalences respectives de 0,3 % et 0,4 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en 2014-2015 (figure 4).

Figure 4 : Prévalence annuelle (en %) de certains troubles mentaux dans la population d'un an et plus, 2014-2015

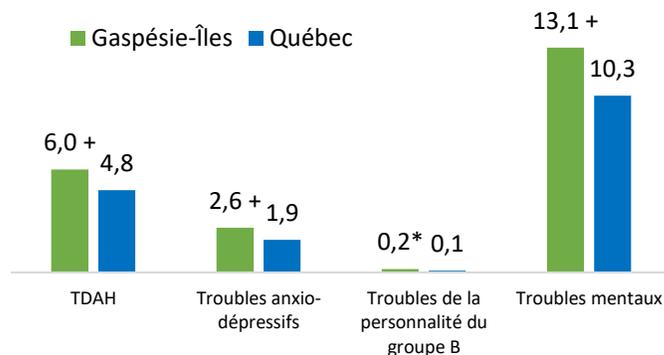


Situation chez les jeunes de 1 à 17 ans

Selon les données du SISMACQ, 13 % des jeunes de 1 à 17 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrent d'un trouble mental en 2014-2015 (figure 5), c'est plus de 1 700 jeunes. Parmi eux, 46 % présentent un TDAH, 20 % un trouble anxio-dépressif et 1,2 % un trouble de la personnalité du groupe B. Le TDAH est donc de loin le trouble mental le plus fréquent chez les jeunes de la région. Plus précisément, 780 jeunes de 1 à 17 ans ont reçu un diagnostic de ce type ou ont été traités par un médecin pour ce trouble en 2014-2015, soit 6,0 % de tous les jeunes (figure 5). Cette prévalence régionale du TDAH est plus

élevée que celle du Québec (4,8 %). Pour en savoir plus sur le TDAH en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, cliquer sur le lien suivant [TDAH](#). En ce qui a trait aux troubles anxio-dépressifs, la proportion de jeunes à en souffrir en 2014-2015 est plus élevée dans la région qu'au Québec (2,6 % contre 1,9 %) (figure 5).

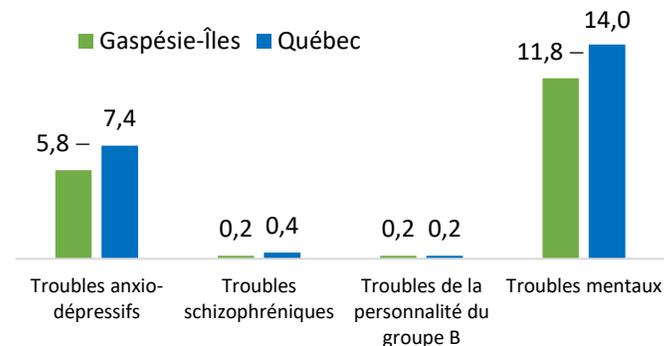
Figure 5 : Prévalence annuelle (en %) de certains troubles mentaux chez les jeunes de 1 à 17 ans, 2014-2015



Situation chez les personnes de 65 ans et plus

En 2014-2015, 12 % des aînés de la région souffrent d'un trouble mental (figure 6), soit 2 590 aînés. De ce nombre, environ la moitié (49 %) présente plus précisément un trouble anxio-dépressif, 1,9 % un trouble schizophrénique et 1,7 %, un trouble de la personnalité du groupe B (résultats non illustrés). Exprimé en termes de prévalence, 5,8 % des personnes de 65 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrent d'un trouble anxio-dépressif en 2014-2015, c'est moins qu'au Québec (7,4 %) (figure 6). Les femmes de 65 ans et plus sont plus susceptibles que les hommes de présenter un trouble anxio-dépressif (7,2 % contre 4,3 % dans la région) (résultats non illustrés).

Figure 6 : Prévalence annuelle (en %) de certains troubles mentaux chez les personnes de 65 ans et plus, 2014-2015



Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

« Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental souvent diagnostiqué chez les enfants d'âge scolaire. Il est caractérisé par un déficit de l'attention (inattention), une impulsivité (gestes et paroles) ou une hyperactivité motrice (bougeotte physique) (American Psychiatric Association, 2013). [...] Les enfants atteints de TDAH sont plus à risque d'avoir d'autres désordres psychologiques tels que les troubles anxieux, la dépression et les troubles de conduite (Cuffe, Visser, Holbrook, Danielson, Geryk, Wolraich et McKeown, 2015; Joelsson et al., 2015; Nordström et al., 2013; Yang et al., 2007). » (tiré de la fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

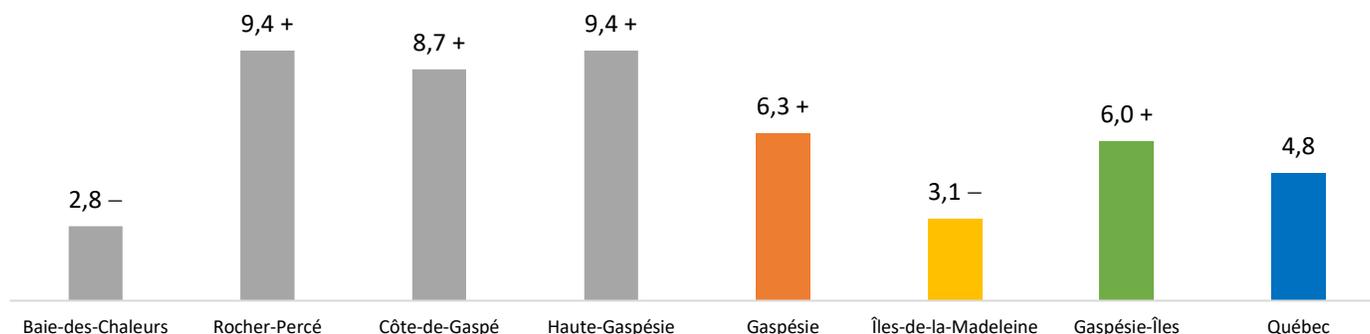
La prévalence du TDAH

En 2014-2015, **6,0 %** des jeunes de 1 à 17 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrent d'un TDAH, soit 780 jeunes.

Soulignons que ces données sous-estiment la prévalence du TDAH chez les jeunes, car elles ne rendent compte que de ceux qui, en 2014-2015, ont été diagnostiqués par un médecin ou ont été traités pour ce trouble par un médecin (voir la mesure du TDAH dans l'encadré à la page suivante). Ainsi, elles ne rendent pas compte des jeunes qui n'ont pas eu recours aux services en 2014-2015, ni de ceux qui ont été traités, par exemple, par un psychologue à l'école, en CLSC ou en privé. Ces

données ne doivent pas non plus être confondues avec celles mesurées lors d'enquêtes populationnelles qui, elles, estiment la proportion totale de personnes atteintes (ou la prévalence à vie), comme l'a fait par exemple l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire en 2010-2011* (EQSJ). Rappelons que dans cette enquête, 15 % des élèves du secondaire en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont déclaré souffrir d'un TDAH confirmé par un médecin ou un spécialiste de la santé (13 % au Québec) (Dubé et Parent, 2015). Or, les données présentées dans cette fiche estiment à 7,4 % la proportion de jeunes de 12 à 17 ans dans la région ayant été diagnostiqués ou traités pour ce trouble par un médecin en 2014-2015.

Figure 1 : Prévalence annuelle (en %) du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, jeunes de 1 à 17 ans, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon les données du SISMALCQ, les jeunes de 1 à 17 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont, toutes proportions gardées, plus nombreux à avoir été diagnostiqués ou traités par un médecin pour un TDAH que ceux du Québec (6,0 % contre 4,8 %), un écart qui s'observe chez les garçons et chez les filles ainsi que chez les jeunes d'âge primaire et secondaire (figure 2). Comme l'illustre par ailleurs la figure 1, seuls les RLS de Rocher-Percé, de La Côte-de-Gaspé et de La Haute-Gaspésie contribuent à cette différence avec le Québec,

la Baie-des-Chaleurs et les Îles-de-la-Madeleine obtenant au contraire une prévalence du TDAH moindre qu'au Québec.

Tableau 1 : Prévalence annuelle (en %) du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez les jeunes de 1 à 17 ans, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Garçons	7,9+	6,5
Filles	4,0+	3,1
TOTAL	6,0+	4,8

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,01.

Source : INSPQ, SISMALCQ, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes plus nombreux à souffrir d'un TDAH

Au Québec comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les garçons sont clairement plus susceptibles que les filles de souffrir d'un TDAH (7,9 % contre 4,0 % dans la région) (tableau 1). Ce trouble neurodéveloppemental est aussi associé à l'âge. Rarement diagnostiqué ou traité au cours de la petite enfance, comme en témoigne la figure 2, ainsi qu'à l'âge adulte où la prévalence est de 1,8 % chez les personnes de 18 à 24 ans dans la région (résultat non illustré), le TDAH touche 7,9 % des jeunes de 5 à 11 ans et 7,4 % de ceux âgés de 12 à 17 ans (figure 2). Mentionnons que la proportion de jeunes diagnostiqués ou traités pour ce trouble en 2014-2015 est particulièrement élevée chez les jeunes de 10 à 14 ans avec 9,6 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (8,0 % au Québec) (résultats non illustrés).

Évolution du TDAH depuis 2000

En 2000-2001, 1,1 % des jeunes de 1 à 17 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine apprenaient qu'ils avaient un TDAH ou étaient

traités pour ce trouble par un médecin. Quinze ans plus tard, cette proportion s'élève à 6,0 % (figure 3). La prévalence du TDAH a aussi connu une progression notable au Québec en passant de 1,3 % en 2000-2001 à 4,8 % en 2014-2015.

Mesure du TDAH

Les données sur le TDAH proviennent du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), lequel contient deux fichiers qui permettent d'identifier les personnes avec un TDAH, soit le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du MSSS et le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ. Une personne est considérée avoir un TDAH si, au cours de l'année, elle a un diagnostic principal de TDAH (CIM-10 : F90) au fichier MED-ÉCHO ou un diagnostic de TDAH au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte.

Figure 2 : Prévalence annuelle (en %) du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez les jeunes de 1 à 17 ans selon le groupe d'âge, 2014-2015

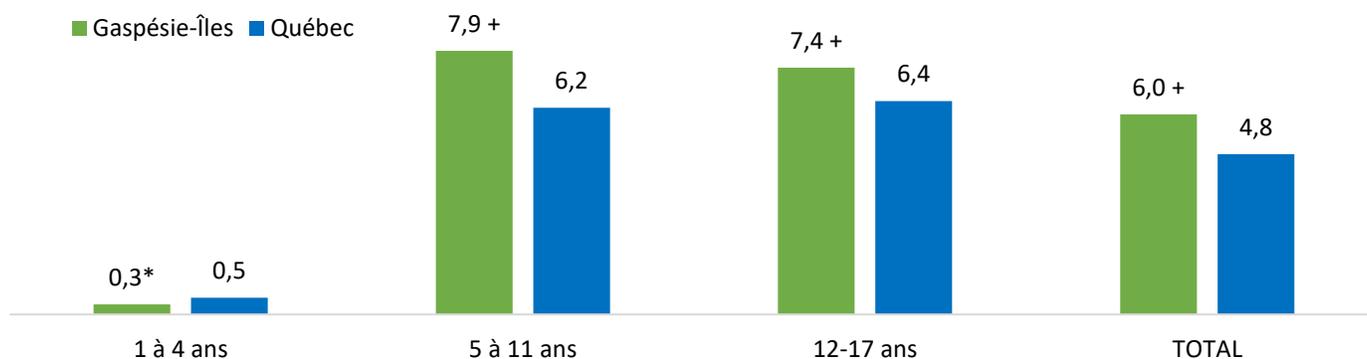
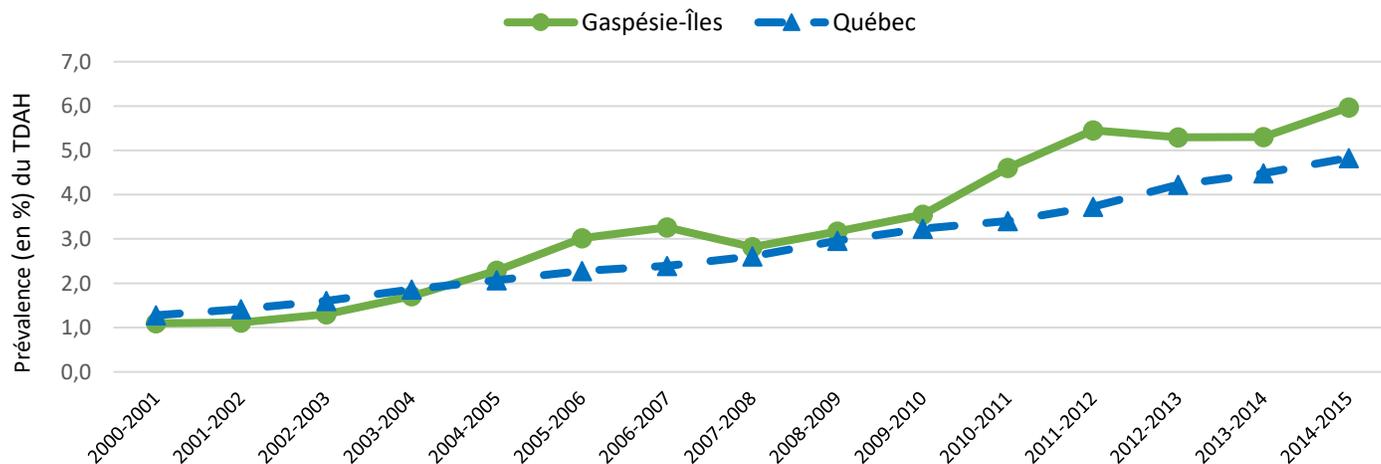


Figure 3 : Prévalence annuelle (en %) du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez les jeunes de 1 à 17 ans, 2000-2001 à 2014-2015



Les décès par suicide

En 2012-2014, **20** personnes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se sont enlevé la vie en moyenne chaque année.

Évolution de la mortalité par suicide

Après avoir connu une progression entre le milieu des années 70 jusqu'à la fin des années 90, le taux de suicide au Québec a amorcé une baisse au tournant des années 2000, laquelle s'est poursuivie jusqu'en 2012-2014 (figure 1). Cette régression ne s'est pas encore produite en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le taux étant plutôt stable depuis 2000-2002. Précisons toutefois que « les données les plus récentes suggèrent une stabilité des taux de suicide au Québec. Au total, 1 125 décès par suicide ont été enregistrés en 2014 au Québec, 1 105 en 2013 et 1 145 en 2012 ». (Thibodeau et Perron, 2017, page 3)

Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Alors que le taux de décès par suicide en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine s'est maintenu à un niveau semblable, voire inférieur, à celui du Québec jusqu'à la fin des années 90, cela n'est maintenant plus le cas. En effet, au tournant des années 2000, le taux régional dépassait pour la première fois celui du Québec et cette situation n'a pas changé depuis, comme en témoigne la figure 1. Plus précisément, en 2012-2014, 60 personnes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont mis fin à

leurs jours pour un taux de décès par suicide de 21,4 pour 100 000 contre 13,8 au Québec. Cet écart avec le Québec est uniquement attribuable aux hommes, les femmes ne se distinguant pas des Québécoises (tableau 1).

Comme l'illustre par ailleurs la figure 2, 3 territoires locaux obtiennent un taux de suicide supérieur à celui du Québec en 2010-2014, soit la Baie-des-Chaleurs, le Rocher-Percé et La Haute-Gaspésie, tandis que les Îles-de-la-Madeleine enregistrent un taux inférieur, comme ce fut généralement le cas dans les années antérieures.

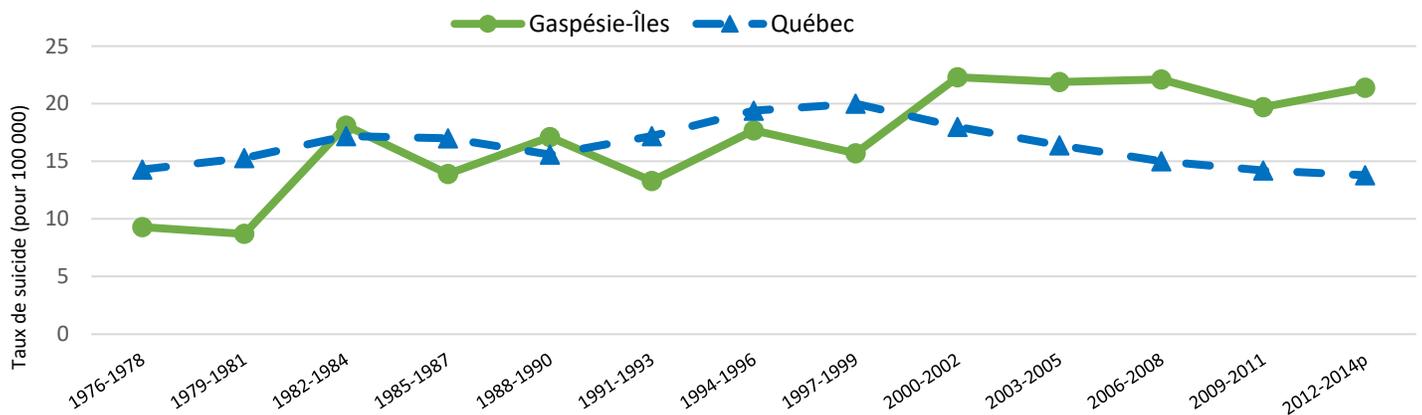
Tableau 1 : Nombre et taux de décès par suicide (pour 100 000), 2010-2014p

	Gaspésie–Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	36,7+ (85)	21,4
Femmes	5,0* (12)	6,5
Groupe d'âge†		
0-14 ans	0,0	0,4*
15-24 ans	2,1** X	9,2
25-44 ans	23,2* (22)	16,8
45-64 ans	29,1+ (49)	21,5
65 ans et plus	24,9*+ (25)	11,9
TOTAL	21,1+ (99)	13,9

Notes : Pour deux décès par suicide survenus dans la région en 2014, nous ne connaissons pas le sexe, ni l'âge de la personne.

Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre total de suicides survenus dans ce groupe en 2010-2014.

Figure 1 : Taux annuel moyen de décès par suicide (pour 100 000), 1976-1978 à 2012-2014p



¹ Cet indicateur est affecté par le changement de mode de collecte entre 2008 et 2014-2015. Les comparaisons avec 2008 sont faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de 2014-2015.

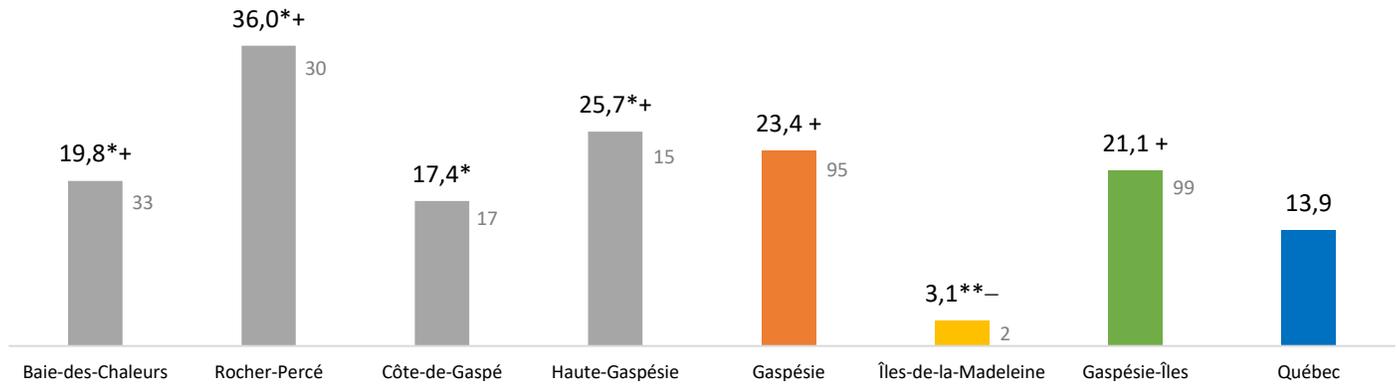
Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. P : Données provisoires. X Données confidentielles.

Pour les décès par suicide : *Coefficient de variation (CV) entre 16,6 et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 33,3 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. Pour les tentatives et les idées suicidaires : *CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Décès 1976 à 2012 : MSSS, Fichier des décès. Décès 2013-2014 : Bureau du coroner. Tentative et idées suicidaires : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 2 : Nombre et taux de décès par suicide (pour 100 000) selon le territoire de résidence, 2010-2014p



Notes :
 Pour deux décès par suicide survenus dans la région en 2014, nous ne connaissons pas le RLS de résidence de la personne.
 Les chiffres à droite des bâtonnets indiquent le nombre total de suicides survenus dans ce territoire en 2010-2014.

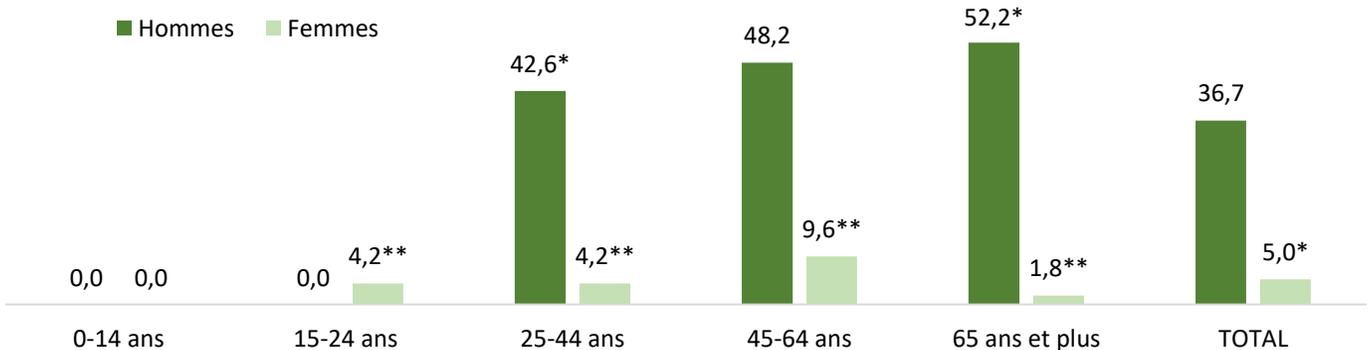
Groupes plus nombreux à mourir par suicide

Encore en 2010-2014, les hommes prédominent dans les statistiques sur le suicide en cumulant 88 % des décès attribuables à cette cause en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (soit 85 des 97 suicides). Ceci se traduit par un taux de suicide nettement plus élevé que celui des femmes (37 contre 5,0 pour 100 000) (tableau 1), et ce, peu importe le groupe d'âge (figure 3).

Au chapitre de l'âge, on constate au tableau 1 que le taux de suicide au Québec augmente progressivement avec l'âge pour atteindre un sommet chez les 45-64 ans avec un taux de

22 pour 100 000 et redescendre ensuite à 12 pour 100 000 chez les 65 ans et plus. Cette dominance des 45-64 ans dans les statistiques de suicide au Québec s'observe à la fois chez les hommes et chez les femmes (résultats selon le sexe non illustrés). La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se démarque du Québec sur ce point, puisqu'à compter de 25 ans, les groupes d'âge ne se différencient pas statistiquement les uns des autres (tableau 1). Cette situation demeure vraie quand on examine seulement les hommes à la figure 3. Précisons que chez les hommes de 65 ans et plus, 19 des 24 suicides sont survenus avant 75 ans.

Figure 3 : Nombre et taux de décès par suicide (pour 100 000) selon le sexe et le groupe d'âge, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2010-2014p



Les moyens utilisés pour se suicider

En 2010-2014, **47** personnes ont utilisé la pendaison, la strangulation ou la suffocation pour s'enlever la vie.

Avec ce nombre, la pendaison, la strangulation et la suffocation est la méthode la plus souvent utilisée pour mettre fin à ses jours en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (49 % des suicides)

(figure 4 à la page suivante), de même qu'au Québec (résultats pour le Québec non illustrés). Les armes à feu ont, quant à elles, été utilisées par 27 % des personnes qui se sont suicidées en 2010-2014. La méthode par intoxication à des substances solides ou liquides comme les médicaments a, pour sa part, été la cause de 10 % des décès par suicide en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 4).

Enfin, comme l'illustre la figure 5, les moyens utilisés pour se suicider ont changé au fil des ans. En effet, le taux de suicide par armes à feu a diminué de manière notable au cours des 30 dernières années dans la région. Cette baisse du recours aux armes à feu ne s'est toutefois pas traduite par une diminution du taux global de suicide en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (réf. : figure 1), puisque parallèlement, les suicides par pendaison, strangulation et suffocation ont progressé, de même que les suicides utilisant d'autres moyens, dont les intoxications à des substances solides ou liquides et les noyades (figure 5).

Figure 4 : Répartition (en %) des décès par suicide selon le moyen utilisé, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2010-2014

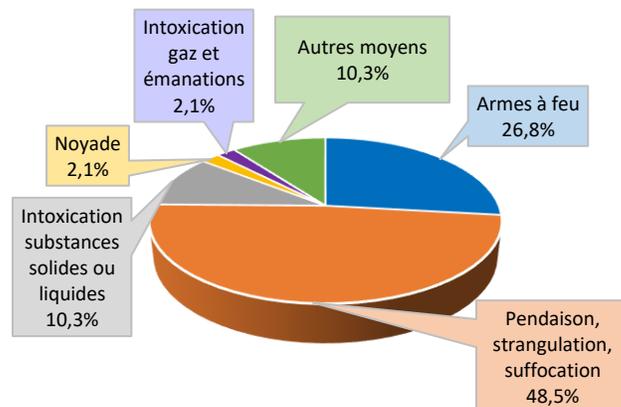
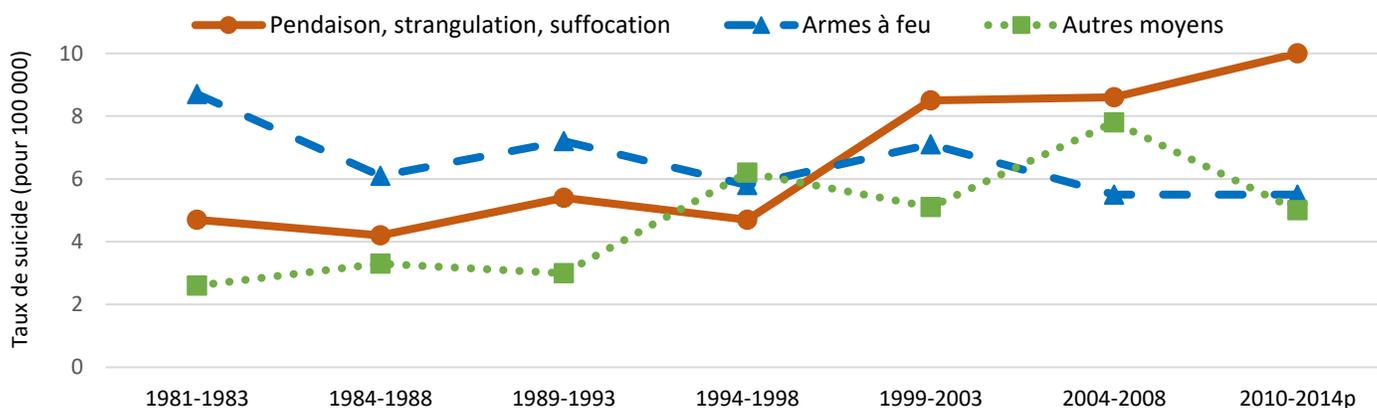


Figure 5 : Taux de décès par suicide (pour 100 000) selon le moyen utilisé, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1981-1983 à 2010-2014p



Les tentatives de suicide

En 2014-2015, environ **2 800** personnes de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont déjà tenté à leurs jours, dont au moins **200** ont tenté de le faire dans les 12 derniers mois.

Ces nombres signifient que 3,5 % des personnes de 15 ans et plus dans la région ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie et 0,3 %** en ont fait une au cours des 12 derniers mois. Pour la suite, nous nous attardons aux tentatives à vie, les tentatives des 12 derniers mois reposant sur de trop faibles effectifs pour en tirer des conclusions fiables.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, 3,5 % des personnes de 15 ans et plus dans la région ont déjà tenté de mettre fin à leur vie, une proportion ne se différenciant pas de celle du Québec (4,2 %) (tableau 2). De plus, comme l'illustre la figure 6 à la page suivante, aucun des RLS ne se distingue du Québec à cet égard.

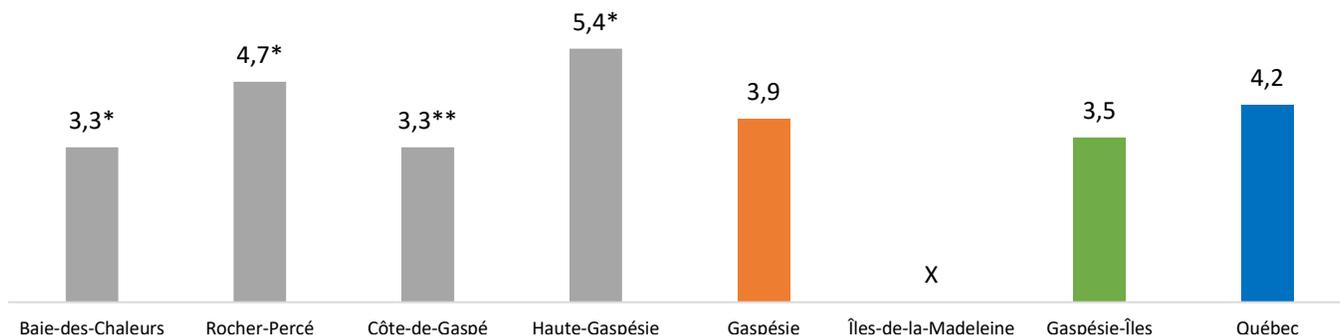
Groupes plus nombreux à attenter à leur vie

Au Québec, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir déjà tenté de se suicider (5,0 % contre 3,4 %), une tendance bien que non significative aussi observée dans la région (tableau 2). Enfin, les personnes de 65 ans et plus semblent moins enclines à avoir déjà fait une tentative de suicide que les autres groupes, un constat vrai au Québec et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (tableau 2).

Tableau 2 : Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours de leur vie, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	2,7*	3,4
Femmes	4,3	5,0
Groupe d'âge†		
15-24 ans	5,2**	4,5
25-44 ans	5,8*	4,5
45-64 ans	3,1*—	4,7
65 ans et plus	1,4**	2,6
TOTAL	3,5	4,2

Figure 6 : Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours de leur vie, 2014-2015



Les idées suicidaires

En 2014-2015, environ **2 000** personnes de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont sérieusement pensé à s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon l'EQSP, 2,6 % des personnes de 15 ans et plus dans la région ont sérieusement songé au suicide, ce qui correspond à environ 2 000 personnes (excluant celles qui ont tenté de se suicider). Cette proportion ne se différencie pas de celle du Québec (2,8 %) (tableau 3), comme c'est le cas dans tous les RLS de la région (figure 7). Toutefois, comme l'indique le tableau 3 et bien qu'il faille être prudent dans l'interprétation de la donnée régionale, les jeunes gaspésiens et madelinots de 15-24 ans sont plus nombreux, en proportion, que les jeunes québécois à avoir eu des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois (8,9 % contre 3,7 %).

Groupes plus nombreux à songer au suicide

Au Québec comme en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les idées suicidaires ne sont pas associées au sexe. D'ailleurs, même dans les études multivariées où on tient compte à la fois du sexe, de l'âge et du revenu, la prévalence des idées suicidaires sérieuses ne varie pas selon le sexe. De plus, les résultats à l'échelle provinciale, davantage robustes que ceux de la région, montrent très peu de variation en fonction de l'âge, car seuls

les aînés obtiennent une proportion moindre que les autres groupes d'âge (tableau 3). Dans la région, les données souffrent d'une très grande imprécision, si bien qu'il faut être très prudent dans les interprétations. Malgré cela, les tests statistiques font ressortir une différence entre les jeunes et les autres groupes d'âge, les jeunes de 15-24 ans affichant une proportion supérieure à celle de leurs aînés.

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

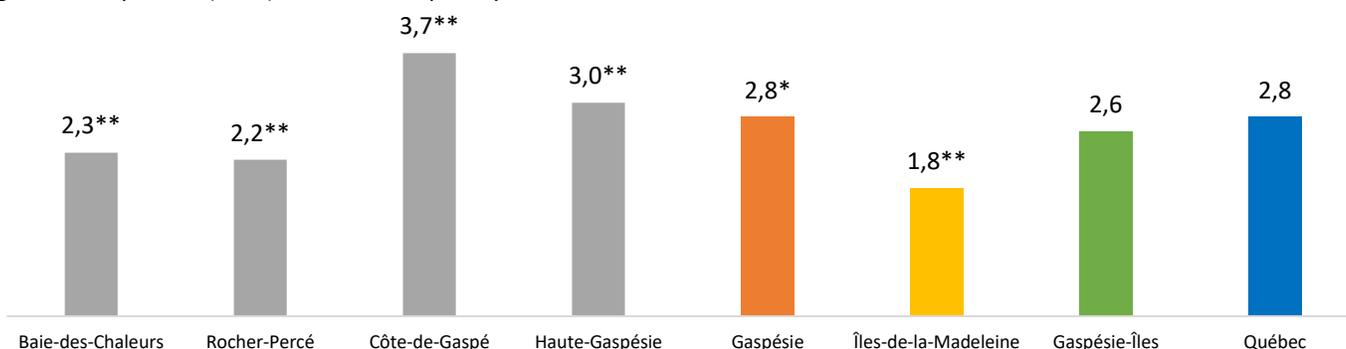
En 2008, 2,7 % de la population régionale affirmait avoir sérieusement pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. En 2014-2015, cette proportion n'a pas varié de manière significative avec 2,0 %*. Le Québec n'a pas connu, lui non plus, de changement dans la valeur de cet indicateur entre les deux enquêtes.

Tableau 3 : Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant eu des idées suicidaires sérieuses² au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	2,9*	2,6
Femmes	2,3*	3,0
Groupe d'âge[†]		
15-24 ans	8,9**+	3,7
25-44 ans	2,0**	3,0
45-64 ans	2,6*	3,2
65 ans et plus	X	1,3
TOTAL	2,6	2,8

² Excluant les personnes ayant fait une tentative au cours des 12 derniers mois.

Figure 7 : Proportion (en %) des 15 ans et plus ayant eu des idées suicidaires sérieuses² au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



² Excluant les personnes ayant fait une tentative au cours des 12 derniers mois.

Les maladies chroniques et la maladie d'Alzheimer

La prévalence du cancer

En 2011, **1 180** personnes en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine vivent avec un cancer, c'est environ 19 personnes sur 1 000.

Les cancers les plus souvent diagnostiqués et les plus prévalents au sein de la population régionale sont les cancers du sein, de la prostate, colorectal et du poumon. Sur les quelque 885 hommes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2006 et 2010 et qui étaient toujours vivants au 1^{er} janvier 2011, 29 % avaient un **cancer de la prostate**, 16 % un **cancer colorectal** et 11 % un **cancer pulmonaire** (figure 1). Chez les femmes de la région, 925 ont reçu un diagnostic de cancer entre 2006 et 2010 et étaient toujours en vie au 1^{er} janvier 2011. Chez celles-ci, le **cancer du sein** est de loin le plus fréquent avec 40 % des cas, suivi du cancer colorectal (11 %) et du cancer du poumon (8,9 %) (figure 1).

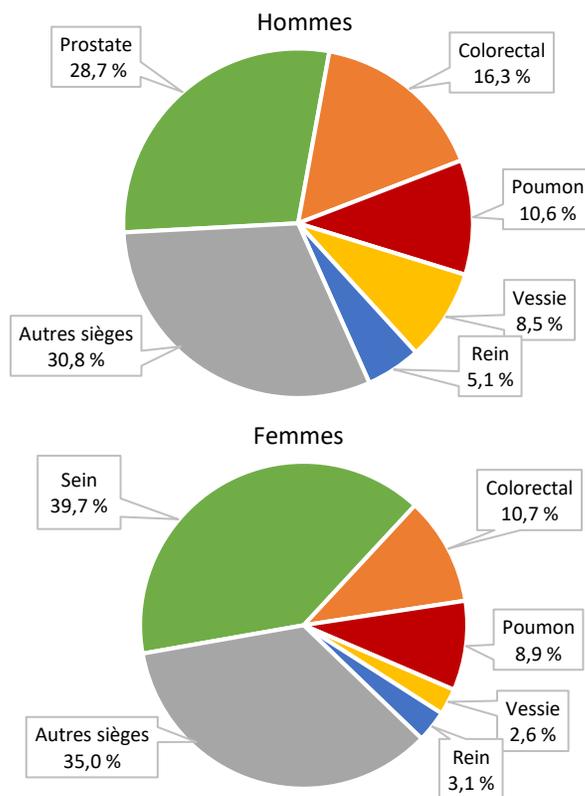
Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2011, la prévalence du cancer est plus élevée dans la région qu'au Québec (19,2 pour 1 000 contre 13,8). La plupart de cette différence est attribuable au fait que notre population est plus âgée que celle du Québec. Mais même en éliminant l'effet de la structure d'âge par le calcul de la **prévalence ajustée**, un écart reste présent (figure 2 à la page suivante), lequel s'explique en bonne partie par la plus forte prévalence du cancer pulmonaire dans la région et, dans une moindre mesure, du cancer du sein (tableau 1 à la page suivante). Puis comme l'illustre la figure 2, les populations de la Baie-des-Chaleurs et de l'archipel sont, à âge égal, davantage touchées par le cancer que celle du Québec. Dans les autres territoires locaux, même si la prévalence ajustée ne se différencie pas de celle du Québec, le fardeau du cancer est tout de même plus grand que celui du Québec comme en témoigne la supériorité des prévalences brutes. Ajoutons qu'en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, tant les hommes que les femmes sont plus touchés par le cancer que les Québécois et Québécoises (tableau 1).

La mesure des cas prévalents

Dans cette fiche, la prévalence se rapporte au **nombre de personnes atteintes d'un cancer** et seul le premier cancer primaire est considéré. Il s'agit d'une **prévalence à court terme** (5 ans) qui « regroupe, en très grande majorité, les cas dont le diagnostic est récent, en phase des traitements primaires et nécessitant une surveillance intense, ou en phase terminale. » (Micheli et al., 2002, tiré de la fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique, 2015) On échappe donc les cas diagnostiqués antérieurement à la période de 5 ans et qui ont encore le cancer à l'année d'observation retenue, mais ça inclut les cas diagnostiqués au cours des 5 ans qui ont reçu un traitement et qui sont guéris.

Figure 1 : Répartition (en %) des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2006 et 2010 et vivantes au 1^{er} janvier 2011, selon le siège de cancer et le sexe, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine



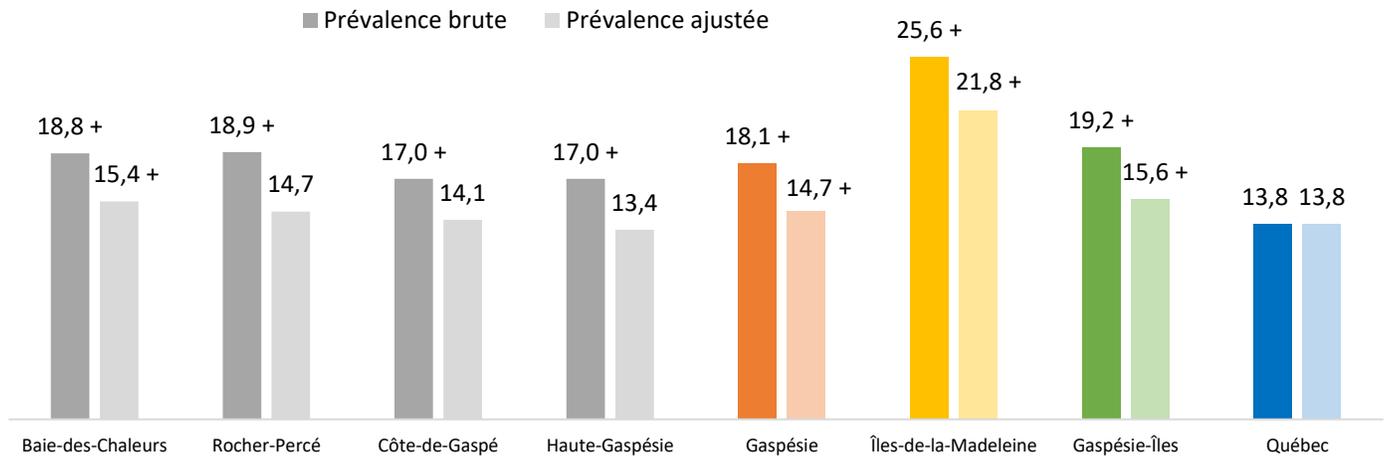
1 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, population de l'ensemble du Québec en 2011 (prévalence) et 2001 (mortalité).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont provisoires.

Sources : Prévalence : MSSS, Fichier des tumeurs, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Décès : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2015 compilées et analysées par la Direction de santé publique (DSP) Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Figure 2 : Prévalence brute et ajustée¹ (pour 1 000) du cancer, basée sur les personnes ayant eu un diagnostic de cancer (excluant les cancers de la peau autres que le mélanome) entre 2006 et 2010 et vivantes au 1^{er} janvier 2011



Groupes plus nombreux à souffrir d'un cancer

Dans la région et au Québec, avant 65 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à être atteintes d'un cancer en 2011. Cette situation s'inverse toutefois à compter de 65 ans où les plus fortes prévalences de cancer sont observées chez les hommes. Mais compte tenu du poids démographique plus grand des femmes aux âges avancés et de la prévalence plus élevée du cancer à ces âges, le nombre de femmes touchées par le cancer s'apparente à celui des hommes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (925 femmes contre 885 hommes en 2011). Par ailleurs, la prévalence du cancer augmente avec l'âge pour atteindre environ 50 pour 1 000 chez les aînés de 65-74 ans de la région. Après quoi, elle varie peu (tableau 1).

Évolution de la prévalence du cancer

Au cours des années 90, la prévalence du cancer chez les hommes de la région et du Québec a connu quelques variations, comme en témoigne la figure 3. Puis à compter des années 2000, la prévalence s'est stabilisée autour de 15 pour 1 000 chez les Gaspésiens et Madelinots, à l'exception des deux dernières années 2010 et 2011 où elle a fait un bond pour se situer aux environs de 16 pour 1 000. Chez les femmes, nous avons plutôt assisté à une progression de la prévalence du cancer tout au long de la période, laquelle s'est accélérée chez les Gaspésiennes et Madeliniennes durant les dernières années (figure 3). Ainsi, la prévalence régionale chez les femmes est passée de 11,6 pour 1 000 en 1989 à 15,7 en 2011, une hausse de 35 % en un peu plus de 20 ans. En somme, depuis 20 ans, la proportion de la population vivant avec un diagnostic de cancer a augmenté chez les femmes, alors qu'elle a varié chez les hommes sans qu'aucune tendance claire ne se dégage.

Néanmoins, le risque de développer un cancer augmentant avec l'âge, le fardeau de la maladie s'est alourdi au fil du temps à la fois chez les femmes et chez les hommes. Globalement, le nombre de personnes atteintes d'un cancer en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est passé de 1 062 en 1989 à 1 810 en 2011,

une augmentation de 70 %. Et on doit s'attendre à ce que cette hausse se poursuive dans les prochaines années en raison principalement du vieillissement de la population, mais aussi à cause d'une survie plus longue grâce à de meilleurs traitements.

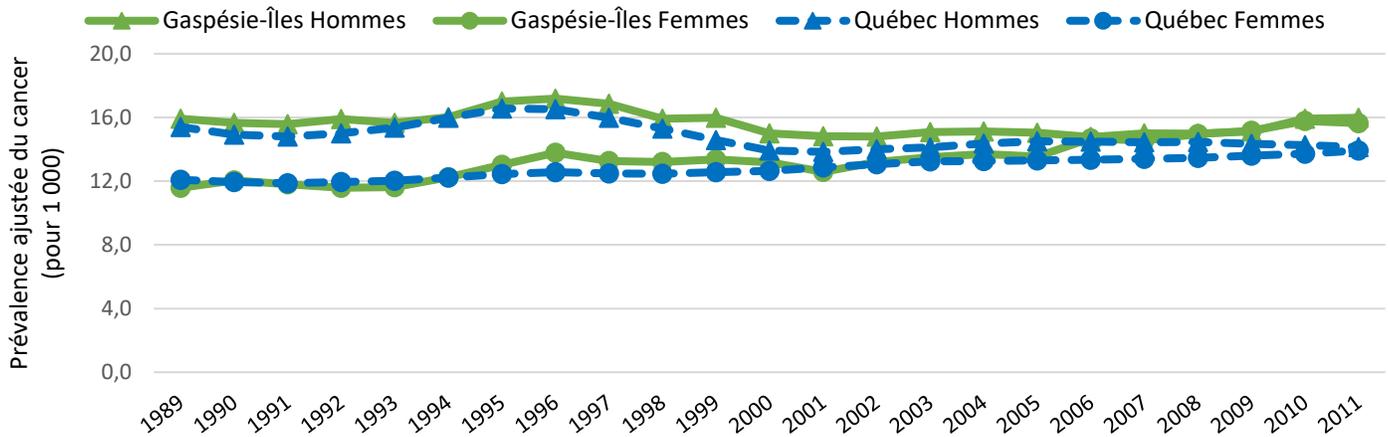
La mesure brute, que ce soit la prévalence ou le taux, témoigne de l'ampleur réelle d'une maladie au sein d'une population ou du fardeau qu'elle représente, alors que la mesure ajustée permet d'éliminer l'influence de la structure d'âge dans les comparaisons entre les territoires ou dans le temps.

Tableau 1 : Prévalence ajustée¹ (pour 1 000) du cancer, basée sur les personnes ayant eu un diagnostic de cancer (excluant les cancers de la peau autres que le mélanome) entre 2006 et 2010 et vivantes au 1^{er} janvier 2011

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	16,0+	14,1
Femmes	15,7+	13,9
Groupe d'âge†		
0-14 ans	0,6**	0,6
15-24 ans	0,6**	0,9
25-44 ans	4,2	3,4
45-64 ans	21,8+	18,6
65-74 ans	50,7+	44,3
75-84 ans	50,5	49,0
85 ans et plus	50,5	45,9
Siège de cancer		
Sein chez les femmes	6,3+	5,4
Prostate	4,4	4,3
Colorectal	2,0	1,9
Poumon	1,5+	0,9
TOTAL	15,6+	13,8

Note : La prévalence du cancer du sein est mesurée sur la population féminine et la prévalence du cancer de la prostate, sur la population masculine.

Figure 3 : Prévalence ajustée¹ (pour 1 000) du cancer, basée sur les personnes ayant eu un diagnostic de cancer (excluant les cancers de la peau autres que le mélanome) depuis 5 ans, 1989 à 2011



La mortalité par cancer

En 2013-2015, **1 069** personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont mortes d'un cancer, ce qui signifie qu'environ une personne meurt en moyenne chaque jour de ces maladies.

Chaque année, dans la région et au Québec, le cancer est responsable d'environ 35 % des décès et constitue, de ce fait, la première cause de mortalité. Encore en 2013-2015, le cancer du poumon est la cause la plus fréquente de décès liés au cancer, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes (figure 4). Globalement, 35 % des décès par cancer dans la région sont attribuables au cancer pulmonaire. Le cancer colorectal arrive, pour sa part, au second rang des décès par cancer chez les hommes, suivi du cancer de la prostate et du cancer du pancréas (figure 4). Chez les femmes, le cancer du sein est le deuxième type de cancer entraînant le plus de décès, suivi du cancer colorectal et du cancer du pancréas.

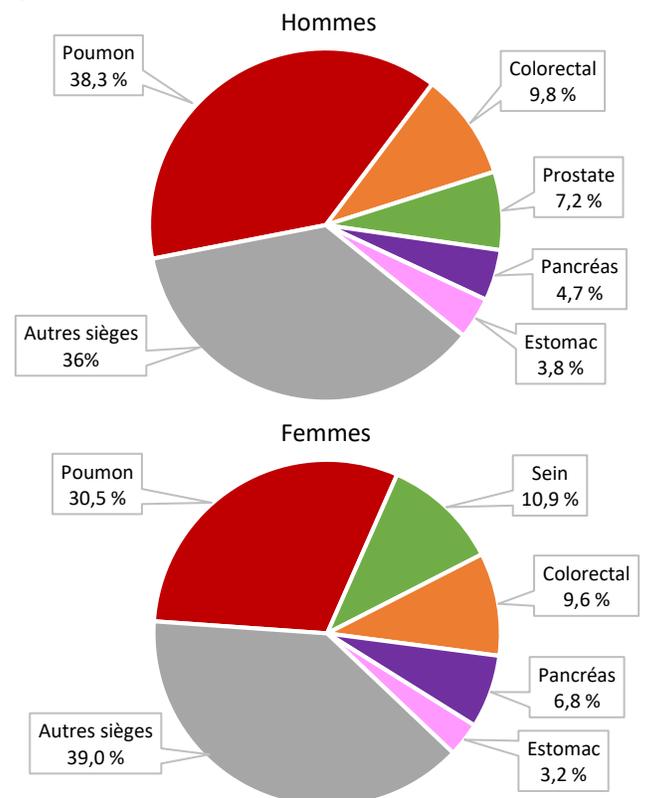
Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2013-2015, la population gaspésienne et madelinienne est passablement plus nombreuse, toutes proportions gardées, à mourir du cancer que celle du Québec (taux brut : 382,9 pour 100 000 contre 250,1) (figure 5). Bien qu'une partie de cette surmortalité soit due au fait que notre population est plus âgée que celle du Québec, une différence persiste quand on élimine l'influence de la structure d'âge par la comparaison des taux ajustés à la figure 5. Il y a donc d'autres facteurs que l'âge pour expliquer ce résultat défavorable et qui n'est pas nouveau, particulièrement chez les hommes comme l'illustre la figure 6. Nos habitudes tabagiques passées sont certainement en cause puisqu'environ 60 % de la surmortalité globale par cancer en 2013-2015 est attribuable au cancer pulmonaire. Cela dit, cette situation régionale des décès par cancer reflète davantage celle

des RLS de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie, que celle de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et des Îles-de-la-Madeleine où les taux ajustés ne se distinguent pas, d'un point de vue statistique, de celui du Québec (figure 5).

Par ailleurs, ce sont surtout les hommes de la région qui se distinguent des Québécois au chapitre de la mortalité par cancer, les femmes ne se différenciant pas des Québécoises en 2013-2015 (tableau 2), comme ce fut en général le cas au cours des 30 dernières années (figure 6).

Figure 4 : Répartition (en %) des décès par cancer selon le siège et le sexe, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2013-2015



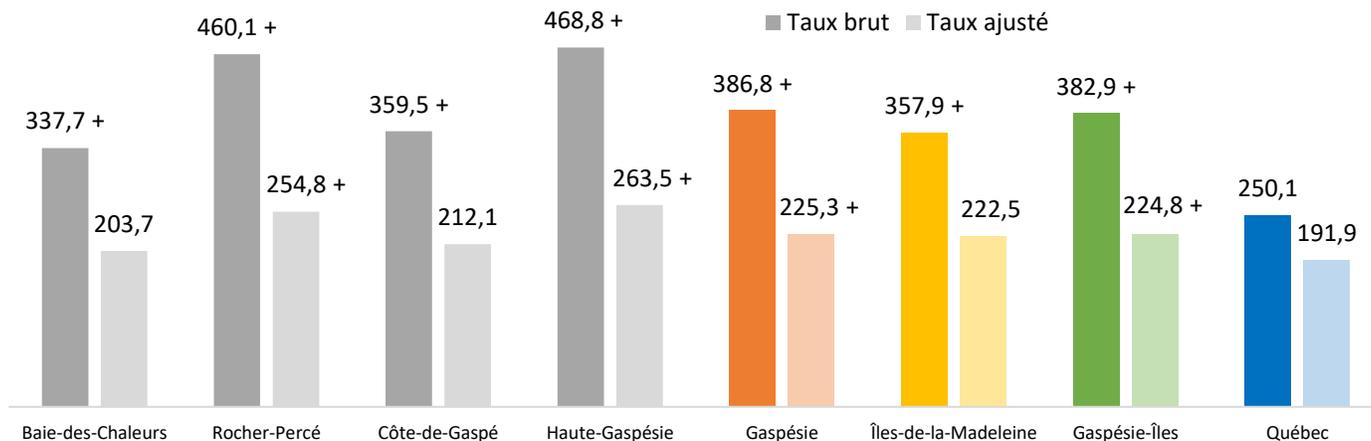
Groupes plus nombreux à mourir d'un cancer

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, les hommes sont encore plus susceptibles de décéder d'un cancer que les femmes (tableau 2), quoique l'écart entre les sexes diminue au fil du temps (figure 6). Cette réduction de la différence de mortalité entre les hommes et les femmes s'explique surtout à cause de la baisse de mortalité par **cancer pulmonaire** chez les hommes et de la hausse par ailleurs chez les femmes.

Tableau 2 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer, 2013-2015p

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	277,8+	229,8
Femmes	181,2	165,9
TOTAL	224,8+	191,9

Figure 5 : Taux brut et ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer, 2013-2015p

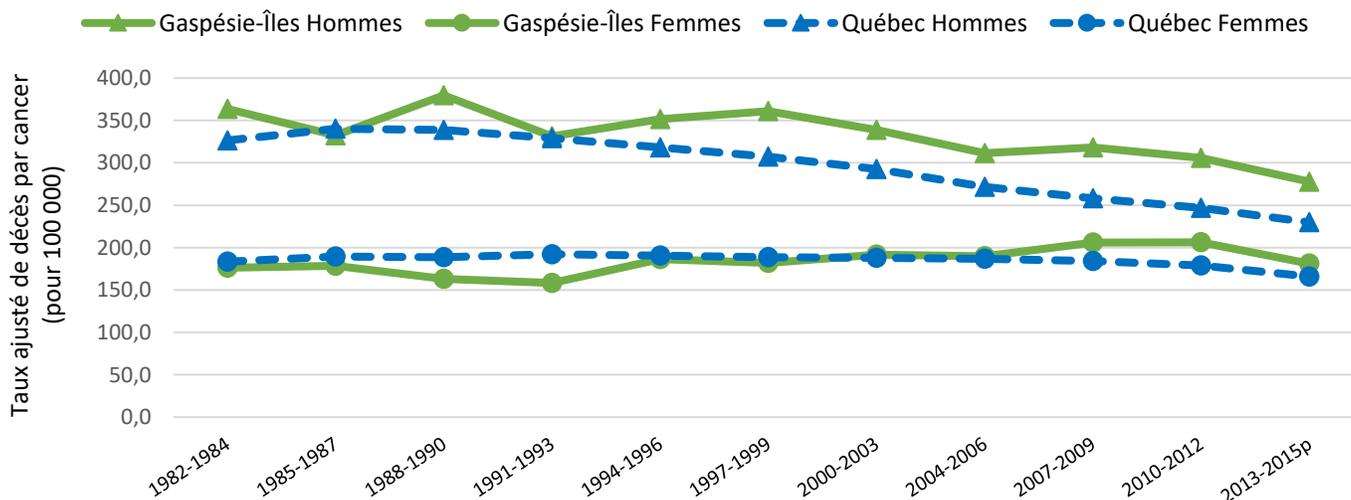


Évolution de la mortalité par cancer

Depuis la fin des années 90, la mortalité par cancer a régressé chez les hommes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et chez les Québécois (figure 6). Cette baisse est en bonne partie attribuable à la diminution de la mortalité par cancer pulmonaire et dans une moindre mesure, au déclin du cancer de la prostate et du cancer colorectal. Les Québécoises ont aussi vu leur taux de mortalité par cancer diminuer, mais à un degré moindre que chez les hommes. Ce résultat positif ne s'est

cependant pas encore observé chez les Gaspésiennes et Madeliniennes (figure 6). La baisse de mortalité chez les Québécoises s'explique principalement par la diminution des décès par **cancer du sein** et par **cancer colorectal**. Mentionnons en terminant qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, la mortalité par **cancer du poumon** est en hausse chez les femmes depuis la fin des années 90, mais les données des dernières années sont encourageantes.

Figure 6 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer, selon le sexe, 1982-1984 à 2013-2015p



- Le cancer du poumon est de loin le cancer le plus mortel, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 4, fiche 48). À lui seul, il est responsable de 35 % des décès par cancer en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. En 2013-2015, environ 124 personnes sont décédées annuellement de cette maladie, 77 hommes et 48 femmes.
- Puisque très létal, le cancer du poumon n'est pas un cancer très prévalent (figure 1, fiche 48). Globalement, 9,7 % des personnes avec un cancer en 2011 ont un cancer pulmonaire, ce qui représente environ 176 personnes. Ceci place ce type de cancer au 4^e rang en termes de prévalence après le cancer du sein (20 % des cancers), le cancer de la prostate (14 %) et le cancer colorectal (13 %).
- Le risque d'être atteint d'un cancer du poumon est plus élevé en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (prévalence ajustée : 1,5 pour 1 000 contre 0,9 au Québec) (tableau 1, fiche 48).
- Le taux de décès par cancer du poumon est aussi plus élevé en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (taux ajusté : 134 pour 100 000 contre 76 au Québec) (figure 1), un constat vrai chez les hommes et chez les femmes en 2013-2015 (figure 2).
- Chez les hommes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, la prévalence du cancer pulmonaire est relativement stable depuis la fin des années 90, alors qu'elle est en progression constante chez les femmes (résultats non illustrés). Ce résultat chez les femmes est sans doute le reflet de leurs habitudes tabagiques des années 70-80.
- Quant à la mortalité liée au cancer pulmonaire, elle est en baisse chez les hommes de la région comme l'illustre la figure 2. Chez les femmes, on observe plutôt une augmentation de la mortalité par cancer du poumon.

Figure 1 : Taux brut et ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer du poumon, 2013-2015p

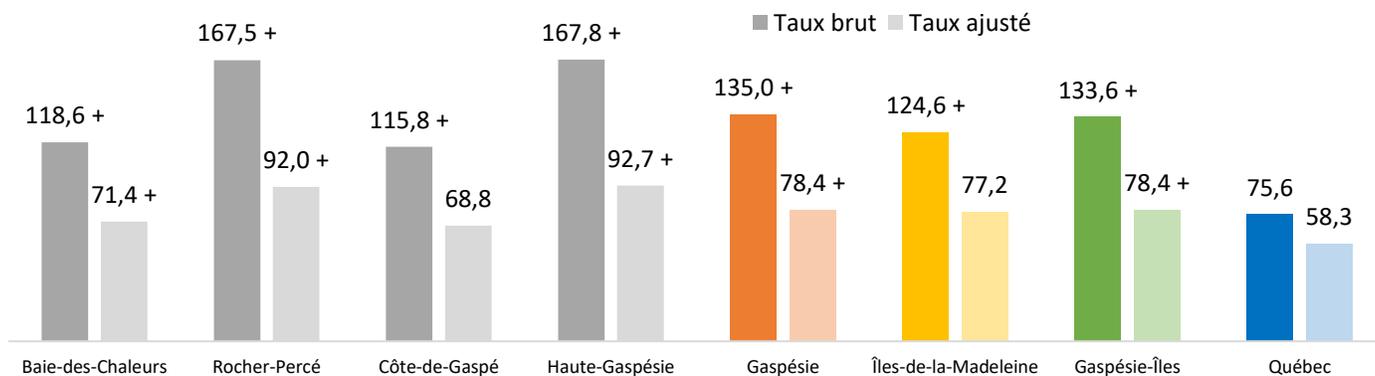
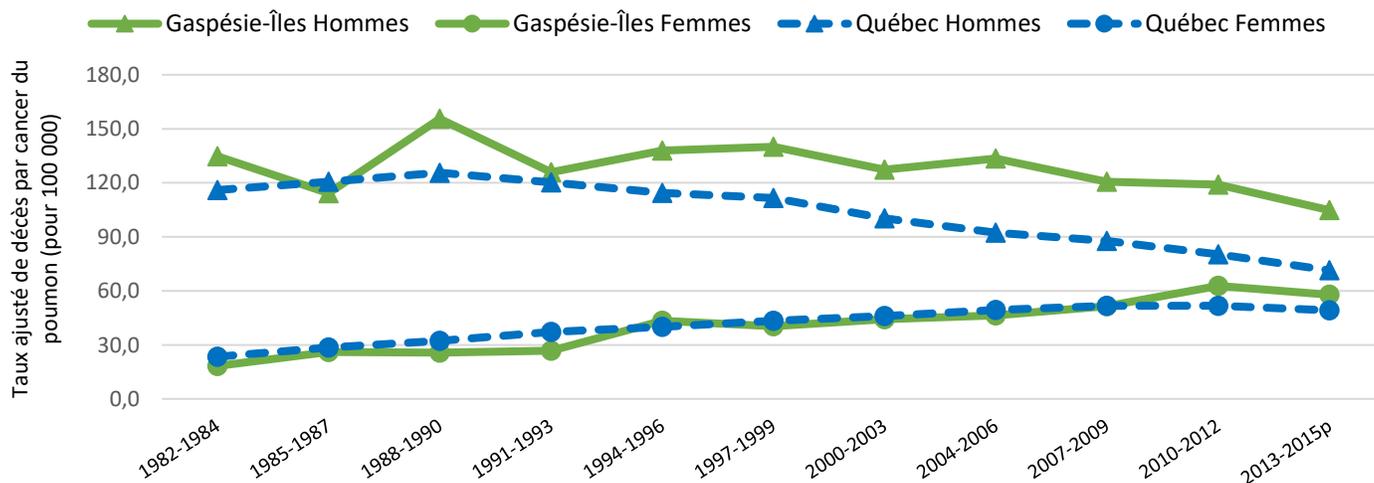


Figure 2 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer du poumon, selon le sexe, 1982-1984 à 2013-2015p



1 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont provisoires.

Sources : Prévalence : MSSS, Fichier des tumeurs, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Décès : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2015 compilées et analysées par la Direction de santé publique (DSP) Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

- Le cancer du sein est le cancer le plus prévalent en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine avec 20 % de tous les cas en 2011, sexes réunis. Chez les femmes, 40 % de celles qui vivent avec un diagnostic de cancer ont un cancer du sein (figure 1, fiche 48), soit 367 femmes en 2011.
- Après le cancer du poumon, le cancer du sein est celui qui cause le plus de décès liés au cancer chez les femmes (figure 4, fiche 48). Chaque année, environ 17 femmes de la région meurent d'un cancer du sein.
- Les Gaspésiennes et Madeliniennes sont proportionnellement plus nombreuses que les Québécoises à être atteintes d'un cancer du sein (prévalence ajustée : 6,3 pour 1 000 contre 5,4 en 2011) (tableau 1, fiche 48). Toutefois, le taux de décès pour cette cause en 2013-2015 n'est pas plus élevé dans la région qu'au Québec (figure 1).
- La prévalence du cancer du sein chez les femmes de la région est passée de 4,0 pour 1 000 en 1989 à 6,3 en 2011 (figure 2). Cette hausse est sans doute attribuable, en bonne partie du moins, aux efforts de détection précoce de cette maladie, notamment par la mammographie de dépistage (Société canadienne du cancer, 2017). Au Québec, la prévalence du cancer du sein a augmenté jusqu'en 2003, puis a diminué les deux années suivantes et

est relativement stable depuis (figure 2). La diminution qui s'est produite autour de 2003 pourrait correspondre à la baisse du recours à l'hormonothérapie substitutive suite à la publication des risques associés à ce traitement administré par voie orale (Société canadienne du cancer, 2017).

- Au Québec, la mortalité par cancer du sein régresse depuis le début des années 90, une tendance suivie par la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine depuis une quinzaine d'années (figure 3). Cette baisse pourrait être attribuable aux impacts positifs du dépistage et à l'amélioration des traitements (Société canadienne du cancer, 2017).

Figure 2 : Prévalence ajustée¹ (pour 1 000) du cancer du sein chez les femmes, 1989 à 2011

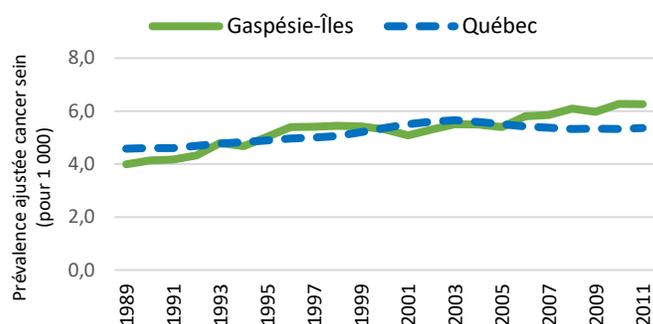


Figure 1 : Taux brut et ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer du sein chez les femmes, 2013-2015p

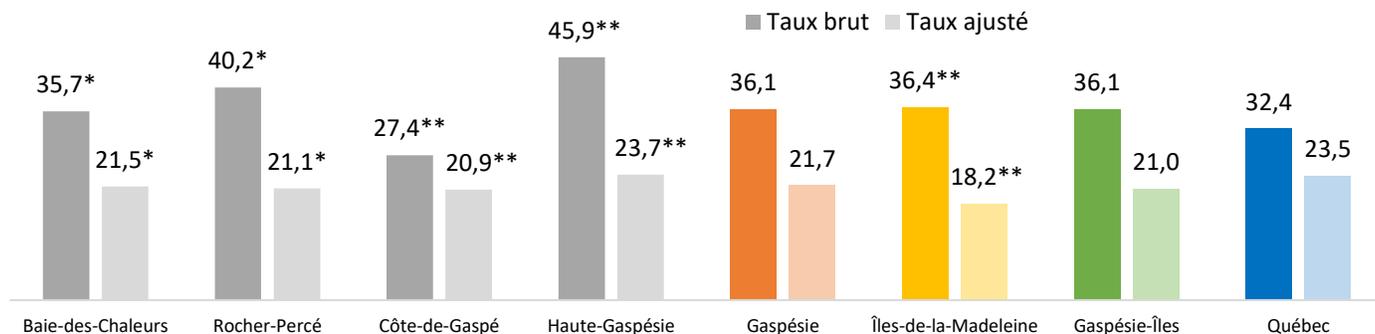
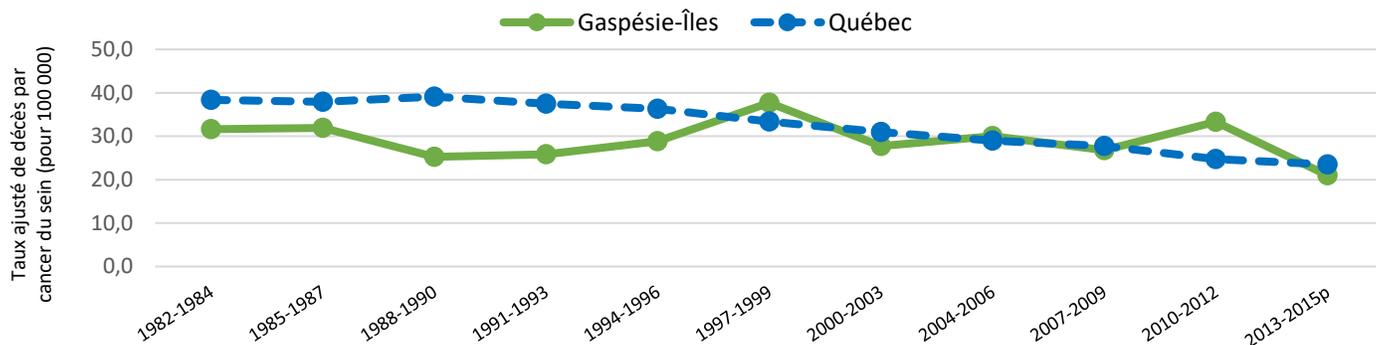


Figure 3 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer du sein chez les femmes, 1982-1984 à 2013-2015p



1 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont provisoires.

Sources : Prévalence : MSSS, Fichier des tumeurs, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Décès : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2015 compilées et analysées par la Direction de santé publique (DSP) Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

- Le cancer de la prostate est le deuxième cancer en importance après le cancer du sein en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine : il représente environ 14 % de tous les cas, sexes réunis. Chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus prévalent. Environ 29 % de ceux atteints d’un cancer en 2011 ont un cancer de la prostate (figure 1, fiche 48), c’est plus de 254 hommes.
- Après le cancer du poumon et le cancer colorectal, le cancer de la prostate est le cancer occasionnant le plus de décès chez les Gaspésiens et Madelinots (figure 4, fiche 48). En 2013-2015, une moyenne de 14 hommes sont morts chaque année de ce cancer.
- Le risque pour les Gaspésiens et Madelinots d’avoir un cancer de la prostate et de mourir de ce type de cancer n’est pas différent de celui des Québécois du même âge (tableau 1, fiche 48 et figure 1). Toutefois, le fardeau de ce type de cancer est plus important dans la région en raison de notre structure d’âge plus vieille que celle du Québec.
- Au Québec, la prévalence du cancer de la prostate a connu deux hausses, une au début des années 90 et l’autre au début des années 2000, lesquelles ont été suivies d’une baisse (figure 2). Ces deux hausses pourraient correspondre aux deux vagues d’intensification du

Le cancer de la prostate

dépistage par le test de l’antigène prostatique spécifique (Société canadienne du cancer, 2017). La prévalence du cancer de la prostate chez les hommes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a sensiblement suivi le même patron que celui des Québécois, à la différence qu’elle n’a pas encore commencé à décliner depuis sa dernière augmentation (figure 2).

- Quant à la mortalité au Québec et en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les hommes meurent de moins en moins fréquemment d’un cancer de la prostate (figure 3).

Figure 2 : Prévalence ajustée¹ (pour 1 000) du cancer de la prostate, 1989 à 2011

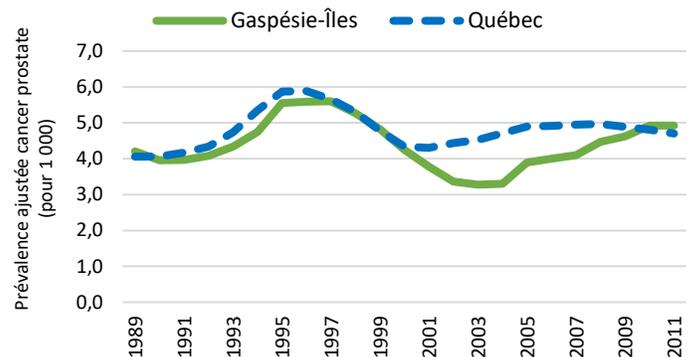


Figure 1 : Taux brut et ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer de la prostate, 2013-2015p

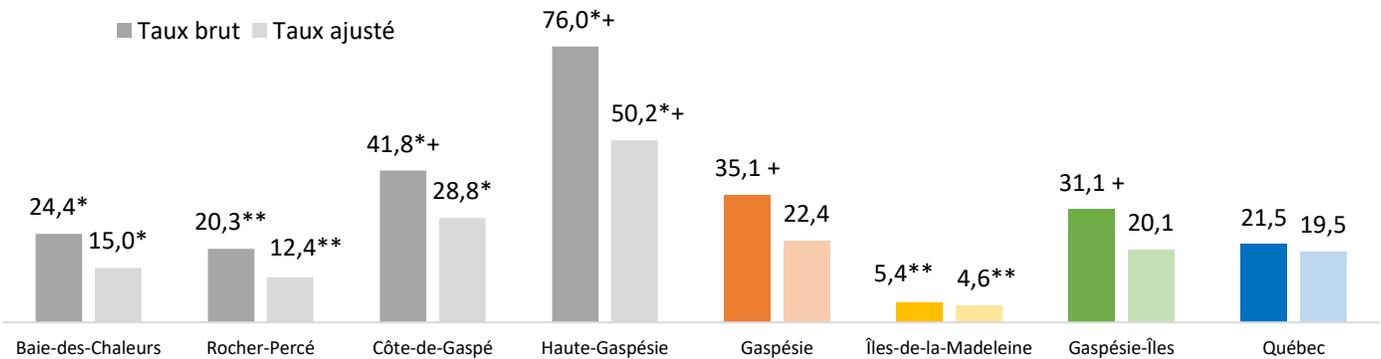
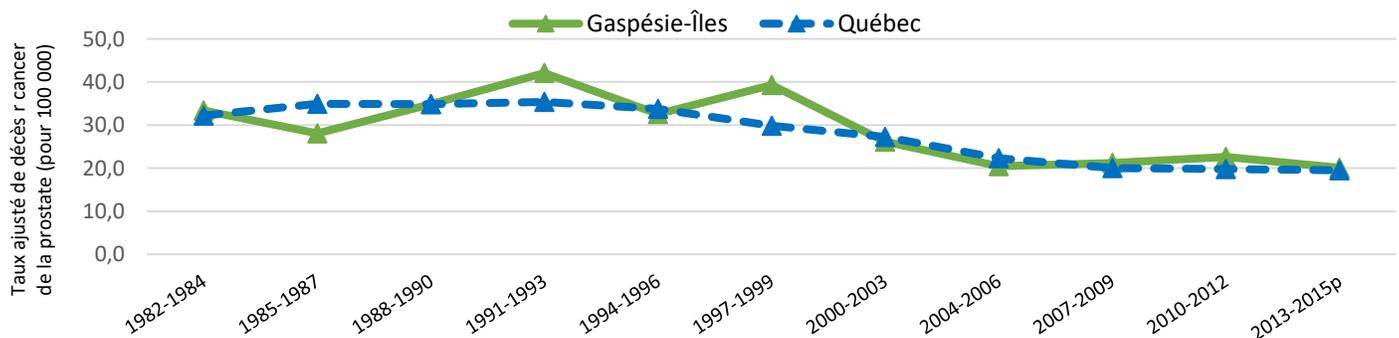


Figure 3 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000 h.) par cancer de la prostate, 1982-1984 à 2013-2015p



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont provisoires.

Sources : Prévalence : MSSS, Fichier des tumeurs, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Décès : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2015 compilées et analysées par la Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

- Après le cancer du sein et le cancer de la prostate, le cancer colorectal est le cancer le plus prévalent en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 1, fiche 48). Globalement, 13 % des personnes atteintes d'un cancer dans la région en 2011 ont un cancer colorectal, c'est plus de 243 personnes.
- De tous les cancers, le cancer colorectal est le deuxième type de cancer occasionnant le plus de décès chez les hommes et le troisième chez les femmes (figure 4, fiche 48), si bien que globalement, il arrive au second rang des décès par cancer, après le cancer du poumon. En 2013-2015, on estime qu'environ 35 personnes sont décédées chaque année d'un cancer colorectal dans la région.
- Le risque ou la probabilité pour la population gaspésienne et madelinienne d'être atteinte d'un cancer colorectal ou de mourir des suites de ce cancer n'est pas différente de celle de la population québécoise (figures 1 et 2). Mais à cause de notre population plus vieille, le fardeau de cette maladie est plus grand dans la région qu'au Québec.

- La prévalence du cancer colorectal est assez stable depuis 1989 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Québec (figure 2), et ce, chez les hommes et chez les femmes. Toutefois, la mortalité régionale et provinciale associée à ce type de cancer a régressé au cours des 30 dernières années, des gains qui ont profité aux deux sexes (figure 3).

Figure 2 : Prévalence ajustée¹ (pour 1 000) du cancer colorectal, 1989 à 2011

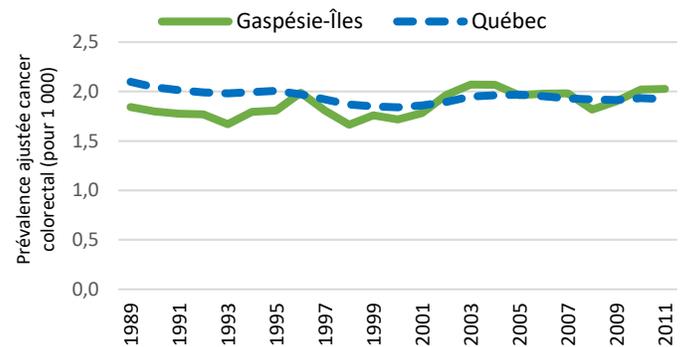


Figure 1 : Taux brut et ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer colorectal, 2013-2015p

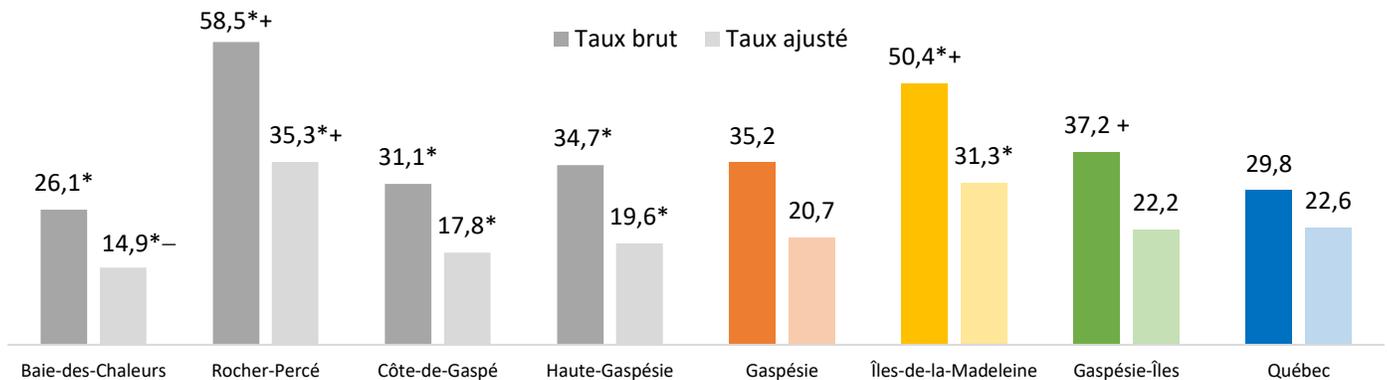
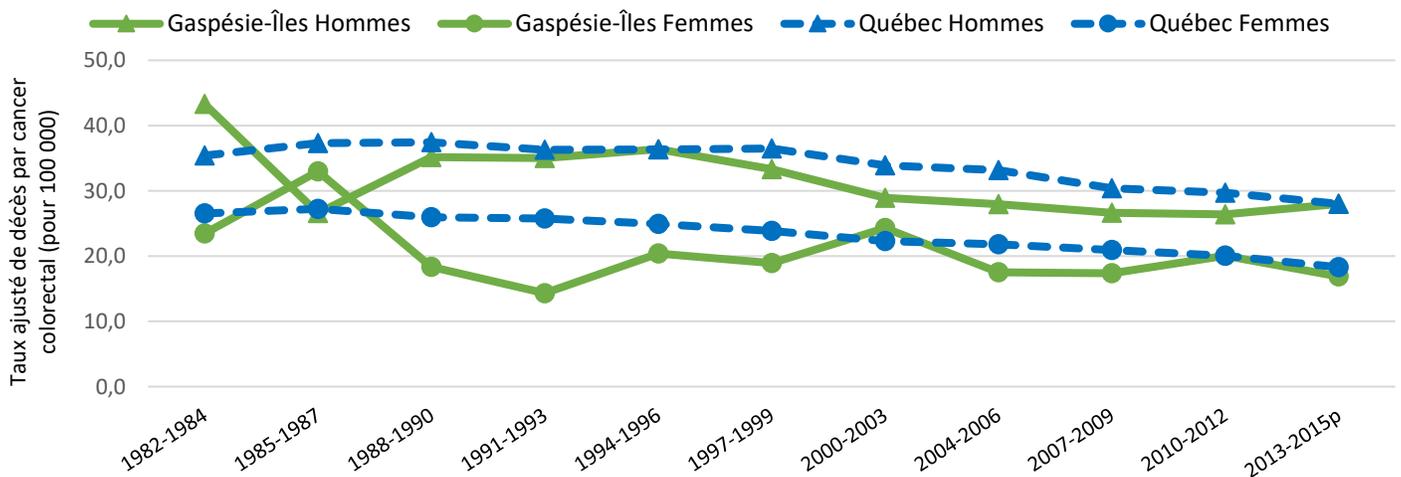


Figure 3 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer colorectal selon le sexe, 1982-1984 à 2013-2015p



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont provisoires.

Sources : Prévalence : MSSS, Fichier des tumeurs, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Décès : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2015 compilées et analysées par la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

- Le cancer du pancréas n'est pas un cancer très prévalent dans la région et au Québec. En 2011, on estime à 13 le nombre de personnes atteintes de ce cancer en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, soit moins d'une personne sur 10 000. Toutefois, il s'agit d'un cancer avec un très mauvais pronostic (*Société canadienne du cancer*, 2017) de sorte qu'il entraîne de nombreux décès (*figure 4, fiche 48*). Dans la région, le cancer du pancréas arrive au troisième rang des décès par cancer, après le cancer du poumon et le cancer colorectal. En 2013-2015, environ 20 personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont mortes chaque année d'un cancer du pancréas.
- La prévalence régionale du cancer du pancréas ne se distingue pas de celle du Québec. La mortalité associée à

ce type de cancer en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est aussi dans les mêmes ordres de grandeur que celle du Québec (12,8 pour 100 000 contre 11,0) (*figure 1*). Toutefois, compte tenu de notre population plus vieille, le fardeau de cette maladie est plus important dans la région.

- Au Québec et dans la région, la prévalence du cancer du pancréas est relativement stable depuis une vingtaine d'années, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (résultats non illustrés). De la même manière, la mortalité féminine n'a ni progressé, ni régressé depuis le début des années 80. Par contre, on observe une baisse de la mortalité par cancer du pancréas chez les hommes de la région et les Québécois (*figure 2*).

Figure 1 : Taux brut et ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer du pancréas, 2013-2015p

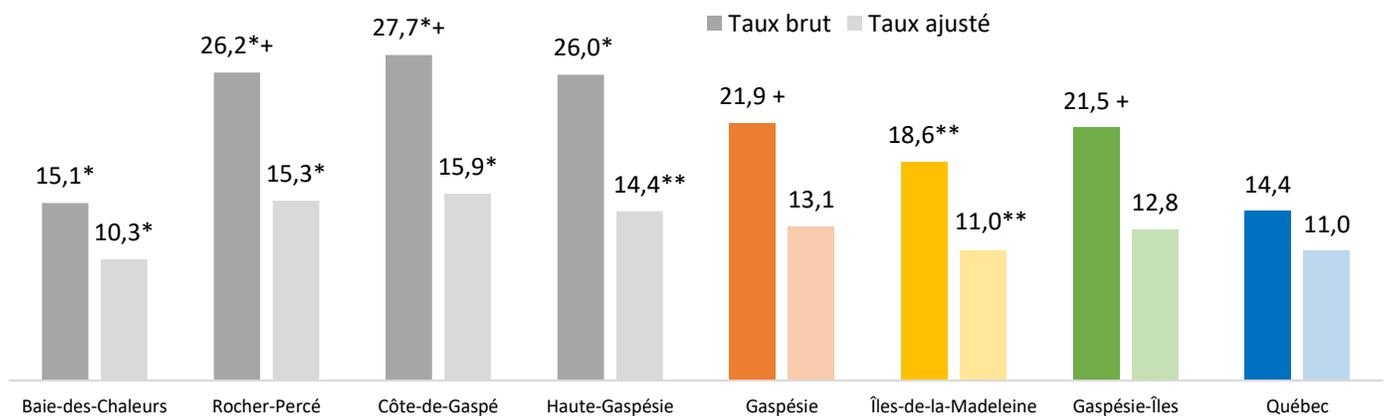
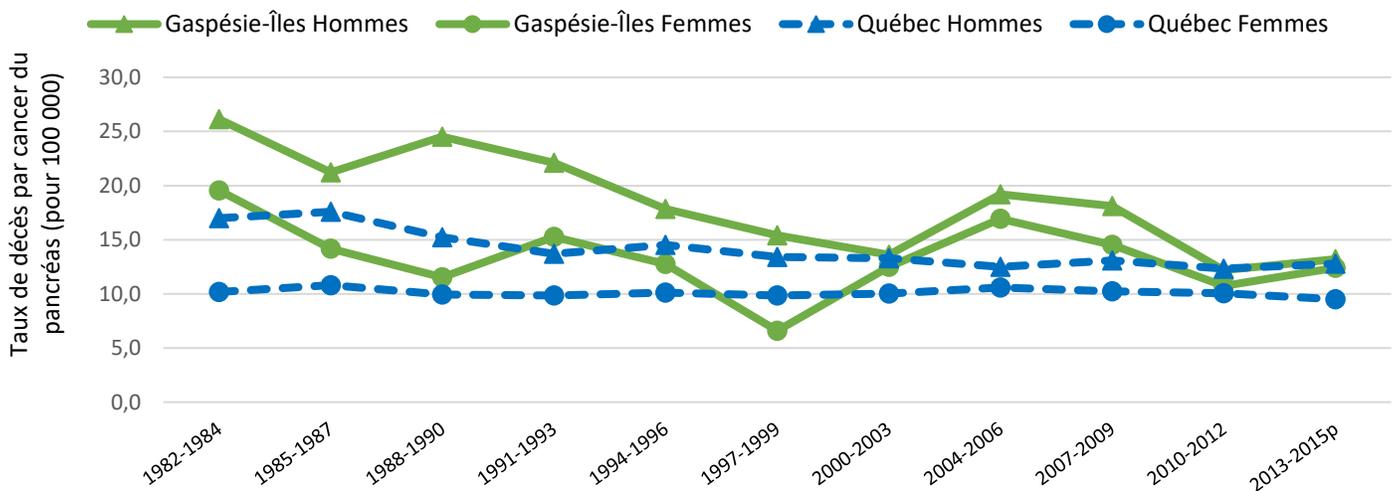


Figure 2 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000) par cancer du pancréas selon le sexe, 1982-1984 à 2013-2015p



¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont provisoires.

Sources : Prévalence : MSSS, Fichier des tumeurs, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Décès : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2015 compilées et analysées par la Direction de santé publique (DSP) Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Les maladies cardiovasculaires (MCV) englobent toutes les maladies de l'appareil circulatoire, soit les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque, les maladies cérébrovasculaires, les maladies hypertensives et les maladies vasculaires périphériques. Le risque de développer une MCV augmente avec l'âge, mais la majorité des cas est attribuable à des facteurs de risque modifiables comme le tabagisme, le manque d'exercice, la consommation excessive de sodium, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle (HTA) et le diabète (Agence de santé publique du Canada, 2009).

La prévalence des maladies cardiovasculaires⁸

En 2013-2014, **30 %** de la population de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre d'une maladie cardiovasculaire.

Plus précisément, 26 % souffrent d'hypertension artérielle, 7,9 %* d'une maladie cardiaque et moins de 2 %** ont été victimes d'un accident vasculaire cérébral (résultats non illustrés). Ces données proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) réalisée auprès d'un échantillon de personnes vivant en ménages privés. Elles ne rendent donc pas compte de la situation des personnes vivant en hébergement. Or, selon des données cliniques ou administratives, 30 % de la population de 20 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont un diagnostic d'HTA.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2013-2014, selon l'ESCC, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte, toutes proportions gardées, plus de personnes de 12 ans et plus souffrant d'une MCV que le Québec (30 % contre 20 %) (figure 1). Comme l'indique le tableau 1, cet écart en défaveur de la région s'observe chez les hommes et chez les femmes et tend aussi à s'observer peu importe le revenu du ménage. L'examen des données selon l'âge montre toutefois que ce n'est que dans le groupe des 45-64 ans que la région obtient une prévalence des MCV supérieure à celle du Québec. Ce résultat laisse à penser que l'écart global entre la région et le Québec est en bonne partie attribuable au fait que notre population est plus âgée que celle de la province.

Groupes plus nombreux à souffrir d'une maladie cardiovasculaire

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les hommes sont plus nombreux, en proportion, à souffrir d'une MCV, ce qui n'est pas le cas au Québec où aucune différence n'est observée selon le sexe (tableau 1). Par ailleurs, tant dans la région qu'au Québec, la prévalence des MCV augmente avec l'âge si bien que chez les

65 ans et plus, environ une personne sur deux est atteinte de ces affections. Enfin, au Québec, le revenu exerce un gradient très net sur la prévalence des MCV, celle-ci passant de 15 % chez les personnes vivant dans les ménages au revenu supérieur à 26 % chez celles des ménages au revenu inférieur (tableau 1). Les données pour la région vont aussi en ce sens en avantageant les personnes au revenu supérieur (18 % contre environ 34 % chez celles au revenu moyen ou inférieur).

Figure 1 : Prévalence (en %) des maladies cardiovasculaires dans la population de 12 ans et plus, 2013-2014

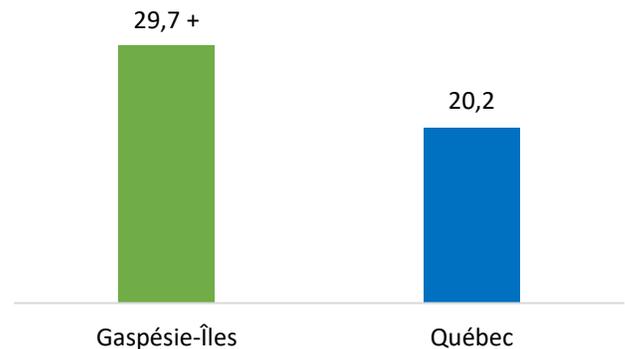


Tableau 1 : Prévalence (en %) des maladies cardiovasculaires dans la population de 12 ans et plus, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	33,5+	20,3
Femmes	26,0+	20,0
Groupe d'âge†		
12-17 ans	0,0**	1,3**
18-34 ans	2,1**	3,0
35-44 ans	10,9**	6,7
45-64 ans	39,8+	25,3
65 ans et plus	48,6	53,5
Revenu du ménage†		
Inférieur	33,8	26,4
Moyen	35,1+	18,9
Supérieur	18,4*	15,4
TOTAL	29,7+	20,2

1 Taux ajusté selon la structure par âge (0 à 4, 5 à 14, 15 à 24, 25 à 44, 45 à 64, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont provisoires.

Sources : Prévalence : Statistique Canada, ESCC 2013-2014. MSSS, Fichier des décès. Données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2015 compilées et analysées par la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. .

⁸ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

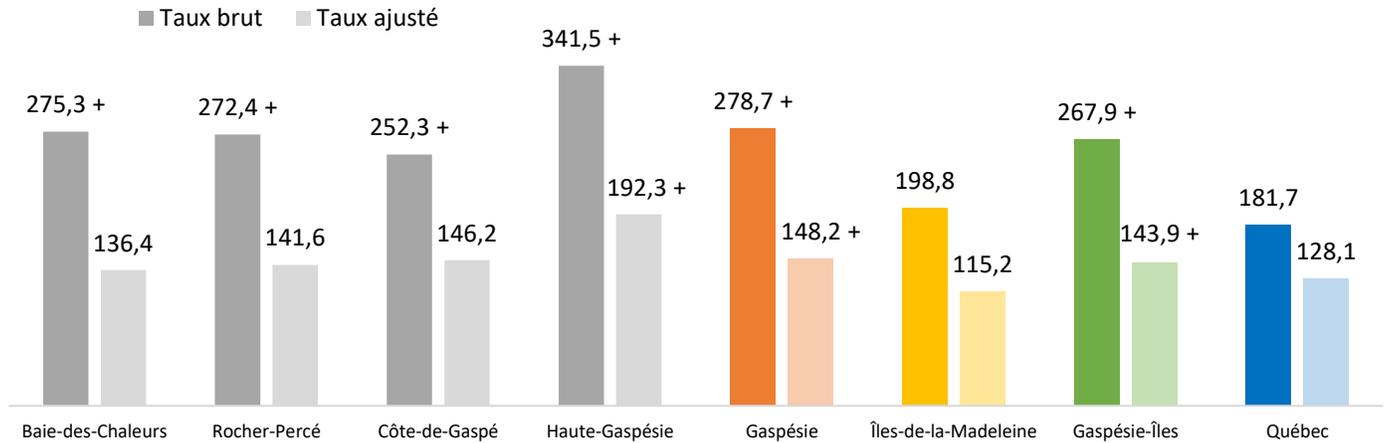
La mortalité par maladies cardiovasculaires

En 2013-2015, **748** personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont mortes d'une maladie cardiovasculaire.

Chaque année, dans la région et au Québec, les MCV sont responsables d'environ le quart des décès et constituent, de ce fait, la deuxième **cause de mortalité** après le **cancer**.

Le **taux brut** témoigne de l'ampleur réelle de la mortalité associée à une maladie au sein d'une population, alors que le **taux ajusté** permet d'éliminer l'influence de la structure d'âge dans les comparaisons entre les territoires ou dans le temps.

Figure 2 : Taux brut et ajusté¹ de mortalité (pour 100 000h.) par maladies cardiovasculaires, 2013-2015p



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2013-2015, il y a, toutes proportions gardées, davantage de personnes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qui décèdent d'une MCV qu'au Québec (taux brut : 267,9 pour 100 000 contre 181,7) (figure 2). Une bonne part de cette surmortalité est attribuable au fait que notre population est plus âgée que celle du Québec, mais pas totalement, car une différence de mortalité persiste quand on compare les taux ajustés à la figure 2. En d'autres mots, les MCV sont plus meurtrières en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec. Ces résultats comparatifs avec le Québec tendent à refléter assez bien ceux de tous les RLS, particulièrement celui de La Haute-Gaspésie qui se démarque franchement du Québec en 2013-2015. Une exception cependant avec les Îles-de-la-Madeleine qui ne se distingue pas du Québec eu égard à la mortalité cardiovasculaire. Le tableau 2 montre par ailleurs qu'à âge égal, les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine meurent davantage de MCV que les Québécoises, une tendance quoique non significative aussi observée chez les hommes.

Mentionnons que cette surmortalité régionale par MCV est relativement récente. Comme l'illustre en effet la figure 3, elle n'est observée que depuis 2007. Autrement, depuis le début des années 80, jamais la région n'avait ainsi surpassé le Québec.

Groupes plus nombreux à mourir d'une maladie cardiovasculaire

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, les hommes sont plus susceptibles de décéder d'une MCV que les femmes (tableau 2). La figure 3 à la page suivante illustre toutefois que l'écart entre les sexes a considérablement diminué dans les dernières décennies.

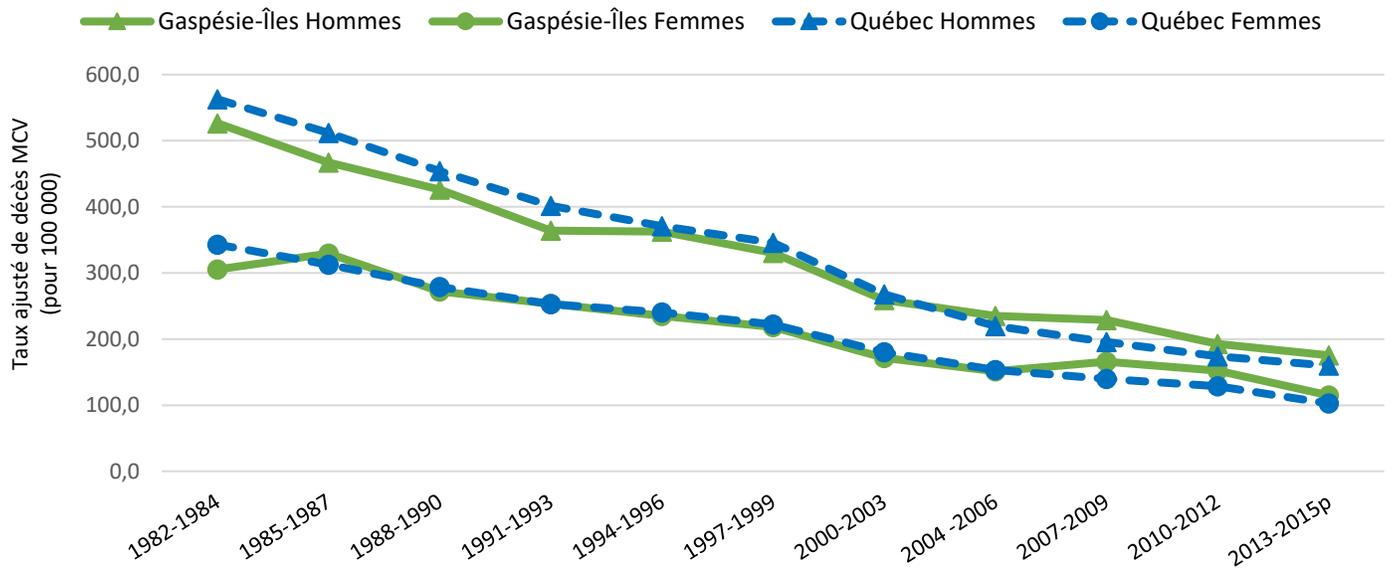
Tableau 2 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000h.) par maladies cardiovasculaires, 2013-2015p

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	175,4	159,7
Femmes	114,8+	102,5
TOTAL	143,9+	128,1

Évolution de la mortalité par maladies cardiovasculaires

Depuis le début des années 80, la mortalité par MCV a diminué d'environ 65 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de 70 % au Québec (résultats sexes réunis non illustrés). Cette régression s'est observée chez les deux sexes, mais de manière plus marquée chez les hommes, comme en témoigne la figure 3.

Figure 3 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000 h.) par maladies cardiovasculaires, selon le sexe, 1982-1984 à 2013-2015p

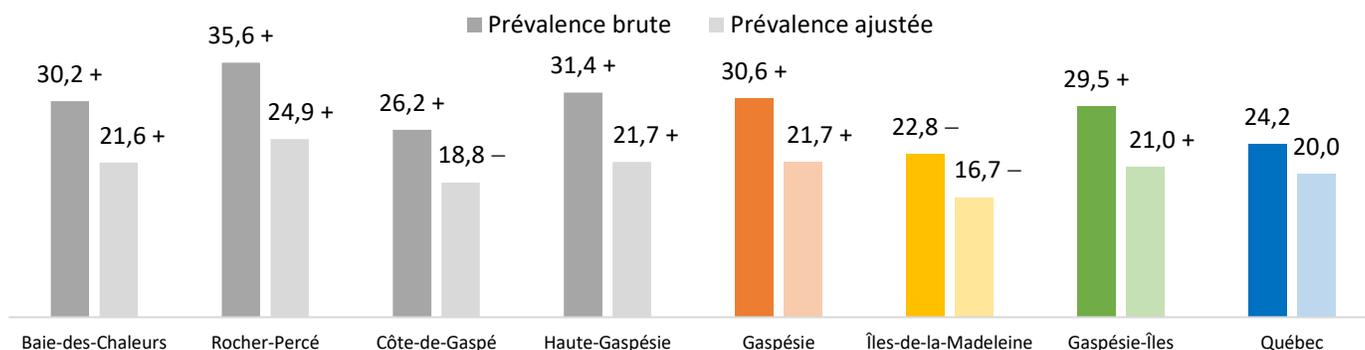


Dans les pays riches, l'hypertension artérielle (HTA) est, tout juste après le tabagisme, le deuxième facteur de risque de mortalité (WHO, 2009). « C'est un facteur de risque important de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, de maladie vasculaire périphérique et d'insuffisance rénale. » (INSPQ, Fiche indicateur de l'Infocentre, 2016, page 1). Une alimentation riche en sel, une consommation élevée d'alcool, un manque d'exercice physique, l'usage de la cigarette et l'obésité sont tous des facteurs qui augmentent la tension artérielle.

En 2014-2015, **30 %** de la population de 20 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre d'hypertension artérielle, soit 22 795 personnes.

La **prévalence brute** témoigne de l'ampleur réelle d'une maladie au sein d'une population ou du fardeau qu'elle représente, alors que la **prévalence ajustée** permet d'éliminer l'influence de la structure d'âge dans les comparaisons entre les territoires ou dans le temps.

Figure 1 : Prévalence brute et ajustée¹ (en %) de l'hypertension artérielle dans la population de 20 ans et plus, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) (voir l'encadré à la page suivante), 30 % de la population de 20 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est hypertendue, c'est plus qu'au Québec (24 %). Cette différence avec le Québec est presque uniquement due au fait que notre population est plus âgée que celle de la province, car lorsqu'on élimine l'influence de la structure d'âge, l'écart se réduit à un seul point de pourcentage (21 % contre 20 % au Québec) (figure 1). L'examen des données selon l'âge au tableau 1 indique que c'est avant 65 ans que la prévalence régionale de l'HTA est supérieure à celle du Québec. Après cela, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre une prévalence moindre. Comme l'illustre la figure 1, tous les territoires ont une prévalence d'HTA supérieure à celle du Québec, à l'exception de La Côte-de-Gaspé et des Îles-de-la-Madeleine qui présentent une prévalence inférieure, l'Archipel se démarquant du Québec de manière assez importante (17 % contre 20 %). Par ailleurs, selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*, 90 % des adultes de la région qui ont consulté un médecin généraliste dans la dernière année ont fait **prendre leur pression artérielle**.

Groupes plus nombreux à souffrir d'hypertension

Avant l'âge de 45 ans, la prévalence de l'HTA est assez semblable chez les hommes et chez les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 2). Après cela, les hommes sont, jusqu'à l'âge de 69 ans, un peu plus nombreux que les femmes, en proportion, à souffrir de cette affection. Puis à compter de 75 ans, l'inverse se produit et les femmes surpassent alors les hommes, sans doute en partie à cause de leur plus grande espérance de vie. Enfin, comme toute maladie chronique, la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge (figure 2). La proportion de personnes atteintes s'élève à 61 % chez les aînés de la région et plus spécifiquement à 80 % chez ceux de 85 ans et plus (tableau 1).

Tableau 1 : Prévalence (en %) de l'hypertension artérielle dans la population de 20 ans et plus, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	29,2+	23,6
Femmes	29,8+	24,8
Groupe d'âge†		
20-44 ans	4,5+	3,1
45-64 ans	25,7+	23,9
65-74 ans	52,4-	54,1
75-84 ans	70,5-	73,4
85 ans et plus	80,0-	83,6
TOTAL	29,5+	24,2

1 Prévalence ajustée selon la structure par âge (20 à 49, 50 à 64, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,01.

Source : INSPQ, SISMACQ; données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Évolution de la prévalence de l'hypertension

Comme l'illustre la figure 3, entre 2000-2001 et 2009-2010, la prévalence de l'HTA a connu une hausse au Québec et dans la région. Cette progression de la maladie s'explique, en partie du moins, par une baisse de la mortalité chez les personnes hypertendues, c'est-à-dire que ces personnes vivent plus longtemps qu'avant (résultats non illustrés). Certains auteurs associent ce gain en matière de durée de vie des personnes hypertendues à l'accès à de meilleurs traitements pharmacologiques (Blais et Rochette, 2011). Cela dit, depuis 2009-2010, nous observons plutôt un ralentissement de la progression de l'HTA dans la région et même, un déclin au Québec. Les données des prochaines années seront

intéressantes pour voir comment cette affection continuera d'évoluer au sein de la population, mais déjà, il est encourageant de constater que l'incidence, c'est-à-dire le taux de nouveaux cas détectés, poursuit sa baisse dans la région et au Québec (résultats non illustrés). Néanmoins, à cause de l'augmentation du nombre d'ânés et de la hausse de l'espérance de vie, le fardeau de l'HTA continuera de s'alourdir. Alors qu'en 2000-2001, environ 12 000 personnes de 20 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffraient d'HTA, ce nombre a grimpé à près de 22 800 en 2014-2015 et devrait continuer d'augmenter en raison, comme nous le disions, du vieillissement de la population.

Figure 2 : Prévalence (en %) de l'hypertension artérielle selon l'âge dans la population de 20 ans et plus, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015

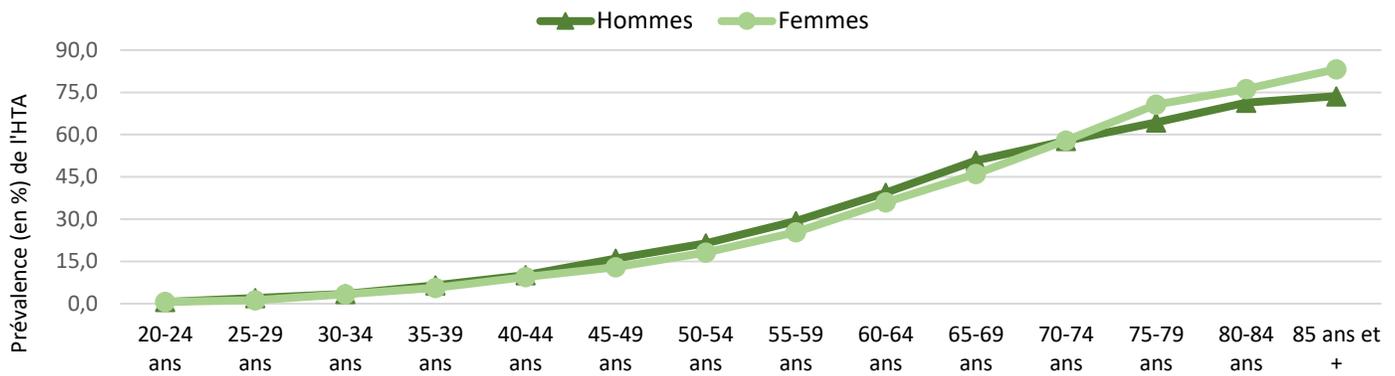
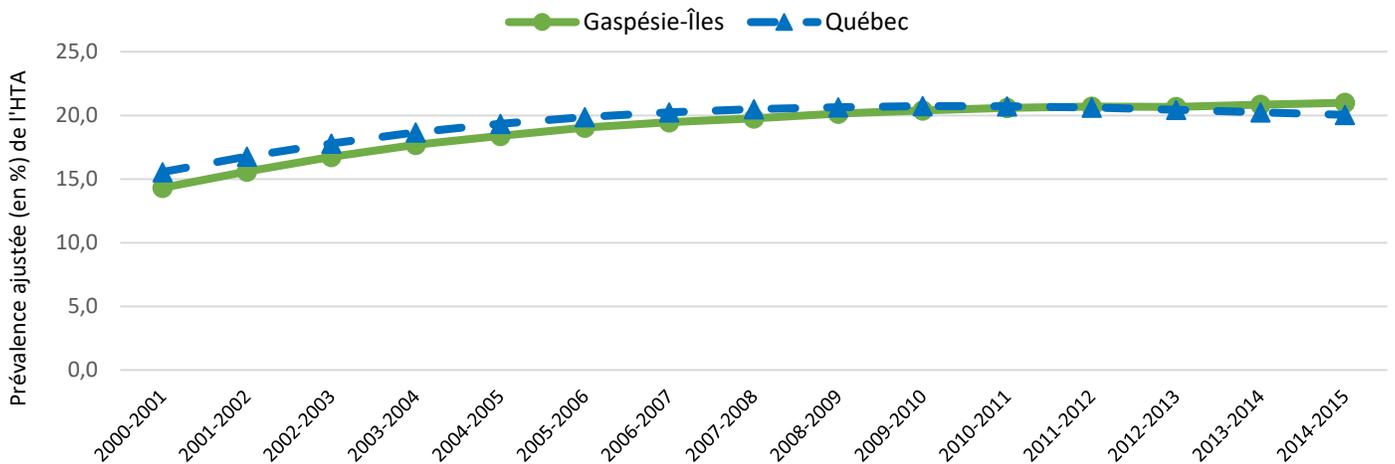


Figure 3 : Prévalence ajustée¹ (en %) de l'hypertension artérielle dans la population de 20 ans et plus, 2000-2001 à 2014-2015



La mesure de la prévalence de l'HTA

Les données sur l'HTA portent sur les personnes de 20 ans et plus et proviennent du SISMACQ, lequel contient deux fichiers qui permettent d'identifier les cas d'hypertension, soit le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du MSSS et le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ. Une personne est considérée hypertendue si, au cours d'une période, elle a un diagnostic principal ou secondaire d'HTA (CIM-9 : 401-405; CIM-10 : I10-I13, I15) au fichier MED-ÉCHO ou deux diagnostics d'HTA inscrits au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période de deux ans. Dans ce dernier cas, l'année d'identification du cas correspond à celle du deuxième service. Les données excluent l'hypertension gestationnelle. Mentionnons enfin que lorsqu'une personne est identifiée hypertendue, elle devient un cas prévalent pour l'année en cours et pour toutes les années subséquentes, incluant l'année de son décès (s'il y a lieu) (INSPQ, fiche indicateur de l'Infocentre, 2017).

« La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) regroupe la bronchite chronique et l'emphysème. Ce trouble respiratoire, causé en grande partie par le **tabagisme**, est caractérisé par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, de l'hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques et des exacerbations dont la fréquence et la gravité vont en augmentant (O'Donnell et al., 2008). La surveillance de la MPOC constitue une priorité de santé publique, car elle figure parmi les maladies respiratoires les plus prévalentes et qu'elle est associée à une morbidité et une mortalité importante (Agence de la santé publique du Canada, 2007) ». (Tiré de l'INSPQ, Fiche indicateur de l'Infocentre, 2017, page 1)

La prévalence des MPOC

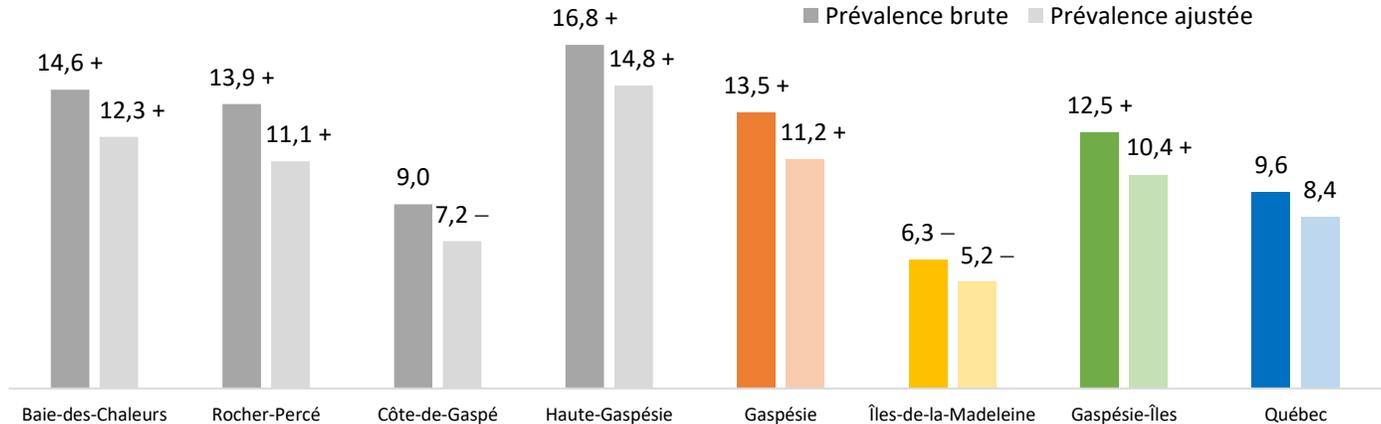
En 2014-2015, **13 %** de la population de 35 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, soit plus de 8 000 personnes.

Soulignons que ces données sous-estiment la prévalence des MPOC dans la population, car elles ne rendent compte que des personnes qui ont reçu un diagnostic et qui ont été traitées par un médecin (voir la mesure des MPOC dans l'encadré au bas de la page suivante). En ce sens, les données présentées ici

reflètent sans doute davantage les personnes avec une MPOC dont la gravité est modérée ou sévère, ces personnes étant les plus susceptibles de recourir aux services (Doucet, Rochette, Gagné, Gamache, Pouliot et Émond, 2013, tiré de l'INSPQ, fiche indicateur de l'Infocentre, 2017).

La **prévalence brute** témoigne de l'ampleur réelle d'une maladie au sein d'une population ou du fardeau qu'elle représente, alors que la **prévalence ajustée** permet d'éliminer l'influence de la structure d'âge dans les comparaisons entre les territoires ou dans le temps.

Figure 1 : Prévalence brute et ajustée¹ (en %) des maladies pulmonaires obstructives chroniques, population 35 ans et plus, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte, toutes proportions gardées, davantage de personnes de 35 ans et plus souffrant d'une MPOC que le Québec (13 % contre 9,6 %), une différence

qui demeure vraie même quand on élimine l'influence de l'âge (figure 1). Cet écart en défaveur de la région s'observe chez les hommes et chez les femmes, dans tous les groupes d'âge (tableau 1 à la page suivante), ainsi que dans la Baie-des-Chaleurs, à Rocher-Percé et dans La Haute-Gaspésie (figure 1). La Côte-de-Gaspé et les Îles-de-la-Madeleine présentent, à âge égal, une prévalence de MPOC chez les 35 ans et plus inférieure à celle du Québec.

¹ Prévalence ou taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,01 pour la prévalence et au seuil de 0,05 pour la mortalité.

P : Les données 2013, 2014 et 2015 sont provisoires.

Sources : Prévalence : INSPQ, SISMACQ; données extraites de l'Infocentre de santé publique. Décès : MSSS, Fichier des décès, données 1982 à 2012 extraites de l'Infocentre de santé publique et données 2013 à 2015 compilées et analysées par la Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

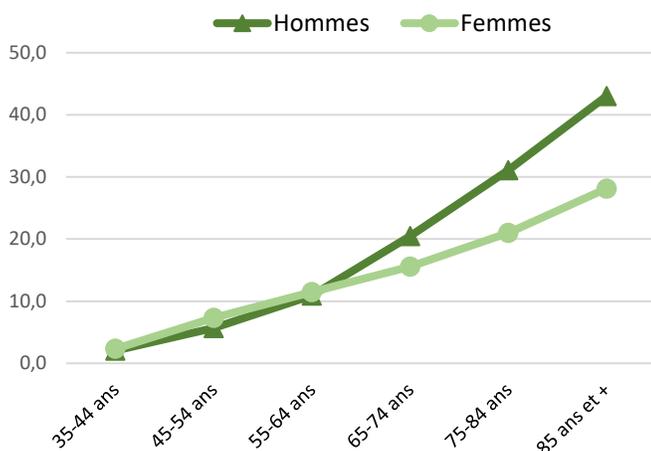
Groupes plus nombreux à souffrir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique

Globalement, on compte dans la région davantage d'hommes que de femmes, en proportion, avec une MPOC (13 % contre 12 %) (tableau 1). L'examen des données selon l'âge indique que cet écart en défaveur des hommes apparaît seulement après 65 ans, car avant cet âge, la prévalence des MPOC est assez semblable chez les hommes et chez les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 2). Enfin, cette figure illustre l'influence de l'âge dans la survenue de cette maladie chronique, la prévalence passant d'environ 2 % à 35-44 ans, à 11 % chez les 55-64 ans pour s'élever à 43 % chez les hommes de 85 ans et plus et à 28 % chez les femmes de ce groupe d'âge.

Tableau 1 : Prévalence (en %) des maladies pulmonaires obstructives chroniques dans la population de 35 ans et plus, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	13,1+	9,5
Femmes	11,9+	9,8
Groupe d'âge†		
35-44 ans	2,1+	1,0
45-64 ans	9,1+	7,4
65-74 ans	18,0+	16,2
75-84 ans	25,5+	23,2
85 ans et plus	33,2+	27,7
TOTAL	12,5+	9,6

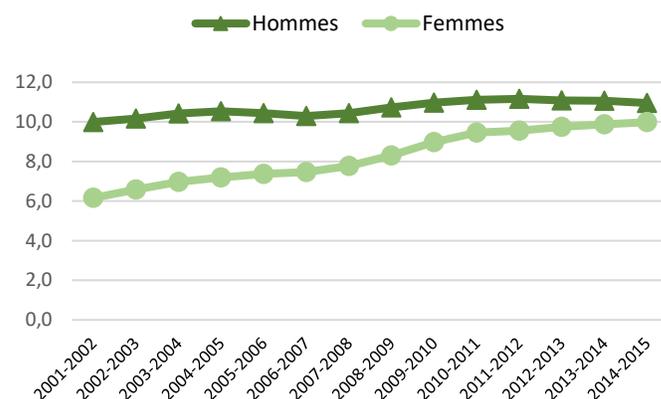
Figure 2 : Prévalence (en %) des maladies pulmonaires obstructives chroniques dans la population de 35 ans et plus, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



Évolution de la prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques

De 2001-2002 à 2014-2015, la prévalence des MPOC est passée de 7,9 % à 10,4 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 3 à la page suivante), avec un bond notable entre 2008 et 2011. Ce bond correspond à une hausse marquée, durant ces années, du nombre de nouveaux cas diagnostiqués. C'est d'ailleurs seulement depuis ce moment que la région surpasse le Québec. Comme le montre par ailleurs la figure 4, la prévalence semble avoir amorcé une baisse chez les hommes depuis quelques années, ce qui n'est pas encore le cas chez les femmes. Les données des prochaines années devraient être encourageantes, puisqu'au cours des dernières années, nous avons assisté à une baisse de l'incidence des MPOC chez les hommes et chez les femmes de la région (résultats non illustrés), sans doute le résultat de la baisse du tabagisme.

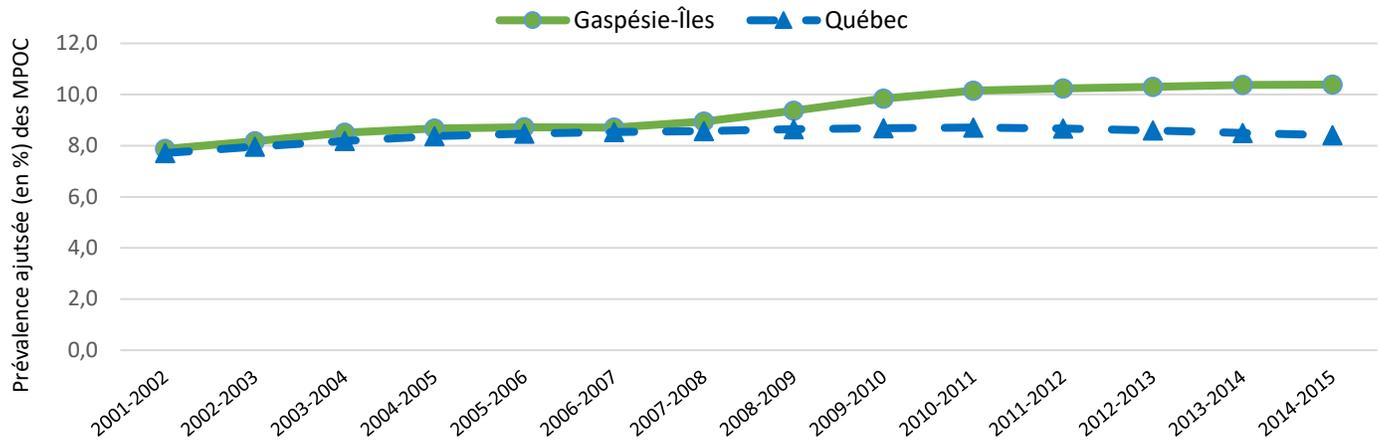
Figure 4 : Prévalence ajustée (en %) des maladies pulmonaires obstructives chroniques dans la population de 35 ans et plus, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2001-2002 à 2014-2015



La mesure de la prévalence des MPOC

Les données sur les MPOC proviennent du SISMACQ, lequel contient deux fichiers qui permettent d'identifier les cas de MPOC, soit le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du MSSS et le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ. Une personne est considérée avoir une MPOC si, au cours d'une année, elle a un diagnostic principal ou secondaire de MPOC (CIM-9 : 491-492, 496; CIM-10-CA : J41-J44) au fichier MED-ÉCHO ou un diagnostic de MPOC inscrit au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte. Mentionnons que lorsqu'une personne est identifiée comme ayant une MPOC, elle devient un cas prévalent pour l'année en cours et pour toutes les années subséquentes, incluant l'année de son décès (s'il y a lieu). Il s'agit donc d'une prévalence à vie (INSPQ, fiche indicateur de l'Infocentre, 2017).

Figure 3 : Prévalence ajustée¹ (en %) des maladies pulmonaires obstructives chroniques dans la population de 35 ans et plus, 2001-2002 à 2014-2015

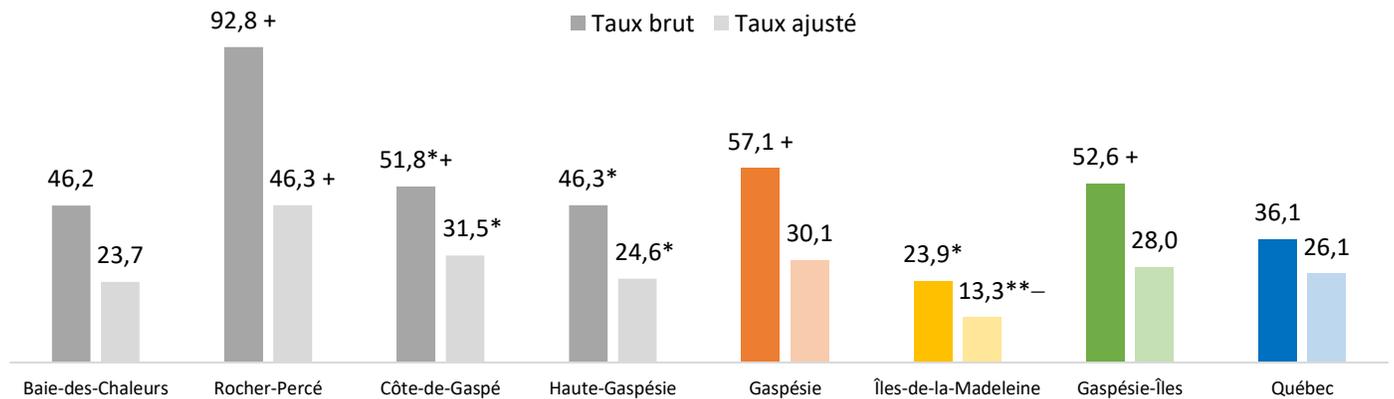


La mortalité par MPOC

En 2013-2015, **147** personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont mortes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Chaque année, dans la région et au Québec, les MPOC sont responsables d'environ 4 à 5 % des décès et font partie, de ce fait, des **principales causes de mortalité** en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Figure 5 : Taux brut et ajusté¹ de mortalité (pour 100 000h.) par maladies pulmonaires obstructives chroniques, 2013-2015p



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2013-2015, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte, toutes proportions gardées, davantage de personnes décédées d'une MPOC que le Québec (taux brut : 52,6 pour 100 000 contre 28,0) (figure 5). Cette différence est uniquement due au fait que notre population est plus âgée que celle du Québec, car elle disparaît complètement quand on compare les taux ajustés à la figure 5. Ces résultats comparatifs avec le Québec reflètent assez bien ceux de tous les RLS, sauf à Rocher-Percé où un écart important persiste entre le taux ajusté de ce RLS et celui du Québec, signifiant que les MPOC sont véritablement plus meurtrières sur ce territoire qu'au Québec. Les Îles-de-la-Madeleine se distingue aussi, mais de manière favorable (figure 5). Le tableau 2 montre enfin qu'à âge égal, ni les hommes ni les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne

meurent davantage des MPOC que les Québécois et Québécoises.

Groupes plus nombreux à mourir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, les hommes sont plus susceptibles de décéder d'une MPOC (tableau 2). La figure 6 à la page suivante illustre toutefois que l'écart entre les sexes a considérablement diminué dans les dernières décennies.

Tableau 2 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000h.) par maladies pulmonaires obstructives chroniques, 2013-2015p

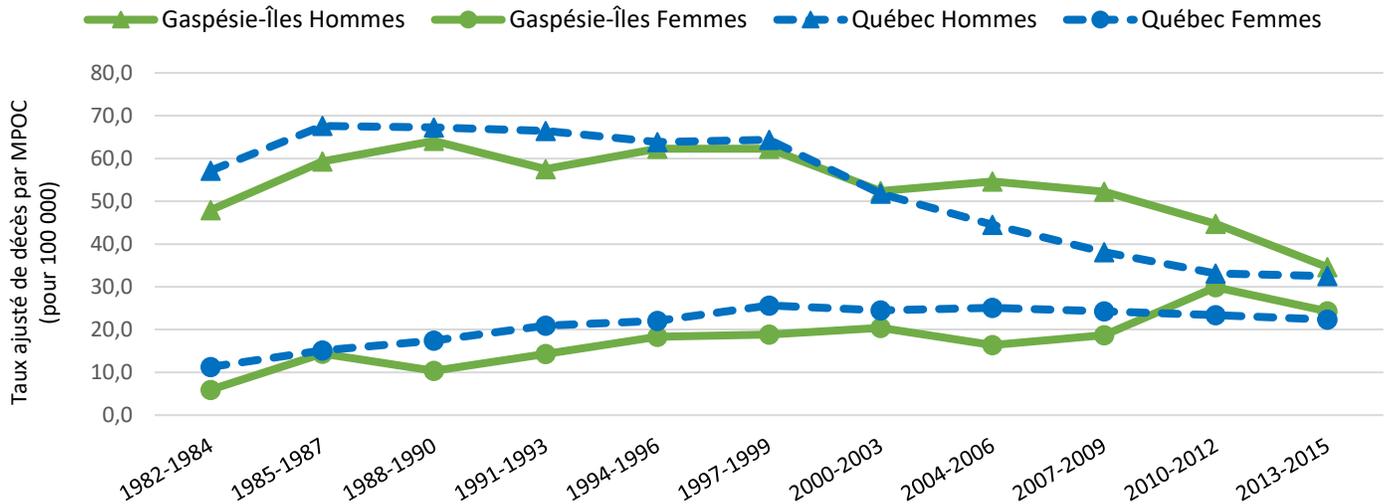
	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	34,6	32,5
Femmes	24,3	22,3
TOTAL	28,0	26,1

Évolution de la mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques

Comme l'illustre la figure 6, le patron d'évolution de la mortalité par MPOC n'est pas le même chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la mortalité a progressé dans la région au cours de la décennie 80 pour être ensuite assez stable jusqu'à la fin des années 90. Depuis, la mortalité masculine par MPOC est à la baisse et ce, tant en Gaspésie-Îles-

de-la-Madeleine qu'au Québec. Il en va autrement chez les femmes où nous avons au contraire assisté, au Québec comme dans la région, à une hausse de la mortalité par MPOC du début des années 80 jusqu'à la fin des années 90, laquelle s'est poursuivie jusqu'en 2013-2015 chez les Gaspésiennes et Madeliniennes. Quant aux Québécoises, le taux de décès dû à cette maladie présente plutôt une tendance à la baisse depuis une dizaine d'années (figure 6).

Figure 6 : Taux ajusté¹ de mortalité (pour 100 000h.) par maladies pulmonaires obstructives chroniques, selon le sexe, 1982-1984 à 2013-2015p



Note : Le changement de la CIM-9 à la CIM-10 en 2000 a introduit un changement dans la catégorisation maladies des voies respiratoires inférieures dont la presque totalité sont des MPOC. Selon une [étude canadienne](#) menée par Statistique Canada, il y a 8,6 % plus de décès classés dans cette catégorie de maladie selon la CIM-10 que selon la CIM-9.

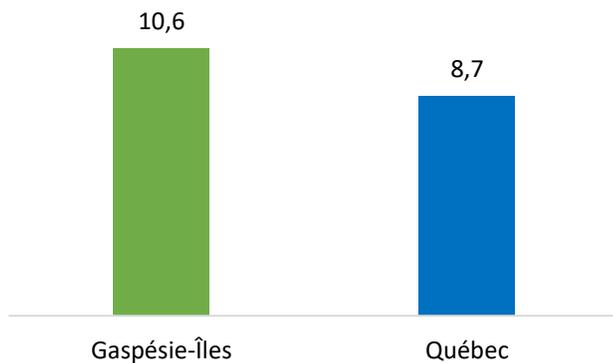
« L'asthme est caractérisé par une inflammation des voies respiratoires. Les symptômes sont une difficulté à respirer, un essoufflement, une respiration sifflante ou une sensation d'oppression dans la poitrine (Agence de la santé publique du Canada, 2011). L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants (OMS, 2011). En plus d'être en moins bonne santé, les enfants atteints d'asthme peuvent être limités dans leurs activités quotidiennes et utilisent plus souvent des services en santé (p. ex., consultation médicale, urgence, hospitalisation), ce qui contribue au fardeau de la maladie. D'ailleurs, les symptômes de l'asthme seraient une des premières causes de l'absentéisme scolaire (Kohen, 2010). [...] Plusieurs facteurs environnementaux, tels la fumée du tabac, l'humidité ou les allergènes, peuvent déclencher ou exacerber les crises d'asthme (Kaszniá-Kocot et autres, 2010; McFadden, 2001; Asher et autres, 2006) ». (INSPQ, Fiche indicateur de l'Infocentre, 2012, page 1)

En 2013-2014, **11 %** de la population de 12 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre d'asthme, soit environ 8 500 personnes.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014⁹ (ESCC), 11 % des personnes de 12 ans et plus vivant en ménage privé en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont déjà reçu d'un professionnel de la santé un diagnostic d'asthme, une proportion qui ne se différencie pas de celle du Québec (8,7 %) (figure 1). En fait, de manière générale, la région ne se distingue pas du Québec, peu importe le sexe et le groupe d'âge (tableau 1).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus vivant en ménage privé ayant déjà reçu un diagnostic d'asthme par un professionnel de la santé, 2013-2014



Groupes plus nombreux à souffrir d'asthme

Au Québec, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'asthme, une tendance quoique non significative aussi observée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (13 % contre 8,4 %) (tableau 1). Au chapitre de l'âge, les jeunes québécois de

12-24 ans sont, toutes proportions gardées, plus nombreux que les autres groupes d'âge à avoir déjà eu un diagnostic d'asthme. Les données régionales, assorties par ailleurs d'une très grande imprécision quand on les découpe selon l'âge, ne permettent pas de conclure de la sorte (voir à la page suivante les données spécifiques sur les jeunes du secondaire). Enfin, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, la proportion de personnes déclarant avoir déjà eu un diagnostic d'asthme est plus élevée chez celles vivant dans les ménages au revenu les plus faibles (tableau 1).

Évolution de la prévalence de l'asthme

Selon l'ESCC, la prévalence de l'asthme n'a pas connu de variation significative depuis 2000-2001, et ce, dans la région et au Québec (résultat non illustré).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus vivant en ménage privé ayant déjà reçu un diagnostic d'asthme par un professionnel de la santé, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	8,4*	7,7
Femmes	12,8*	9,7
Groupe d'âge		
12-24 ans	8,4**	10,7
25-44 ans	13,9**+	8,0
45-64 ans	8,2*	8,1
65 ans et plus	12,9*	9,2
Revenu du ménage[†] (échelle régionale)		
Quintile 1 (inférieur)	21,3*	11,8
Quintile 2	9,5**	8,8
Quintile 3	9,9**	7,4
Quintile 4	3,6**	8,3
Quintile 5 (supérieur)	7,7**	7,3
TOTAL	10,6	8,7

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. ** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

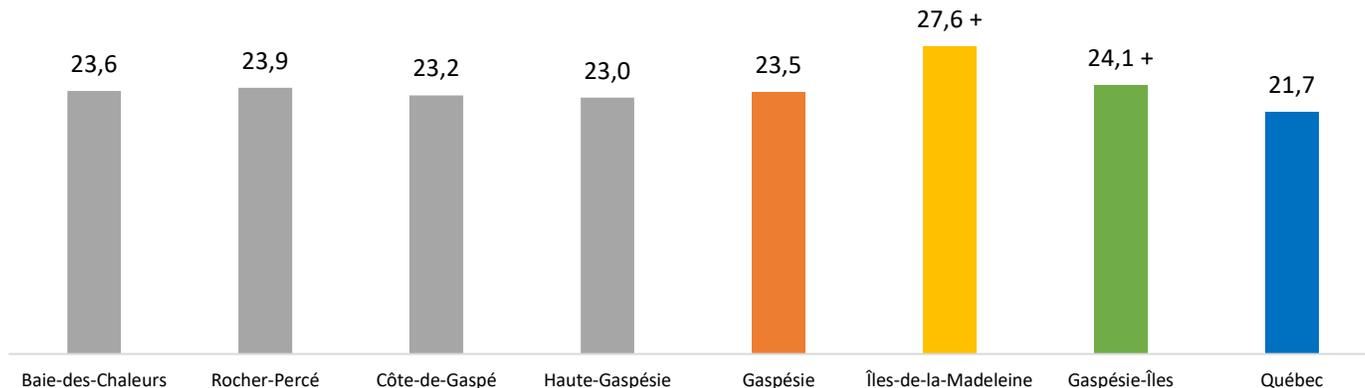
Sources : Population 12 ans et plus : Statistique Canada, ESCC 2000-2001 à 2013-2014, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Jeunes du secondaire : Institut de la Statistique du Québec, EQSJS 2010-2011, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

⁹ Cette enquête ne fournit aucune donnée à l'échelle locale.

L'asthme chez les jeunes du secondaire

En 2010-2011, **22 %** des jeunes du secondaire en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrent d'asthme.

Figure 2 : Proportion (en %) des jeunes du secondaire ayant eu des sifflements à la poitrine, des symptômes d'asthme ou des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois, 2010-2011



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* (EQSJS), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine compte, toutes proportions gardées, davantage de jeunes souffrant d'asthme que le Québec, c'est-à-dire des jeunes qui ont eu des sifflements à la poitrine, des symptômes d'asthme ou des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois (24 % contre 22 %) (figure 2). Comme on le constate au tableau 2, ce résultat en défaveur de la région tend à s'observer peu importe les caractéristiques des jeunes, bien que seuls les jeunes de la 5^e secondaire se distinguent significativement de ceux du Québec.

Groupes plus nombreux à souffrir d'asthme

Dans la région comme au Québec, les filles sont plus nombreuses que les garçons, en proportion, à souffrir d'asthme (tableau 2). De même, la prévalence de ce problème augmente avec le niveau de scolaire, la proportion ayant eu des sifflements à la poitrine, des symptômes d'asthme ou des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois passant de 18 % à 30 % entre la 1^{re} et la 5^e secondaire en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. De même, la proportion à souffrir de ce problème de santé est plus élevée chez les élèves dont les parents n'ont pas de diplôme d'études secondaires (33 % contre environ 24 % chez les autres élèves) (tableau 2). Cet indicateur n'est cependant pas associé à la langue d'enseignement.

Évolution de la prévalence de l'asthme

C'était la première fois en 2010-2011 que cet indicateur était mesuré chez les jeunes du secondaire de la région. Nous n'avons donc pas de données historiques sur cet indicateur.

Tableau 2 : Proportion (en %) des jeunes du secondaire ayant eu des sifflements à la poitrine, des symptômes d'asthme ou des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois, 2010-2011

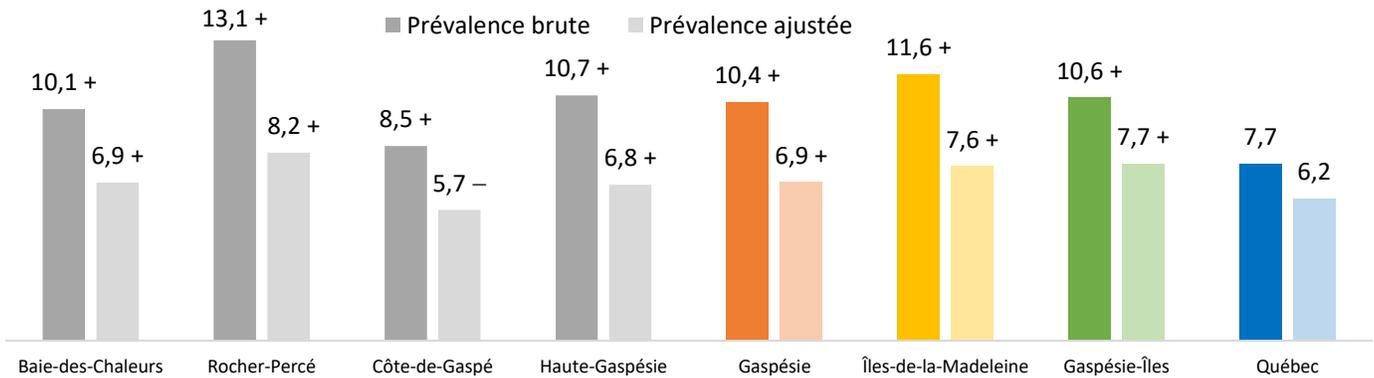
	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Garçons	20,9	19,0
Filles	27,3	24,5
Niveau scolaire†		
1 ^{re} secondaire	18,0	19,6
2 ^e secondaire	23,8	21,0
3 ^e secondaire	24,5	22,5
4 ^e secondaire	25,6	23,2
5 ^e secondaire	29,7+	22,4
Langue d'enseignement		
Français	24,4	21,9
Anglais	20,4*	20,0
Scolarité des parents†		
Sans DES	33,4	27,7
Avec DES	24,0	23,0
Études collégiales ou universitaires	23,4	21,2
TOTAL	24,1+	21,7

« Le diabète est un problème majeur de santé publique ayant pris des proportions inquiétantes à travers le monde au cours de la dernière décennie. Cette maladie chronique entraîne un nombre important de complications sérieuses dont les plus fréquentes sont les maladies cardio-vasculaires, les maladies rénales, les troubles visuels et les amputations des membres inférieurs. » (Pigeon et Larocque, 2011, page 1) Les données présentées dans cette fiche ont trait au diabète de type 1 et de type 2 sans distinction. « Le **diabète de type 1** est généralement d'origine auto-immune et se caractérise par la destruction des cellules du pancréas qui produisent l'insuline. Il compte pour moins de 10 % des cas recensés et survient le plus souvent chez les enfants et les jeunes adultes. Le **diabète de type 2**, qui compte pour environ 90 % des cas, est fortement associé à l'**excès de poids** et à l'**obésité abdominale**. Il se développe généralement chez les adultes après 40 ans, mais on en retrouve de plus en plus chez les enfants et les adolescents. » (Idem, page 1)

En 2014-2015, **11 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre de diabète, c'est plus de 9 750 personnes.

La **prévalence brute** témoigne de l'ampleur réelle d'une maladie au sein d'une population ou du fardeau qu'elle représente, alors que la **prévalence ajustée** permet d'éliminer l'influence de la structure d'âge dans les comparaisons entre les territoires ou dans le temps.

Figure 1 : Prévalence brute et ajustée¹ (en %) du diabète dans la population d'un an et plus, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), la prévalence du diabète est plus élevée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (11 % contre 7,7 %) (figure 1). Une partie de cette différence est attribuable au fait que notre population est plus vieille que celle du Québec, mais une partie seulement, car même quand on élimine l'effet de l'âge (par le calcul de prévalence ajustée), un écart significatif persiste (7,7 % contre 6,2 %). Comme l'illustre la figure 1, tous les territoires locaux ont une prévalence du diabète supérieure à celle du Québec, le Rocher-Percé obtenant une prévalence particulièrement élevée. La Côte-de-Gaspé fait exception, car à âge égal, la proportion de la population à souffrir de cette maladie chronique est moindre que celle du Québec, comme ce fut le cas dans les années antérieures. Enfin, on peut voir au

tableau 1 que l'écart entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec est vrai chez les hommes comme chez les femmes.

Tableau 1 : Prévalence (en %) du diabète dans la population d'un an et plus, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	11,0+	8,4
Femmes	10,1+	7,0
Groupe d'âge†		
0-19 ans	0,4	0,3
20-44 ans	2,4+	1,6
45-64 ans	10,4+	9,6
65-74 ans	22,9+	21,8
75-84 ans	30,3+	28,0
85 ans et plus	31,7+	26,6
TOTAL	10,6+	7,7

¹ Prévalence ajustée selon la structure par âge (1 à 49, 50 à 59, 60 à 69, 70 ans et plus), sexes réunis, population de l'ensemble du Québec en 2001.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.
+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,01.

Source : INSPO, SISMACQ; données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes plus nombreux à souffrir de diabète

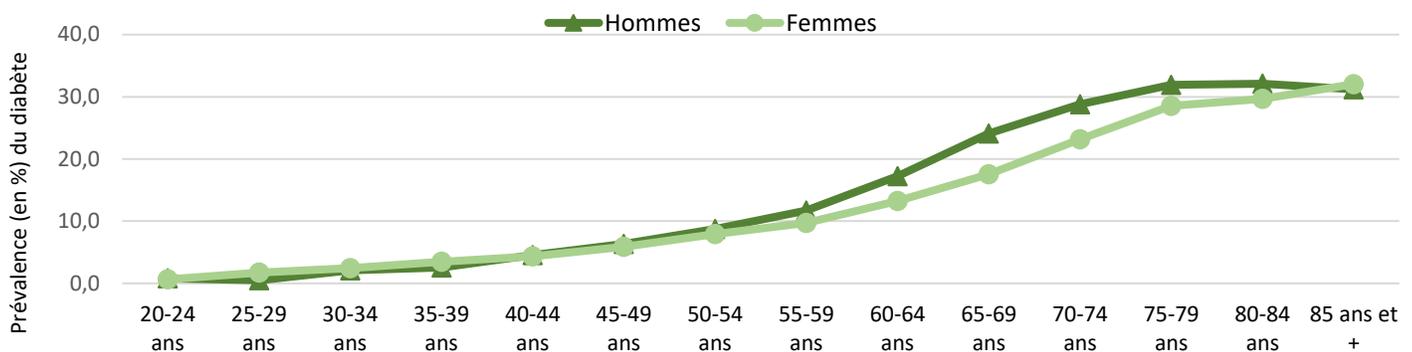
Avant l'âge de 45 ans, la prévalence du diabète est assez semblable chez les hommes et chez les femmes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Après cela, un écart se crée entre les sexes, les hommes surpassant les femmes, à tout le moins jusqu'à 84 ans (figure 2). Par ailleurs, la figure 2 illustre clairement le lien entre le diabète et l'âge, la proportion de personnes atteintes augmentant progressivement avec le vieillissement, tant chez les hommes que chez les femmes.

Évolution de la prévalence du diabète

En 2000-2001, environ 4 800 personnes d'un an et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffraient de diabète (soit 4,8 % de la population). Quinze ans plus tard, ce nombre a plus que doublé pour atteindre 9 750 personnes

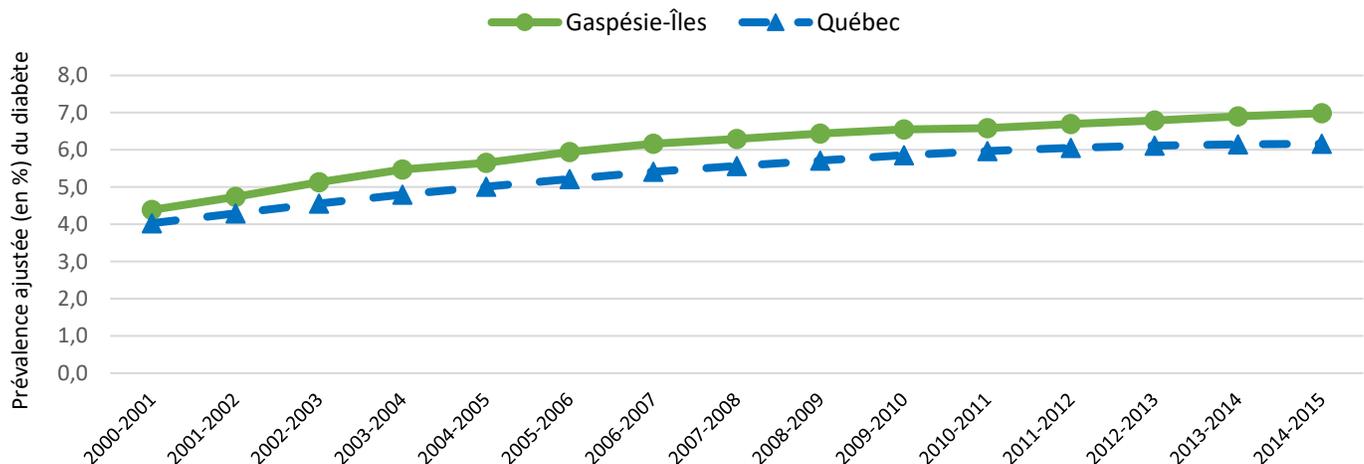
(10,6 %). Une partie de cette progression est attribuable au vieillissement de la population durant cette période, mais pas totalement comme le montre l'évolution du taux ajusté à la figure 3. Autrement dit, le diabète est bel et bien une maladie de plus en plus fréquente au sein de la population régionale, comme c'est aussi le cas au Québec. Cela dit, il semble que nous assistions à un ralentissement de la progression de la prévalence du diabète depuis 7- 8 ans dans la région et au Québec. Les données des prochaines années seront nécessaires pour voir comment la prévalence continuera d'évoluer, mais déjà, il est encourageant de constater que l'incidence, c'est-à-dire le taux de nouveaux cas détectés, a eu tendance à diminuer depuis le début des années 2000 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme c'est aussi le cas au Québec (résultats non illustrés).

Figure 2 : Prévalence (en %) du diabète selon l'âge, dans la population de 20 ans et plus, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



Note : Les données régionales sur la prévalence du diabète selon le sexe chez les 0-19 ans ne sont pas disponibles à l'Infocentre.

Figure 3 : Prévalence ajustée¹ (en %) du diabète dans la population d'un an et plus, 2000-2001 à 2014-2015



La mesure de la prévalence du diabète

Les données sur le diabète proviennent du SISMALQ, lequel contient deux fichiers qui permettent d'identifier les personnes diabétiques, soit le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du MSSS et le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ. Une personne est considérée diabétique si, au cours d'une période, elle a un diagnostic principal ou secondaire de diabète (CIM-9 : 250; CIM-10 : E10-E14) au fichier MED-ÉCHO ou deux diagnostics de diabète inscrits au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours d'une période de deux ans. Dans ce dernier cas, l'année d'identification du cas correspond à celle du deuxième service (INSPQ, fiche indicateur de l'Infocentre, 2017).

La maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs

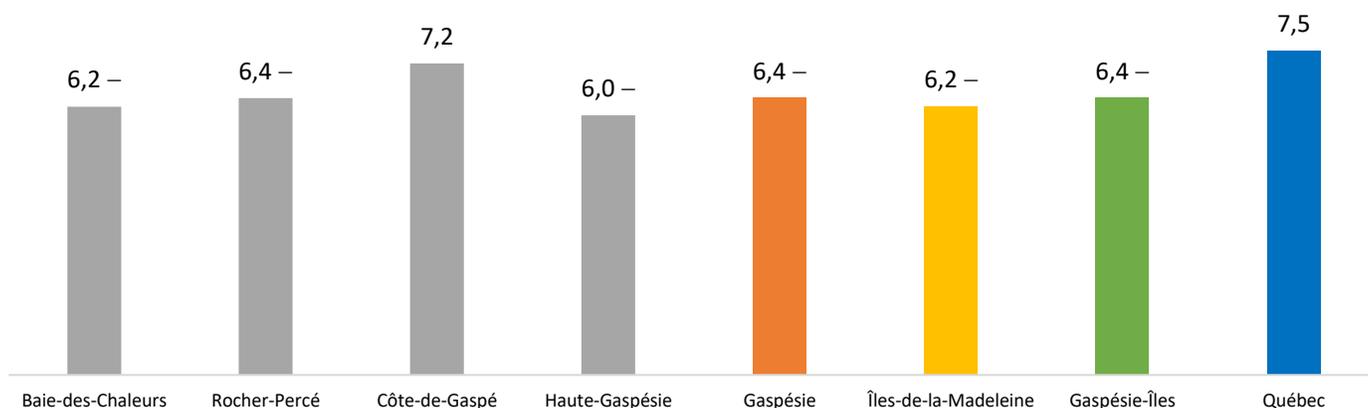
Les troubles cognitifs majeurs, dont font partie la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, la démence avec corps de Lewy et la démence de la maladie de Parkinson, sont des problèmes qui « ...altèrent au quotidien le fonctionnement des individus, en perturbant leur mémoire, leur jugement, leur organisation, leur orientation, leur langage ou le contrôle de leur comportement et de leurs émotions. De fait, ces maladies entraînent une perte de l'autonomie fonctionnelle et constituent un lourd et important fardeau pour les individus qui en sont atteints, leurs familles et proches aidants, mais également pour les professionnels et le système de santé (World Health Organization [WHO], 2012) ». (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1) On estime que la maladie d'Alzheimer représente de 50 à 75 % des troubles cognitifs majeurs (Duthey, 2013).

En 2014-2015, **6,4%** des aînés de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur, soit 1 400 personnes.

De plus, chaque année, environ 280 aînés de la région apprennent qu'ils sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif majeur (appelés ci-après les

troubles cognitifs majeurs) (Voir l'encadré à la dernière page de cette fiche pour connaître la façon selon laquelle ces troubles sont identifiés). Ajoutons que les troubles cognitifs majeurs sont peu fréquents avant 65 ans. À preuve, en 2014-2015, on estime à 0,1 % la proportion des personnes de 40 à 64 ans en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine atteintes de ces troubles, soit environ 55 personnes (0,2 % au Québec). L'encadré à la dernière page indique comment les troubles cognitifs majeurs sont identifiés.

Figure 1 : Prévalence (en %) des troubles cognitifs majeurs dans la population de 65 ans et plus, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), la prévalence des troubles cognitifs majeurs chez les personnes de 65 ans et plus est plus faible en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (6,4 % contre 7,5 %), comme c'est le cas dans tous les RLS de la région, sauf dans La Côte-de-Gaspé où la prévalence ne se différencie pas de celle du Québec (figure 1). Mentionnons cependant que dans les territoires de Rocher-Percé, de La Haute-Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, la moindre prévalence observée avec le Québec est attribuable au fait que la population d'aînés sur ces territoires est un peu plus jeune que celle du Québec, si bien que

lorsqu'on élimine l'effet de l'âge, la prévalence enregistrée par ces trois RLS ne se différencie plus de celle du Québec (résultats non illustrés). Par ailleurs, comme l'indique le tableau 1, l'écart de prévalence entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec s'observe chez les hommes et chez les femmes et tend à s'observer dans tous les groupes d'âge (figure 2, page suivante).

Tableau 1 : Prévalence (en %) des troubles cognitifs majeurs dans la population de 65 ans et plus, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	5,1–	5,8
Femmes	7,5–	8,9
TOTAL	6,4–	7,5

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement au seuil de 0,05.

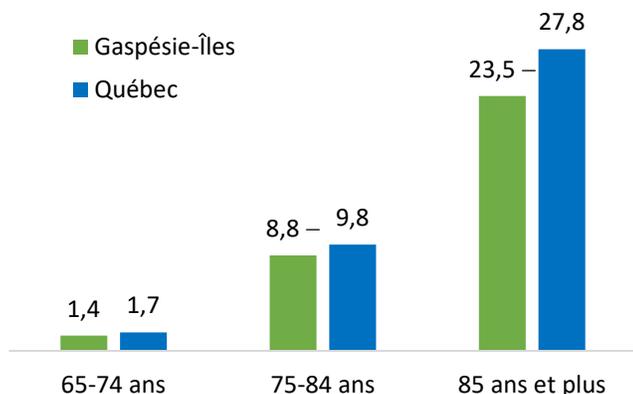
– Valeur significativement inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,01.

Source : INSPQ, SISMACQ; données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes plus nombreux à souffrir de troubles cognitifs majeurs

Avant 70 ans, la prévalence des maladies dégénératives ne varie pas de manière importante entre les hommes et les femmes et ce, dans la région comme au Québec. Toutefois, à compter de 70 ans, à âge égal, la maladie est plus fréquemment diagnostiquée chez les femmes que chez les hommes (résultats non illustrés). Puis comme l'illustre la figure 2, la proportion de personnes atteintes d'un trouble cognitif majeur progresse avec le vieillissement : de 1,4 % chez les 65-74 ans, la prévalence explose à 24 % chez les 85 ans et plus.

Figure 2 : Prévalence (en %) des troubles cognitifs majeurs dans la population de 65 ans et plus selon l'âge, 2014-2015



Évolution des troubles cognitifs majeurs depuis 2000

Au début des années 2000, 3,2 % des aînés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffraient d'un trouble cognitif majeur, une proportion qui a progressé à 6,4 % en 2009-2010 et qui est restée relativement stable depuis (figure 3). Comme le montre cette figure, le Québec a connu un patron d'évolution des maladies dégénératives assez semblable à celui de la région. Cette augmentation de la prévalence des troubles cognitifs majeurs en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine jusqu'en 2009-2010 est surtout attribuable à la progression de ces maladies chez les 75-84 ans et encore davantage chez ceux de 85 ans et plus. La prévalence dans ce dernier groupe ayant grimpé de 11 à 22 % entre 2000-2001 et 2009-2010 pour se stabiliser à 23-24 % les années suivantes. Ces résultats suggèrent que l'augmentation de l'espérance de vie a contribué à la hausse de la prévalence des troubles cognitifs majeurs au cours de la décennie 2000. Il est aussi possible qu'une partie de la hausse s'explique par une meilleure connaissance des maladies dégénératives par les médecins et par un recours plus fréquent aux tests de dépistage, aux examens biologiques et à l'imagerie cérébrale, si bien qu'on détecte de plus en plus tôt les personnes atteintes (Helmer, Grasset, Pérès et Dartigues, 2016).

Cela dit, les données des dernières années semblent indiquer un ralentissement, voire une interruption de la progression de la prévalence des troubles cognitifs majeurs au sein de la population (figures 3 et 4). Les données des prochaines années seront nécessaires pour voir comment la prévalence continuera d'évoluer, mais déjà, il est encourageant de constater que

l'incidence, c'est-à-dire le taux de nouveaux cas détectés, a aussi commencé à s'incliner depuis quelques années dans la région et au Québec, comme c'est le cas dans plusieurs pays riches. Ce dernier résultat encourageant pourrait s'expliquer, en partie du moins, par la meilleure prise en charge des risques cardiovasculaires, comme l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, des facteurs qui, lorsque contrôlés, retardent l'apparition des troubles cognitifs, particulièrement la démence vasculaire (Idem, 2016; Langa, 2015).

Néanmoins, l'âge étant le principal facteur de risque des maladies dégénératives, l'augmentation importante du nombre d'aînés dans la région, jumelée à l'augmentation de l'espérance de vie, continue et continuera d'accroître dans les années à venir le nombre de personnes atteintes d'un trouble cognitif majeur, même si la prévalence et l'incidence n'augmentent pas. Pour s'en convaincre, alors que 1 195 aînés de la région étaient atteints d'une maladie dégénérative en 2009-2010, ce nombre a grimpé à 1 400 en 2014-2015, une hausse de 17 % en cinq ans, sans que la prévalence ni l'incidence n'aient progressé.

Figure 3 : Prévalence (en %) des troubles cognitifs majeurs dans la population de 65 ans et plus, 2000-2001 à 2014-2015

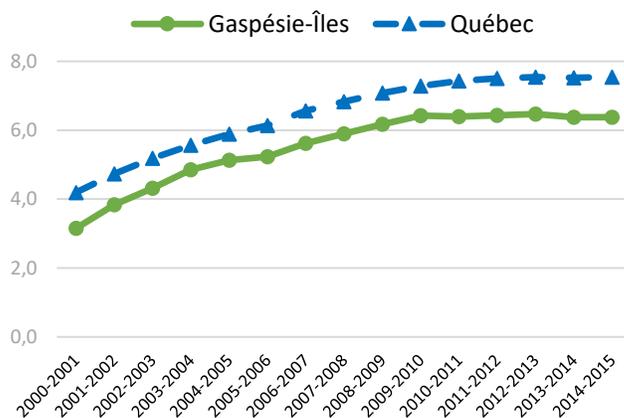
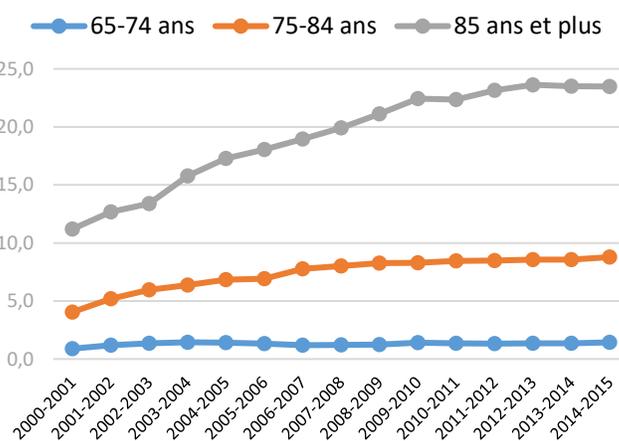


Figure 4 : Prévalence (en %) des troubles cognitifs majeurs dans la population de 65 ans et plus selon l'âge, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2000-2001 à 2014-2015



L'identification des cas de troubles cognitifs majeurs

Les données sur les troubles cognitifs majeurs proviennent du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), lequel contient trois fichiers qui permettent d'identifier les personnes atteintes de ces troubles, soit le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du MSSS, le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ et le fichier des services pharmaceutiques chez les 65 ans et plus. Une personne est considérée souffrir d'un trouble cognitif majeur si, au cours d'une année, elle a :

- un diagnostic principal ou secondaire d'un de ces troubles inscrit au fichier MED-ÉCHO, ou
- trois diagnostics de trouble cognitif majeur au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte à l'intérieur d'une période de deux ans avec au moins 30 jours de délai entre deux réclamations, ou
- une prescription de médicaments spécifiques contre un trouble cognitif majeur: donepezil, rivastigmine, galantamine et memantine.

À noter qu'une personne est considérée comme un cas prévalent pour toutes les années subséquentes à sa première identification (prévalence à vie).

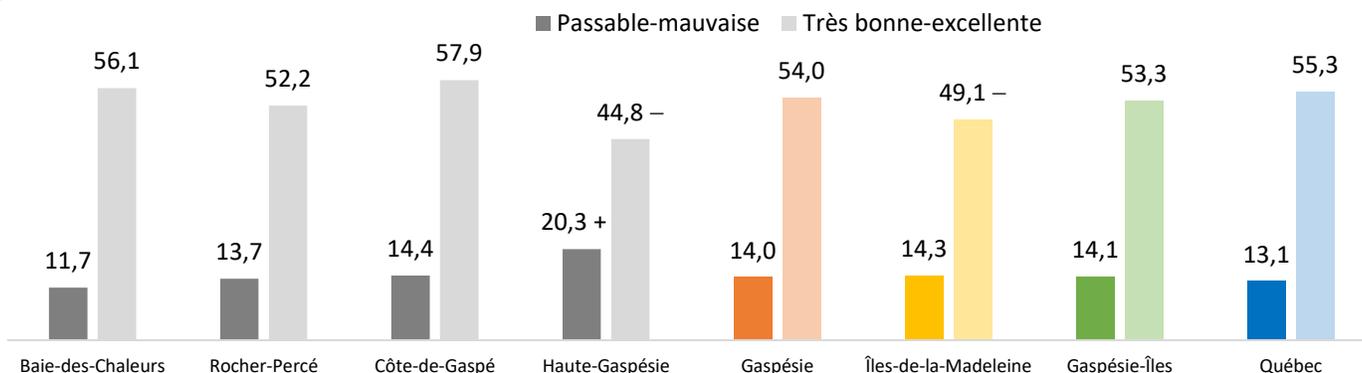
Note : Les codes de la Classification internationale des maladies (CIM) utilisés pour identifier les diagnostics de trouble cognitif majeur sont, pour le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, les codes 290 et 331 de la CIM-9. Pour MED-ÉCHO, les codes sont G30, F00, F01, F02 et F03 de la CIM-10.

La santé buccodentaire

En 2014-2015, **53 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine perçoit sa santé buccodentaire très bonne voire excellente, et à l'opposé, 14 % la perçoivent passable ou mauvaise.

La mesure de la perception qu'ont les gens de leur santé buccodentaire « permet de prendre en compte d'autres facteurs que la maladie, comme les dimensions fonctionnelles et sociales rattachées à la santé buccodentaire (Atchison, Matthias, Dolan, Lubben, De Jong, Schweitzer et Mayer-Oakes, 1993). [...] Cette mesure de perception offre un portrait plus global de la santé buccodentaire qui tient compte non seulement des critères normatifs, mais aussi de ceux des individus (Benigeri, 2000). » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus percevant sa santé buccodentaire passable ou mauvaise et proportion la percevant très bonne ou excellente, 2014-2015



Pour alléger la figure, nous n'inscrivons pas la proportion de la population qui juge sa santé bonne.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population régionale perçoit aussi bien sa santé buccodentaire que la population québécoise : 53 % la perçoivent très bonne ou excellente (55 % au Québec) et à l'opposé, 14 % la perçoivent passable ou mauvaise (13 %) (figure 1). Ce constat régional est vrai, peu importe le sexe, le groupe d'âge et le territoire de résidence (tableau 1 et figure 1). Deux exceptions, les Îles-de-la-Madeleine et La Haute-Gaspésie, deux territoires où la population fait un bilan plus négatif de cet aspect de leur santé que celle du Québec.

Groupes percevant plus négativement leur santé buccodentaire

Les hommes en général ont une perception plus négative de leur santé dentaire que les femmes, de même que les personnes à faible revenu (tableau 1). De plus, les personnes qui ne se brossent pas les dents deux fois par jour et celles qui ne font pas usage de la soie dentaire quotidiennement jugent plus négativement leur santé buccodentaire que les personnes qui atteignent les recommandations. Enfin, 21 % des fumeurs perçoivent passable ou mauvaise leur santé dentaire alors que cette proportion est de 12 % chez les anciens fumeurs ou les non-fumeurs (résultats non illustrés). Pour connaître les

données régionales sur les habitudes d'hygiène buccale et le tabagisme, consulter les documents *L'hygiène buccodentaire* et *L'usage de la cigarette*

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

La perception qu'ont les gens de leur santé dentaire n'a pas varié entre les deux enquêtes (résultats non illustrés). Un constat similaire est fait pour le Québec.

Tableau 1 : Proportion (en %) des 15 ans et plus percevant sa santé buccodentaire passable ou mauvaise, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	16,6	15,3
Femmes	11,7	10,9
Groupe d'âge		
15-24 ans	9,5**	8,1
25-44 ans	12,8	12,4
45-64 ans	15,9	15,1
65 ans et plus	14,2	14,4
Langue parlée à la maison		
Français	13,9	12,5
Anglais	16,5*	13,8
Revenu du ménage†		
Faible revenu	20,5	22,2
Autres ménages	11,4	10,3
TOTAL	14,1	13,1

¹ Cet indicateur est affecté par le changement de mode de collecte entre 2008 et 2014-2015. Les comparaisons avec 2008 sont faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de 2014-2015.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

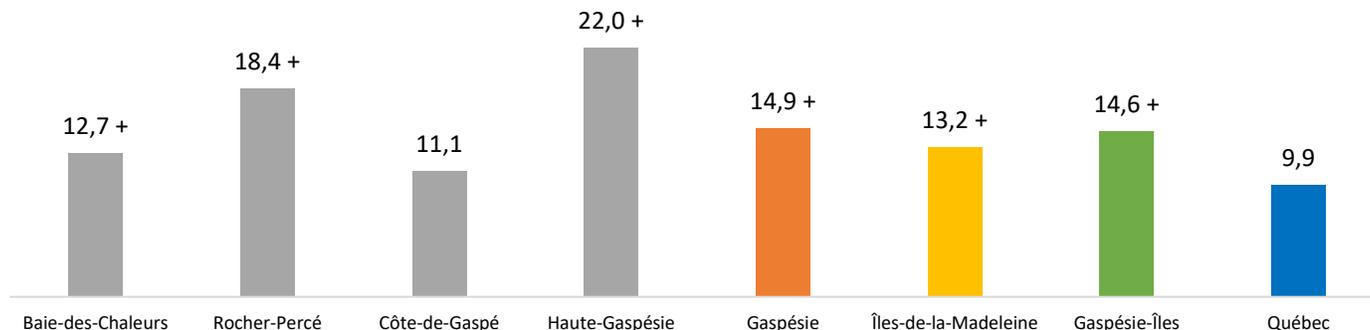
+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.

En 2014-2015, **15 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'a plus aucune dent naturelle, une proportion qui atteint 38 % chez les aînés.

« L'édentation peut entraîner des répercussions psychologiques, sociales et physiques telles que des problèmes d'élocution, de mastication, de nutrition, d'esthétique et d'estime de soi en plus de créer un fardeau financier lié à la fabrication et au remplacement des prothèses dentaires (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). C'est pourquoi la réduction du nombre de personnes édentées est l'un des objectifs de santé buccodentaire de l'Organisation mondiale de la santé pour l'an 2020 (Hobdell, Petersen, Clarkson et Johnson, 2003). » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus n'ayant plus de dents naturelles, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), 15 % de la population régionale de 15 ans et plus est complètement édentée, une proportion clairement supérieure à celle du Québec (9,9 %) (figure 1). Ce résultat en défaveur de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine s'observe systématiquement peu importe le sexe, le groupe d'âge (après 45 ans) et le territoire de résidence, à l'exception de La Côte-de-Gaspé où la proportion de personnes édentées ne se différencie pas statistiquement de celle du Québec (figure 1 et tableau 1). Des résultats moins favorables pour cet indicateur avaient aussi été obtenus en 2008 (Dubé et Parent, 2011).

Groupes plus touchés par l'édentation complète

Les femmes sont plus nombreuses en proportion que les hommes à ne plus avoir de dents naturelles (17 % contre 12 %). Ce problème touche aussi beaucoup plus les aînés que les autres groupes de la population (tableau 1). Chez les aînés, la proportion grimpe de 31 % chez les personnes de 65-74 ans et à plus de 60 % chez celles de 85 ans et plus (résultats non illustrés). De plus, les personnes vivant dans un ménage à faible revenu ont une proportion d'édentation complète nettement supérieure aux autres (28 % contre 9 %). À titre indicatif, les personnes édentées font, à âge égal, un moins bon bilan de leur santé générale que les personnes qui ont au moins une dent naturelle et ont aussi une moins bonne perception de leur santé dentaire (résultats non illustrés).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

En 2008, 18 % de la population régionale n'avait plus de dents naturelles. En 2014-2015, cette proportion est moindre avec 15 % (tableau 1). La baisse est particulièrement marquée chez les aînés où la proportion est passée de 51 % à 38 % entre les deux enquêtes. Le Québec a aussi vu sa prévalence d'édentation diminuer de 11 % à 9,9 % entre les deux enquêtes et de 40 % à 33 % plus spécifiquement chez les aînés.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus n'ayant plus de dents naturelles, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	11,7+	8,6
Femmes	17,4+	11,2
Groupe d'âge†		
15-24 ans	X	1,7*
25-44 ans	X	0,7*
45-64 ans	12,5+	9,0
65 ans et plus	37,5+	33,3
Langue parlée à la maison		
Français	14,7	10,7
Anglais	12,6**	4,7
Revenu du ménage†		
Faible revenu	27,8	18,8
Autres ménages	9,2	7,2
TOTAL	14,6+	9,9

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

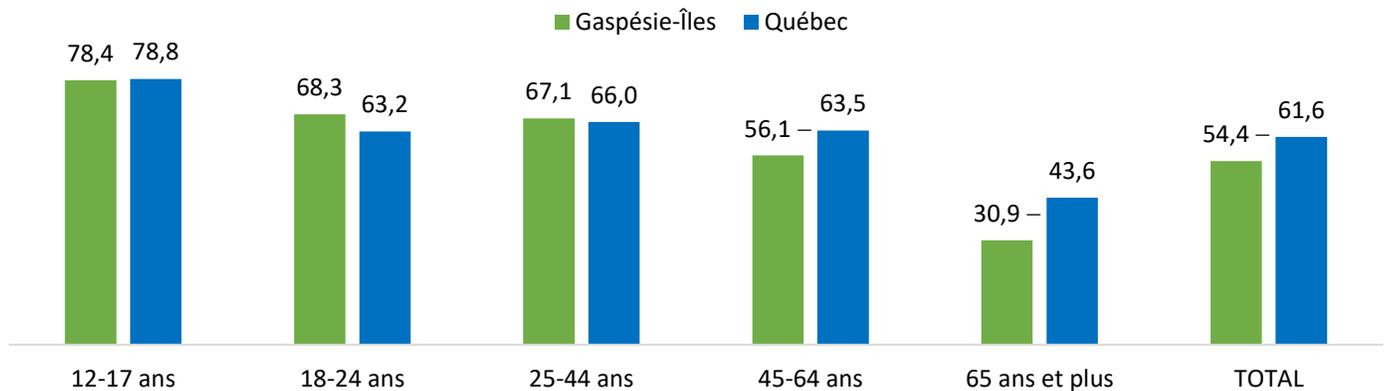
+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. X Donnée confidentielle.

Sources : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Les consultations auprès d'un professionnel de la santé dentaire¹⁰

En 2013-2014, **54 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste dans la dernière année.

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois selon le groupe d'âge, 2013-2014



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), la proportion de la population ayant consulté un professionnel de la santé dentaire au cours d'une année est moindre dans la région qu'au Québec (54 % contre 62 %) (figure 1). Comme l'illustre cette figure, la différence entre la région et le Québec est attribuable aux groupes plus âgés, les résultats ne montrant pas de différences chez les plus jeunes. De plus, bien que l'écart entre la région et le Québec tende à s'observer chez les hommes et chez les femmes, ce n'est que chez ces dernières que la différence est significative statistiquement (tableau 1).

Des résultats moins favorables pour cet indicateur avaient aussi été obtenus en 2007-2008 (Dubé et Parent, 2011).

Groupes consultant dans une moindre proportion

Les personnes âgées (figure 1) ainsi que les personnes vivant dans les ménages au revenu inférieur sont moins susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé dentaire sur une période d'une année (tableau 1).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	52,2	57,2
Femmes	56,6–	65,9
Revenu du ménage† (échelle provinciale)		
Inférieur (quintile 1)	38,3	43,5
Moyen (Q3)	59,4	61,7
Supérieur (Q5)	74,9	81,1
TOTAL	54,4–	61,6

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.
+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

¹⁰ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

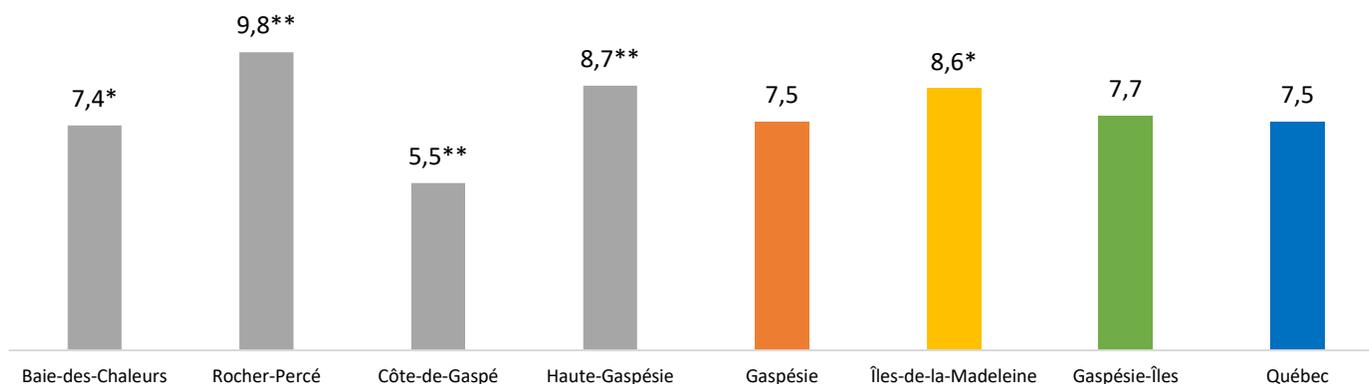
La santé au travail

En 2014-2015, **7,7 %** des travailleurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont souvent ou tout le temps exposés à du bruit intense en milieu de travail.

Dans cette fiche, un travailleur est exposé à du bruit intense en milieu de travail, si le bruit est à ce point intense qu'il est difficile de tenir une conversation à quelques pieds de distance, même en criant (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

« Les effets du bruit sur la santé sont plus larges que les effets permanents et irréversibles sur l'audition (pertes auditives et acouphènes). L'exposition chronique au bruit au travail a des effets endocriniens et biochimiques et augmente en conséquence le risque d'hypertension artérielle, le risque de donner naissance à un bébé de petit poids (Croteau, Poulin, Goulet et Trottier, 2010) ainsi que le risque d'accidents de travail (blessures, décès) (Deshaies et al., 2015). » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

Figure 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus exposés souvent ou tout le temps à du bruit intense en milieu de travail, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la proportion des travailleurs de 15 ans et plus dans la région exposés souvent ou très souvent à du bruit intense en milieu de travail ne se différencie pas de celle du Québec (7,7 % contre 7,5 %), un constat qui est vrai dans tous les RLS de la région (figure 1) et chez les deux sexes.

Groupes davantage exposés au bruit intense

Au Québec comme dans la région, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à être exposés souvent ou tout le temps à du bruit intense en milieu de travail (tableau 1).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

Entre les deux enquêtes, la proportion de travailleurs de la région exposés souvent ou toujours à du bruit intense au travail n'a pas connu de variation significative (7,3 % en 2008 contre 7,7 % en 2014-2015). Il en va de même au Québec (résultats non illustrés).

Tableau 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus exposés souvent ou tout le temps à du bruit intense en milieu de travail, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	11,8	10,8
Femmes	3,4*	4,0
TOTAL	7,7	7,5

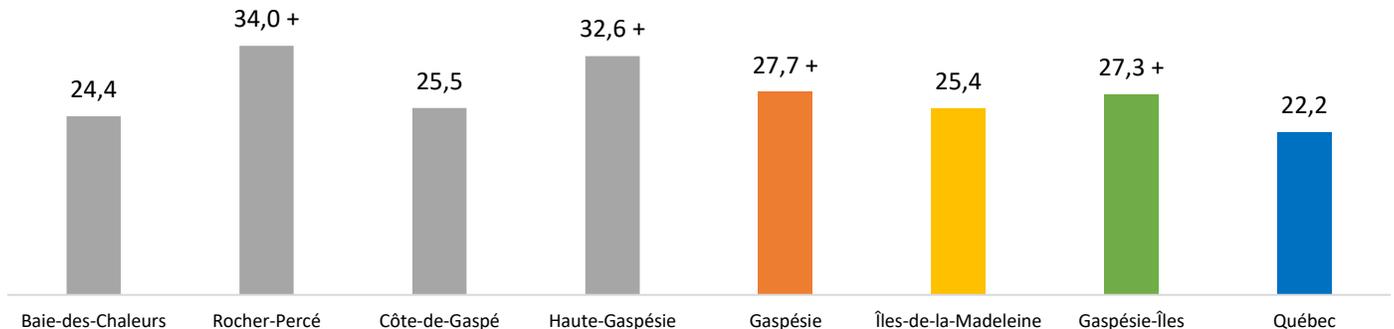
Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, 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, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

En 2014-2015, **27 %** des travailleurs de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail.

Les contraintes physiques documentées dans l'*Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)* réfèrent aux facteurs biomécaniques comme les efforts physiques, le travail répétitif, les postures contraignantes, la manutention de charges lourdes et les vibrations. Ces facteurs ont été retenus en raison de leur relation avec diverses **lésions musculosquelettiques** (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Figure 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la proportion de travailleurs exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail dépasse celle du Québec (27 % contre 22 %) (figure 1). Comme l'illustre cette figure, ce sont principalement les territoires de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie qui participent à cette différence avec le Québec. Également, les résultats au tableau 1 montrent que l'écart entre la région et le Québec est surtout attribuable aux hommes, mais est quasi systématique peu importe le groupe d'âge. En complément d'information, ajoutons que 12 % des travailleurs de la région ne sont pas du tout exposés à des contraintes physiques en milieu de travail (21 % au Québec), 32 % y sont exposés à un niveau faible (35 % au Québec) et 29 % à un niveau modéré (22 % au Québec) (résultats non illustrés).

Groupes plus nombreux à être exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail

Comme on peut le lire au tableau 1, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes, en proportion, à être exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail (36 % contre 18 %). De même, au Québec, et la même tendance est observée en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les jeunes de 15-24 ans affichent la plus forte proportion, alors que les travailleurs de 65 ans et plus obtiennent la plus faible. Pour ce qui est de la langue, les francophones au Québec sont

proportionnellement plus nombreux que les anglophones à être exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail. Bien que non significatifs, les résultats régionaux vont aussi en ce sens (28 % contre 20 %). Enfin, les travailleurs vivant dans des ménages à faible revenu sont plus exposés à ce type de contraintes que les autres travailleurs, et ce, tant dans la région (37 % contre 26 %) qu'au Québec.

Tableau 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, 2014-2015

	Gaspésie–Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	36,1+	28,7
Femmes	18,2	15,1
Groupe d'âge		
15-24 ans	37,2	32,6
25-44 ans	27,1+	21,2
45-64 ans	25,6+	20,6
65 ans et plus	20,8**+	8,7
Langue parlée à la maison		
Français	27,7	23,1
Anglais	19,5**	13,6
Revenu du ménage†		
Faible revenu	37,0	31,2
Autres ménages	25,6	20,7
TOTAL	27,3+	22,2

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

(Suite) Groupes plus nombreux à être exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail

Le tableau 2 présente certaines caractéristiques du travail associées à un niveau élevé d'exposition aux contraintes physiques. On y constate, sans surprise, qu'une exposition élevée à ce type de contraintes en milieu de travail est plus fréquente chez les travailleurs manuels (ex. : travailleurs forestiers, mineurs, travailleurs des industries de transformation et opérateurs de machines à coudre) (44 %). Bien que moindre, la proportion des travailleurs mixtes (ex. : infirmières auxiliaires, vétérinaires, pompiers, contremaîtres supervisant les travailleurs des industries de transformation, coiffeurs et barmans) exposés à un niveau élevé de contraintes physiques doit être soulignée (32 %). Au regard du secteur d'activité économique, les résultats pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine font ressortir que les travailleurs de la construction et du secteur manufacturier sont plus exposés à un niveau élevé de contraintes physiques que les autres travailleurs (57 %) tandis que ceux des services le sont moins (20 %). Notons qu'au Québec, les différences observées entre les types de profession et celles entre les secteurs d'activité économique persistent même quand on contrôle pour le nombre d'heures travaillées par semaine par les travailleurs (ces analyses ne sont pas possibles dans la région). Finalement, l'exposition à un niveau élevé de contraintes physiques est particulièrement marquée chez les travailleurs faisant 50 heures ou plus de travail par semaine (48 % contre moins de 26 % chez les autres travailleurs) (tableau 2).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

La proportion de travailleurs de la région exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail n'a pas varié entre les deux éditions de l'enquête (28 % en 2008 contre 27 % en 2014-2015). Le même constat est observé au Québec (résultats non illustrés).

Tableau 2 : Proportion (en %) des travailleurs exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail selon certaines caractéristiques du travail, 2014-2015

	Gaspésie- Îles	Québec
Type de profession^{1†}		
Manuel	44,4	53,7
Non manuel	8,5*	4,5
Mixte	32,4	26,8
Activité économique[†]		
Secteur primaire	44,8	52,9
Construction	56,3	54,9
Fabrication (sect. manif.)	57,3	36,4
Services	20,3	17,0
Heures travaillées/semaine (ensemble des emplois)[†]		
Moins de 30 heures	22,2*	19,8
30 à 40 heures	23,9	21,4
41 à 49 heures	25,8	23,0
50 heures et plus	47,5	33,0
TOTAL	27,3+	22,2

¹ Pour connaître la définition plus précise des types de profession, consulter (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 166).

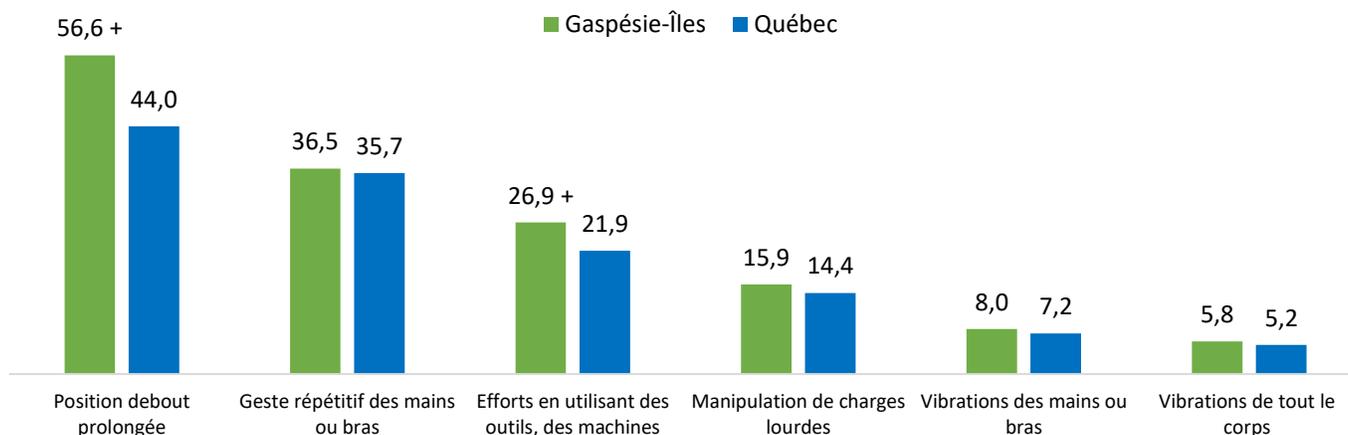
Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon les diverses caractéristiques du travail.

Les types de contraintes physiques

La figure 2 illustre que la position debout prolongée est la contrainte la plus fréquente en milieu de travail et que les travailleurs de la région y sont plus souvent exposés à un niveau

élevé que les travailleurs québécois (57 % contre 44 %), un constat qui est vrai chez les hommes et chez les femmes (résultats non illustrés selon le sexe).

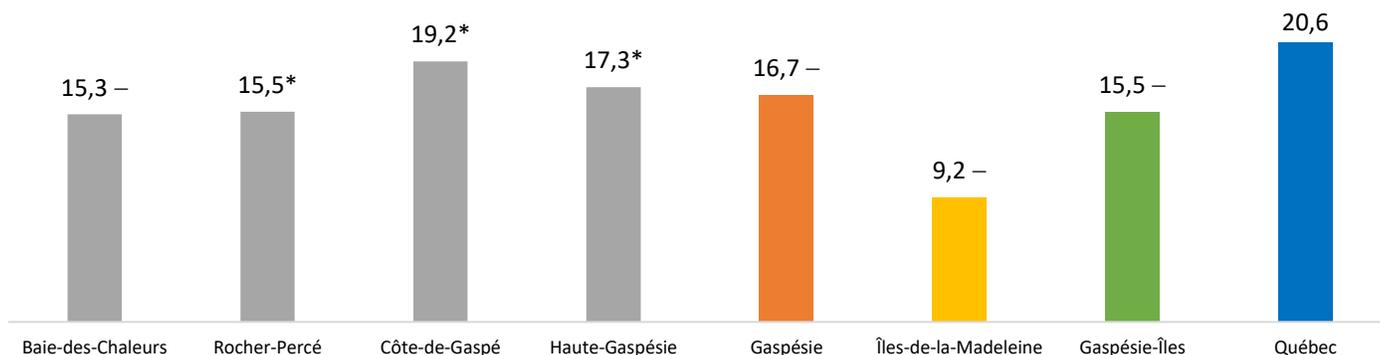
Figure 2 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail selon le type de contraintes, 2014-2015



En 2014-2015, **16 %** des travailleurs de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont subi du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois.

« En 2002 au Québec, la Loi sur les normes du travail introduit une protection particulière pour les victimes de harcèlement psychologique, et prévoit notamment que l'employeur fournisse à ses salariés un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique. La Loi définit le harcèlement psychologique comme étant une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. Une seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu chez le salarié. » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 173)

Figure 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant subi du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



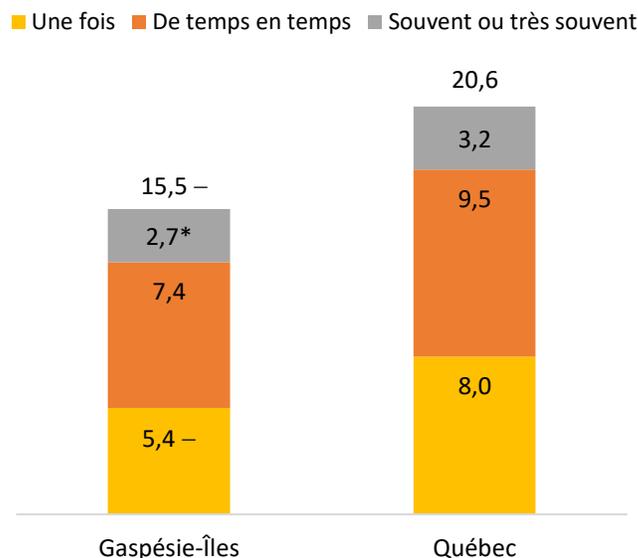
Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la proportion de travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique, c'est-à-dire des paroles ou des actes répétés qui ont porté atteinte à leur dignité ou à leur intégrité, est moindre en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (figure 1). Ce constat en faveur de la région tend à s'observer en général, peu importe le sexe, le groupe d'âge et le territoire local de résidence, bien que les écarts observés avec le Québec ne soient pas tous significatifs statistiquement (tableau 1 et figure 1).

La figure 2 indique la fréquence du harcèlement subi au cours de la dernière année. On constate que 5,4 % des travailleurs de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont subi une fois ce genre de violence sur une période de 12 mois, 7,4 % de temps en temps et 2,7 % souvent ou très souvent.

À titre indicatif, parmi les travailleurs de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ayant subi du harcèlement psychologique, environ 41 % l'ont été par des collègues, 41 % par des supérieurs, 26 %* par des personnes à l'extérieur de l'organisation et 7 %** par des employés sous leur responsabilité (résultats non illustrés).

Figure 2 : Répartition (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant subi du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois selon la fréquence des événements, 2014-2015



Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. X Donnée confidentielle.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes plus nombreux à subir du harcèlement

Au Québec, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à être la cible de harcèlement psychologique au travail, et ce, peu importe les caractéristiques de leur emploi. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les femmes ont aussi tendance à subir davantage de harcèlement psychologique que les hommes bien que l'écart ne soit pas significatif (17 % contre 14 %) (tableau 1). Pour ce qui est de l'âge, outre le fait que les travailleurs de 65 ans et plus sont moins susceptibles de subir ce type de violence que ceux des autres groupes d'âge, les résultats ne font ressortir aucune différence selon l'âge des travailleurs, et ce, au Québec comme dans la région. Par ailleurs, au Québec, les travailleurs vivant dans des ménages à faible revenu sont plus nombreux, en proportion, que les autres à déclarer avoir subi du harcèlement psychologique au travail (24 % contre 20 %). Les résultats régionaux vont aussi en ce sens bien qu'ils ne soient pas significatifs statistiquement. Au chapitre de la scolarité, les résultats provinciaux indiquent que la proportion de travailleurs victimes de cette forme de violence au travail est plus élevée chez ceux détenant un diplôme d'études collégiales (23 %) que chez ceux sans diplôme d'études secondaires (DES) (19 %) ou avec un diplôme universitaire (20 %). Ce résultat tend à s'observer dans la région, quoique les écarts ne soient pas suffisants pour être significatifs au plan statistique.

Nous avons également examiné les liens entre le harcèlement psychologique au travail et des variables associées à l'emploi. Au chapitre d'abord du statut d'emploi, le harcèlement psychologique au travail est plus fréquent chez les travailleurs occupant un emploi permanent que chez les autres (18 % contre 9,2 %) (figure 3). Pour ce qui est de la syndicalisation, 22 % des travailleurs syndiqués ont été la cible de harcèlement psychologique au travail sur une période de 12 mois contre 12 % des travailleurs non syndiqués et 10 % des travailleurs autonomes. Puis, au Québec, les travailleurs qui œuvrent dans le secteur des services sont plus nombreux en proportion à subir du harcèlement psychologique au travail (21 %) que ceux du secteur primaire (agriculture, pêche, exploitation forestière

et minière) (14 %) et du secteur de la construction (16 %). Bien qu'il faille être prudent avec les données régionales en raison de leur grande imprécision, les résultats obtenus vont aussi en ce sens. Enfin, la figure 3 illustre que l'écart en faveur de la région eu égard aux travailleurs subissant du harcèlement psychologique au travail est systématique, peu importe les caractéristiques du travail.

Évolution entre 2008 et 2014-2015

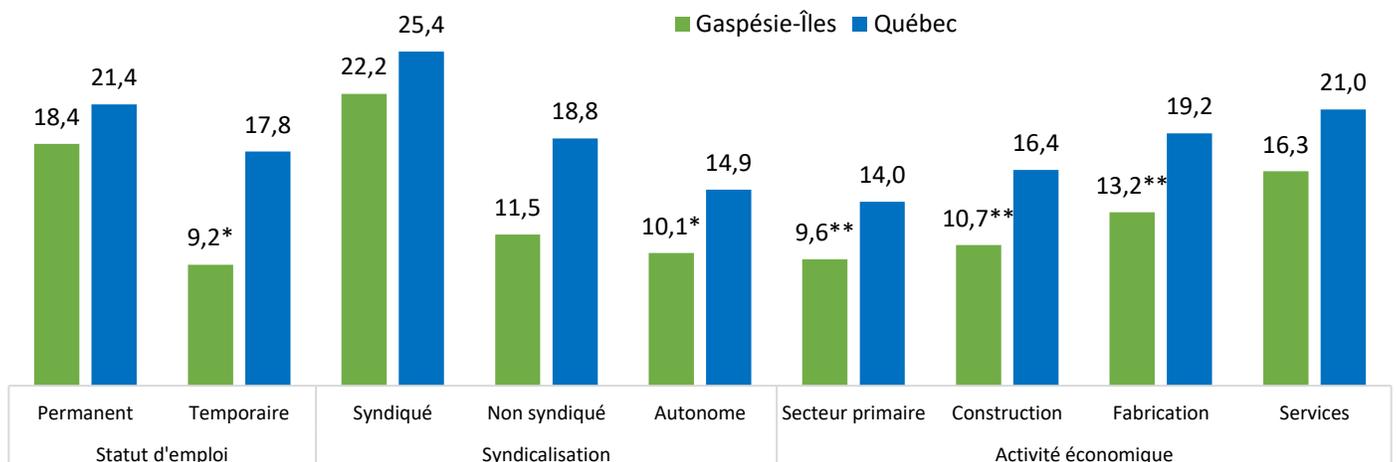
C'est la première fois que le harcèlement psychologique au travail est mesuré dans l'EQSP si bien qu'on ne peut comparer la situation de 2014-2015 avec celle de 2008.

Tableau 1 : Proportion (%) des travailleurs de 15 ans et plus ayant subi du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	13,9-	18,1
Femmes	17,1-	23,4
Groupe d'âge		
15-24 ans	16,2**	19,2
25-44 ans	18,5	21,4
45-64 ans	14,2-	21,0
65 ans et plus	X	11,9
Langue parlée à la maison		
Français	15,0	20,4
Anglais	25,4**	22,2
Revenu du ménage		
Faible revenu	17,4*	23,8
Autres ménages	15,1	20,2
Scolarité		
Sans DES	13,1*	19,4
Avec DES	12,2*	20,4
Diplôme d'études coll.	18,6	22,5
Diplôme universitaire	16,3*	19,6
TOTAL	15,5-	20,6

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue, le revenu et la scolarité (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

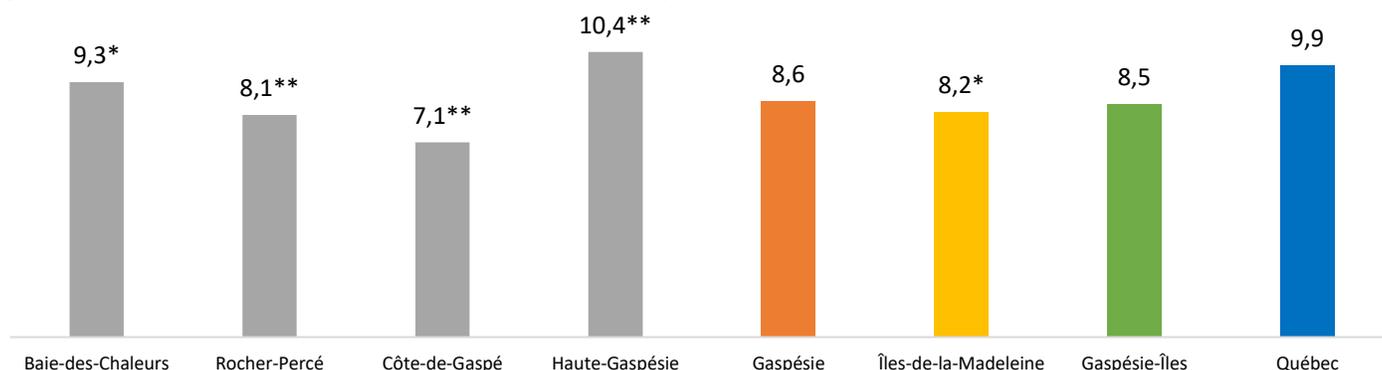
Figure 3 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant subi du harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques du travail, 2014-2015



En 2014-2015, **8,5 %** des travailleurs de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine éprouvent des difficultés à concilier leur vie professionnelle avec leurs engagements sociaux et familiaux.

« La conciliation travail-famille fait référence à la recherche de l'équilibre entre les exigences et les responsabilités liées à la vie professionnelle et celles liées à la vie familiale (Bureau de la normalisation du Québec, 2010). Le conflit entre le travail et la vie personnelle est associé à des conséquences négatives pour la santé (Allen et autres, 2000; Winter et autres, 2006), affectant la santé mentale, mais aussi la santé physique (St-Amour et autres, 2005). En général, les travailleurs déclarant avoir beaucoup de difficultés à concilier travail et famille souffrent jusqu'à 12 fois plus d'épuisement professionnel et de 2 à 3 fois plus de dépression que les travailleurs ayant une plus grande facilité à concilier ces deux sphères (WHO, 2010). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 169)

Figure 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant des difficultés de conciliation travail-famille, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (EQSP), la proportion de travailleurs ayant des difficultés à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ne se différencie pas de celle du Québec (8,5 % contre 9,9 %). Ce constat global est vrai chez les deux sexes, dans tous les groupes d'âge et dans tous les territoires locaux (figure 1 et tableau 1 à la page suivante).

Mesure des difficultés de conciliation travail-famille

Dans l'EQSP, une seule question est posée pour mesurer cet indicateur : « En général, comment vos horaires de travail s'accordent-ils avec vos engagements sociaux et familiaux en dehors de votre travail? » Les catégories de réponse sont : *Très bien*, *Bien*, *Pas très bien* et *Pas bien du tout*. On regroupe les catégories *Pas très bien* et *Pas bien du tout* afin de déterminer la proportion des travailleurs ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 169).

Groupes plus nombreux à éprouver des difficultés de conciliation travail-famille

Au Québec, les hommes sont plus nombreux, en proportion, que les femmes à avoir des difficultés à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux; une tendance, bien que non significative, aussi observée dans la région (tableau 1). Cette différence entre les hommes et les femmes semble toutefois être le reflet du nombre généralement plus élevé d'heures que consacrent les hommes au travail, car lorsqu'on tient compte du nombre d'heures travaillées par semaine, la proportion de Québécoises à éprouver des difficultés de conciliation travail-famille est généralement plus élevée que celle des Québécois (figure 2 à la page suivante). En fait, à partir des données dont on dispose, le nombre d'heures travaillées par semaine semble être une des variables, sinon la variable, la plus fortement associée au fait d'éprouver des difficultés à accorder ses horaires de travail avec ses engagements sociaux et familiaux, et ce, en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine comme au Québec.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. X Donnée confidentielle.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

(Suite) Groupes plus nombreux à éprouver des difficultés de conciliation travail-famille

Les données provinciales mettent aussi en évidence qu'en général, les travailleurs manuels (ex. : travailleurs forestiers, mineurs, travailleurs des industries de transformation, opérateurs de machine à coudre) et les travailleurs mixtes (infirmières auxiliaires, vétérinaires, pompiers, barmans, coiffeurs et magasiniers) ont davantage de difficultés à concilier ces deux sphères de leur vie que les travailleurs non manuels (ex. : directeurs, enseignants et personnel administratif)¹¹. Ce constat n'est toutefois vrai que pour les travailleurs faisant moins de 40 heures par semaine, car au-delà de 40 heures, le type de profession n'est plus associé aux difficultés de conciliation travail-famille (résultats non illustrés). Ces résultats pour les travailleurs mixtes et manuels s'expliquent peut-être, en partie du moins, par des horaires de travail plus souvent atypiques (soir, nuit, fin de semaine) chez ce type de travailleurs que chez les autres travailleurs, les horaires atypiques facilitant moins la conciliation travail-famille.

Cela dit, toujours au Québec, c'est chez les travailleurs de 15-24 ans et de 25-44 ans qu'on trouve les plus fortes proportions de travailleurs à connaître des difficultés à concilier leur travail avec leurs engagements sociaux et familiaux (tableau 1). Ce résultat ne serait cependant pas attribuable au nombre d'heures travaillées par semaine ni à la composition du ménage. Les résultats à l'échelle provinciale font aussi ressortir une plus forte proportion de travailleurs éprouvant des difficultés de conciliation travail-famille chez les anglophones que chez les francophones (13 % contre 9,3 %) de même que chez les travailleurs vivant dans des ménages à faible revenu (13 % contre 9,2 %) (tableau 1). Enfin, les données de ce tableau indiquent que les travailleurs québécois en couple sans enfant sont les moins nombreux, en proportion, à connaître des difficultés à concilier ces sphères de leur vie. La trop grande imprécision des données régionales ne permet pas de conclure

pour ce qui est des liens entre les difficultés de conciliation travail-famille et l'âge, la langue, le revenu du ménage et la composition du ménage.

Évolution entre 2008 et 2014-2015

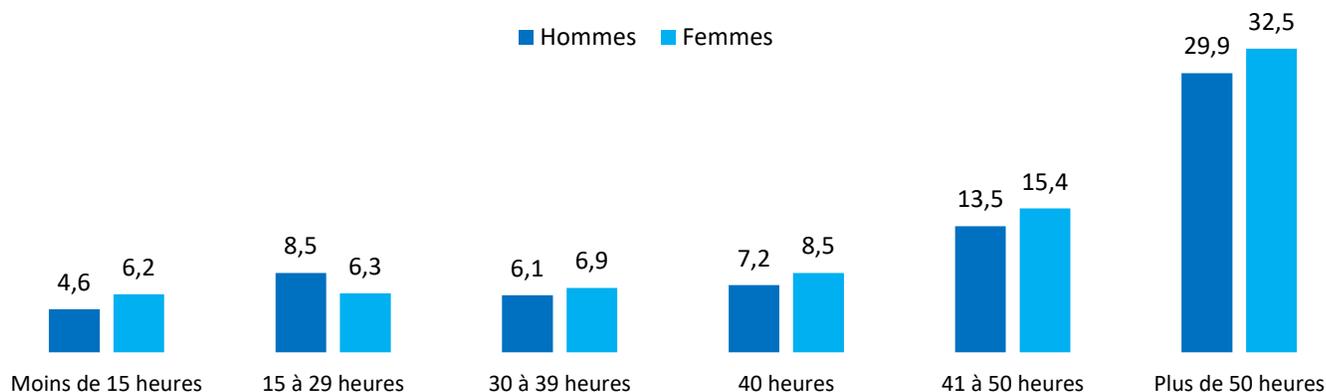
C'est la première fois que la conciliation travail-famille est mesurée dans l'EQSP, si bien qu'on ne peut comparer la situation de 2014-2015 avec celle de 2008.

Tableau 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant des difficultés de conciliation travail-famille, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	9,5	10,8
Femmes	7,6*	8,9
Groupe d'âge		
15-24 ans	4,9**	10,3
25-44 ans	10,9*	12,0
45-64 ans	7,8*	7,9
65 ans et plus	X	3,1*
Langue parlée à la maison		
Français	8,1	9,3
Anglais	17,2**	12,7
Revenu du ménage		
Faible revenu	8,6**	13,3
Autres ménages	8,5	9,2
Composition du ménage		
Personne seule	16,3**	9,8
Couple sans enfant	5,6*	8,4
Couple avec enfants	9,1*	10,0
Famille monoparentale	11,0**	10,1
Autre ¹	7,4**	11,5
TOTAL	8,5	9,9

¹ Ménage composé de personnes apparentées par des liens autres que conjugués ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires). Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue, le revenu et la composition du ménage (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Figure 2 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant des difficultés de conciliation travail-famille selon le sexe et le nombre d'heures totales de travail par semaine, QUÉBEC, 2014-2015



Dans cette figure, aucun test statistique n'a été fait pour comparer les Québécois et les Québécoises.

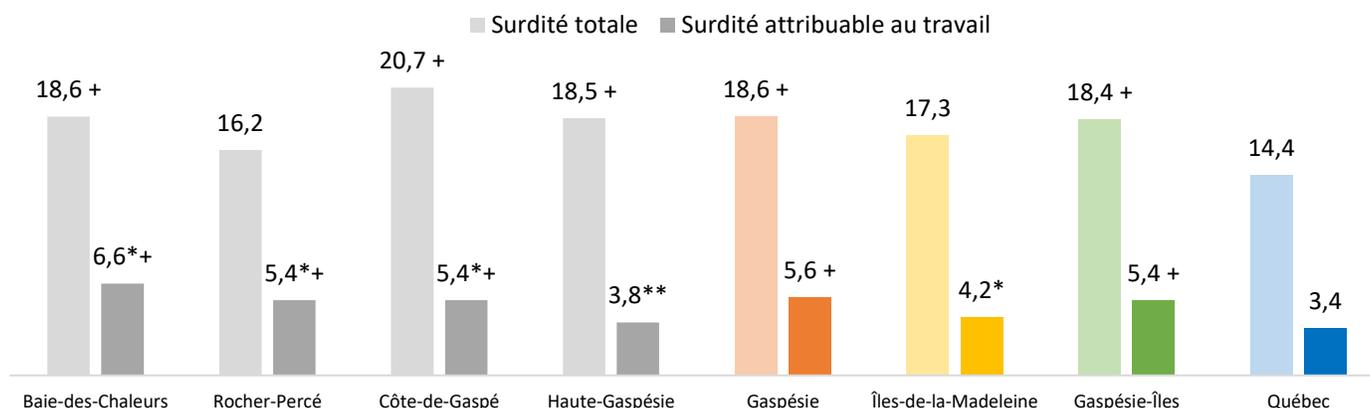
¹¹ Pour connaître la définition plus précise des types de profession, consulter Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 166.

En 2014-2015, **5,4 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre de surdité attribuable au travail.

Précisons d'abord qu'en 2014-2015, 18 % de l'ensemble de la population régionale de 15 ans et plus souffre de surdité, qu'elle soit attribuable ou non au travail, une prévalence supérieure à celle du Québec (14 %) (figure 1). Toutefois, cet écart avec le Québec est uniquement le reflet de notre population plus vieille, car à âge égal, la prévalence de cette affection dans la région ne se différencie pas de celle du Québec (résultats non illustrés).

« La surdité professionnelle réfère à des atteintes auditives neurosensorielles causées par une *exposition au bruit en milieu de travail*. Une étude québécoise a montré une nette augmentation des nouveaux cas de surdité professionnelle acceptés par la CSST [maintenant la CNESST] entre 1997 et 2012 (Michel et autres, 2014; Funes et autres, 2015). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 189) « Les données d'enquêtes populationnelles permettent d'avoir un état de situation plus complet que les données administratives telles celles provenant de la CNESST, puisque celles-ci se limitent uniquement aux réclamations déposées par les travailleurs et acceptées par la CNESST. » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus souffrant de surdité attribuable au travail, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), 5,4 % de la population de 15 ans et plus en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffre de surdité (ou a de la difficulté à entendre) à cause d'une exposition actuelle ou passée au *bruit en milieu de travail* (figure 1). Cette prévalence de surdité professionnelle surpasse celle du Québec (3,4 %) et bien qu'une partie de l'écart soit attribuable au fait que notre population est plus vieille que celle du Québec, une différence persiste quand on contrôle pour ce facteur démographique (prévalence ajustée : 4,6 % contre 3,4 %). Comme on peut le lire au tableau 1, cet écart avec le Québec est vrai chez les hommes et chez les femmes. Enfin, bien que les données à l'échelle locale souffrent d'une grande imprécision et qu'il faille être prudent dans leur interprétation, la Baie-des-Chaleurs, le Rocher-Percé et La Côte-de-Gaspé obtiennent tous une proportion de personnes souffrant de surdité professionnelle supérieure à celle du Québec (figure 1).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus souffrant de surdité attribuable au travail, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	9,0+	5,9
Femmes	2,0*+	1,0
Groupe d'âge†		
15-24 ans	X	0,3**
25-44 ans	2,0**	0,8
45-64 ans	4,4*	4,8
65 ans et plus	12,1+	7,6
Langue parlée à la maison		
Français	5,5	3,7
Anglais	4,8**	1,7*
Revenu du ménage		
Faible revenu	7,0*	3,8
Autres ménages	4,7	3,4
TOTAL	5,4+	3,4

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. X Donnée confidentielle.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes plus nombreux à souffrir de surdité professionnelle

Toutes proportions gardées, les hommes sont clairement plus nombreux que les femmes à être affectés d'une surdité attribuable au travail (9,0 % contre 2,0 %) (tableau 1). Cette condition est aussi plus souvent rencontrée chez les personnes de 65 ans et plus (12 %). Toutefois, aucune différence significative ne se dégage entre les francophones et les anglophones ni entre les personnes vivant dans des ménages à faible revenu et les autres.

Cela dit, les personnes qui souffrent d'une surdité professionnelle ont pu développer cette condition dans le milieu de travail actuel ou lors d'un emploi précédent. C'est pourquoi il n'est pas opportun d'examiner les associations entre ce problème et les caractéristiques du travail actuel.

Évolution entre 2008 et 2014-2015

La surdité attribuable au travail n'a pas été mesurée lors de la première édition de l'enquête si bien qu'on ne peut comparer la situation de 2014-2015 avec celle de 2008.

Par ailleurs, comme nous le disions plus tôt, le nombre de cas de surdité professionnelle acceptés par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) est en hausse au Québec et les données de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vont aussi en ce sens. En effet, alors qu'une moyenne de 40 cas de surdité attribuable au travail étaient acceptés annuellement par la CNESST à la fin des années 90 dans la région, cette moyenne annuelle a grimpé à 86 cas au cours des trois années 2012 à 2014 (résultats non illustrés) (données extraites de l'Infocentre de santé publique).

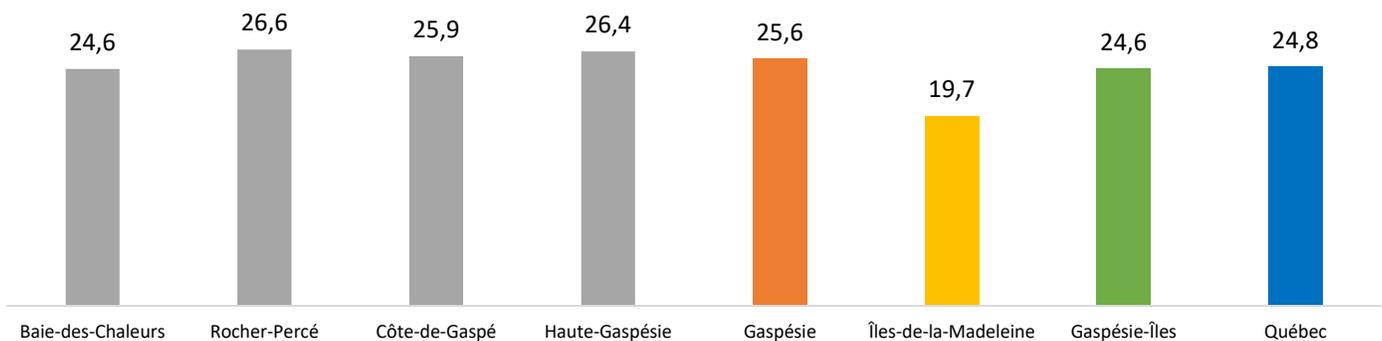
Les troubles musculosquelettiques liés au travail

En 2014-2015, **25 %** des travailleurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine souffrent d'un trouble musculosquelettique d'origine non traumatique lié au travail.

Dans cette fiche, un travailleur est considéré avoir un trouble musculosquelettique (TMS) non traumatique attribuable au travail s'il a ressenti des douleurs importantes (souvent ou tout le temps) au cou, au dos, aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs, qui l'ont dérangé durant ses activités quotidiennes, et si ses douleurs étaient reliées partiellement ou entièrement à son emploi principal actuel, mais non causées par un accident de travail (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

« Le terme trouble musculosquelettique (TMS) réfère à un ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur au cou, au dos, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. La prévention des TMS non traumatiques liés au travail est un objectif du Programme national de santé publique 2015-2025 (MSSS, 2015) et une priorité d'action du Plan stratégique de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST, 2010) ». (Camirand, Traoré e Baulne, 2016, page 185)

Figure 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant eu un trouble musculosquelettique d'origine non traumatique lié à l'emploi principal actuel au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la proportion de travailleurs de 15 ans et plus dans la région souffrant d'un TMS d'origine non traumatique lié au travail ne se distingue pas de celle du Québec. Ce constat est vrai, peu importe le sexe, le groupe d'âge et le territoire local de résidence des travailleurs (tableau 1 et figure 1).

Groupes plus nombreux à souffrir d'un TMS non traumatique lié au travail

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, en proportion, à avoir un TMS non traumatique attribuable au travail (30 % contre 20 %) (tableau 1), et ce, peu importe la région corporelle atteinte (figure 3). De plus, au Québec, les TMS non traumatiques sont plus souvent rencontrés chez les travailleurs de 45 à 64 ans que dans les autres groupes d'âge, une tendance, bien que non significative, aussi notée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant eu un trouble musculosquelettique d'origine non traumatique lié à l'emploi principal actuel au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	19,7	19,5
Femmes	29,7	30,5
Groupe d'âge		
15-24 ans	20,7*	22,3
25-44 ans	22,6	23,5
45-64 ans	27,2	28,0
65 ans et plus	22,7**	13,9
Langue parlée à la maison		
Français	24,2	25,4
Anglais	30,2*	19,0
Revenu du ménage		
Faible revenu	30,5	27,6
Autres ménages	23,5	24,3
TOTAL	24,6	24,8

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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 2008 et 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

(Suite) Groupes plus nombreux à souffrir d'un TMS non traumatique lié au travail

Pour ce qui est de la langue, les résultats ne permettent pas de conclure à un écart entre les francophones et les anglophones de la région. Quant au revenu du ménage, les données provinciales au tableau 1 indiquent que les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu sont plus nombreux, en proportion, à souffrir d'un TMS non traumatique lié au travail que les autres travailleurs. Bien que non significatives, les données régionales vont aussi en ce sens.

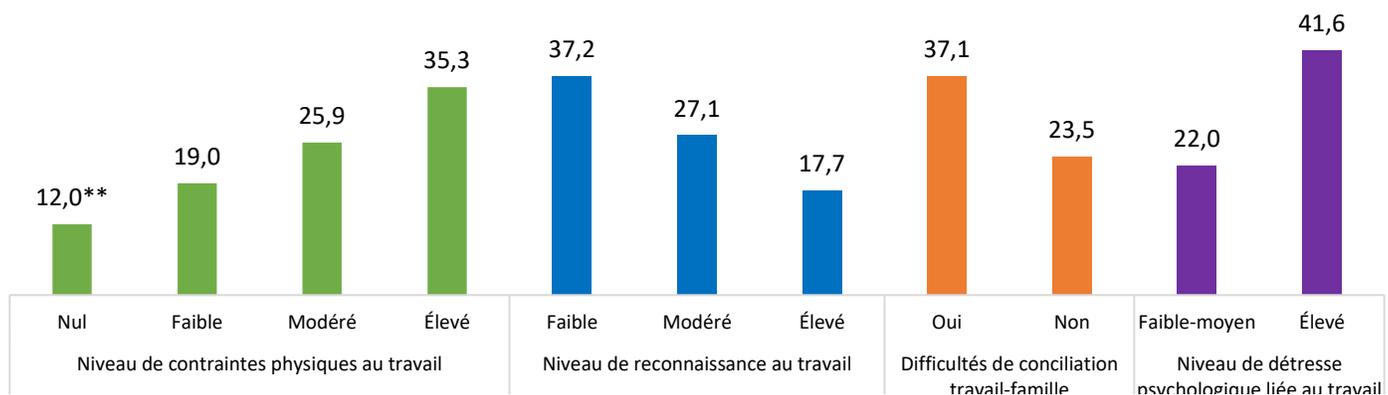
Certaines caractéristiques du travail sont associées à une fréquence plus élevée des TMS (figure 2). Cette figure illustre d'abord le gradient très net exercé par le niveau de **contraintes physiques** sur la prévalence de ces troubles chez les travailleurs de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la prévalence des TMS passant de 12 % à 35 % entre les niveaux extrêmes (12 % à 39 % au Québec). À l'inverse, plus le niveau de reconnaissance au travail est élevé, plus la prévalence de ces troubles diminue

chez les travailleurs de la région. Des analyses supplémentaires faites sur les données provinciales indiquent que chez les travailleurs avec un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, la prévalence des TMS est de 29 % lorsque les travailleurs ont un niveau élevé de reconnaissance au travail et grimpe à 50 % chez ceux avec un niveau faible de reconnaissance (résultats non illustrés). La figure 2 montre aussi le lien entre les **difficultés de conciliation travail-famille** et les TMS non traumatiques liés au travail ainsi que celui entre ces problèmes et le niveau de **détresse psychologique**. Précisons qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les analyses ne font ressortir aucune association entre les TMS liés au travail et le nombre d'heures travaillées par semaine et le secteur d'activité économique (résultats non illustrés).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

Les TMS d'origine non traumatique liés au travail n'ont pas été mesurés lors de la première édition de l'enquête si bien qu'on ne peut comparer la situation de 2014-2015 avec celle de 2008.

Figure 2 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant eu un trouble musculosquelettique d'origine non traumatique lié à l'emploi principal actuel au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques du travail, Gaspésie-Îles, 2014-2015

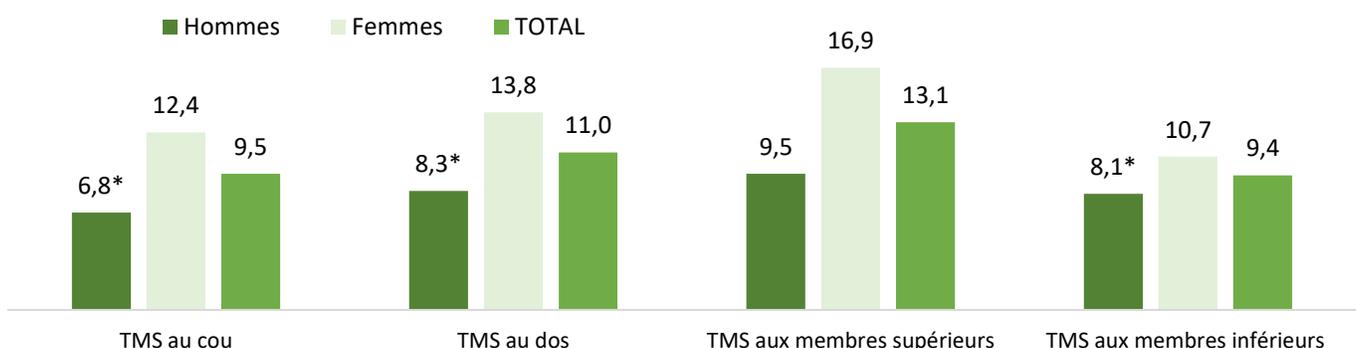


Les régions corporelles atteintes

Les résultats de l'EQSP 2014-2015 révèlent que pour 13 % des travailleurs de la région, les douleurs et symptômes ressentis sont aux membres supérieurs, au dos pour 11 %, au cou pour 9,5 % et aux membres inférieurs pour 9,4 % (figure 3). Ces pourcentages ne se différencient pas de ceux du Québec, à l'exception seulement des TMS aux membres supérieurs qui sont plus fréquents chez les femmes de la région que chez les

Québécoises (17 % contre 14 %) (résultats non illustrés pour le Québec). Par ailleurs, comme nous le disions plus tôt, la prévalence des TMS d'origine non traumatique est généralement plus élevée chez les travailleuses que chez les travailleurs peu importe la région corporelle (figure 3). Des constats similaires sont faits au Québec.

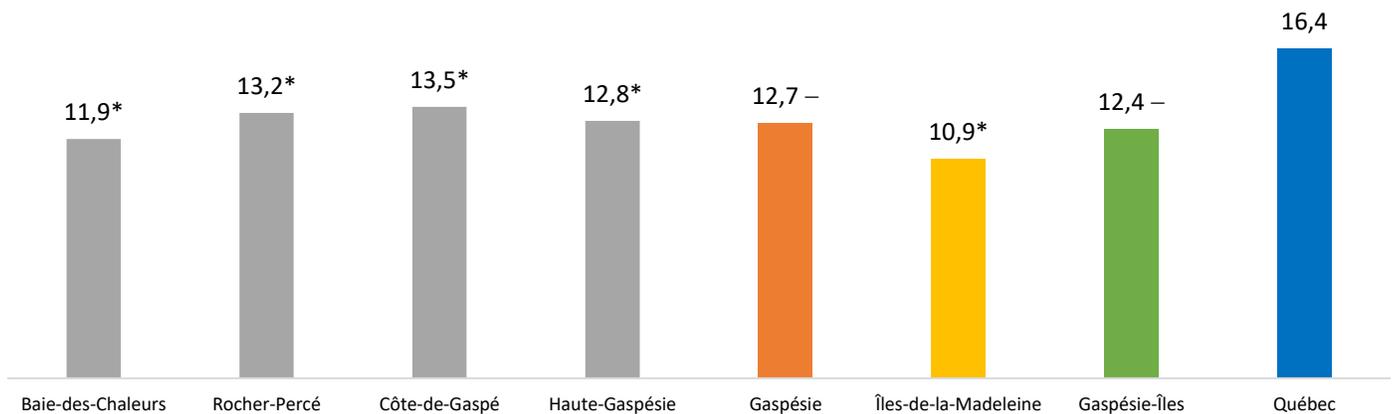
Figure 3 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus ayant eu un trouble musculosquelettique d'origine non traumatique lié à l'emploi principal actuel au cours des 12 derniers mois, selon la région corporelle atteinte, Gaspésie-Îles, 2014-2015



En 2014-2015, **12 %** des travailleurs de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se situent au niveau élevé de détresse psychologique et associent cette situation à leur travail.

« La détresse psychologique est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives que des individus ressentent et qui, lorsqu'elles persistent, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété (Camirand et Nanhou, 2008). Des études ont montré qu'il existe des liens étroits entre plusieurs dimensions de l'organisation du travail et différents problèmes de santé mentale tels que la détresse psychologique, la dépression ou encore l'épuisement professionnel (Bourbonnais et autres, 1996 et 1998; Marchand et autres, 2006). Soulignons également que les travailleurs ayant de grandes difficultés à concilier le travail et la famille sont plus nombreux que les autres à souffrir de dépression (Duxbury et Higgins, 2009). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 177)

Figure 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la proportion de travailleurs se situant au niveau élevé de détresse psychologique et associant cette situation à leur travail est de 12 % en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, une proportion moindre que celle du Québec (16 %) (figure 1) (voir l'encadré au bas de la prochaine page pour savoir comment cet indicateur est mesuré). Comme on le constate à la figure 1 et au tableau 1, cet écart en faveur de la région a tendance à être systématique, peu importe le sexe, le groupe d'âge et le territoire local de résidence des travailleurs, bien qu'il ne soit significatif que chez les hommes et les 45-64 ans. Précisons par ailleurs que dans la région comme au Québec, environ un travailleur sur cinq relie complètement son sentiment de détresse à son emploi actuel alors que les autres (quatre sur cinq environ) considèrent qu'il ne l'est que partiellement (résultats non illustrés).

Tableau 1 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail, 2014-2015

	Gaspésie–Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	9,6-	15,0
Femmes	15,3	17,8
Groupe d'âge		
15-24 ans	12,7**	15,3
25-44 ans	14,5	18,5
45-64 ans	11,0-	15,2
65 ans et plus	X	5,8*
Langue parlée à la maison		
Français	12,5	16,3
Anglais	X	15,3
Revenu du ménage		
Faible revenu	17,9*	20,1
Autres ménages	11,5	15,8
TOTAL	12,4-	16,4

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. X Donnée confidentielle.

Source : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes plus nombreux au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail

De manière générale, dans l'ensemble de la population, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se situer au niveau élevé de **détresse psychologique** (30 % contre 19 % en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine). Quand on restreint nos analyses aux travailleurs, comme nous le faisons dans cette fiche, les femmes demeurent plus nombreuses en proportion que les hommes au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail (15 % contre 9,6 %) (tableau 1). Pour ce qui est de l'âge, les résultats provinciaux indiquent une proportion supérieure de travailleurs se situant au niveau élevé de détresse psychologique et associant ces sentiments à leur emploi dans le groupe des 25-44 ans (19 %) alors qu'elle est nettement moindre chez les travailleurs de 65 ans et plus (5,8 %). Bien que non significatifs statistiquement, les résultats pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine vont aussi en ce sens. De même, les travailleurs québécois vivant dans des ménages à faible revenu sont plus susceptibles de se situer au niveau élevé de détresse psychologique et d'associer cette détresse à leur travail que les autres travailleurs (20 % contre 16 %), une tendance quoique non significative aussi notée dans notre région (tableau 1).

Par ailleurs, le fait de se situer au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail n'est pas tant associé aux secteurs d'activité économique dans lesquels œuvrent les travailleurs ou à leur type de profession (manuel, non manuel, mixte) qu'au climat de travail et aux **difficultés de conciliation travail-famille**. Les résultats au tableau 2 montrent en effet que les plus fortes proportions de travailleurs se situant au niveau élevé de détresse psychologique et associant ces sentiments à leur travail se trouvent chez les travailleurs qui éprouvent des difficultés à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux (31 %), chez ceux ayant un faible niveau de reconnaissance au travail (33 %) ainsi que chez les travailleurs étant la cible de **harcèlement psychologique** au travail (33 %). Notons ici le gradient très net exercé par le niveau de reconnaissance au travail et la fréquence du

harcèlement psychologique sur la proportion des travailleurs au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail (tableau 2).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

C'est la première fois que la détresse psychologique liée au travail est mesurée dans l'EQSP si bien qu'on ne peut comparer la situation de 2014-2015 avec celle de 2008.

Tableau 2 : Proportion (en %) des travailleurs de 15 ans et plus au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail selon diverses caractéristiques liées au travail, 2014-2015

	Gaspésie–Îles	Québec
Type de profession¹		
Manuel	11,3*	14,6
Non manuel	13,9	16,7
Mixte	12,2	17,3
Activité économique		
Secteur primaire	X	16,1
Construction	9,7**	15,0
Fabrication (sect. manif.)	11,2**	15,1
Services	13,6	16,6
Difficultés de conciliation travail-famille†		
Oui	31,3*	33,6
Non	10,6	14,5
Niveau de reconnaissance au travail†		
Faible	32,6	32,2
Modéré	12,5	16,1
Élevé	4,9*	8,3
Harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois†		
Jamais	8,7	12,0
Une fois	19,9**	24,7
De temps en temps	41,8*	34,8
Souvent ou très souvent	33,5**	48,6
TOTAL	12,4–	16,4

¹ Pour connaître la définition plus précise des types de profession, consulter (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 166).

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon les diverses caractéristiques du travail.

Mesure de la détresse psychologique liée au travail

L'indicateur du niveau élevé de détresse psychologique liée au travail est construit à partir de l'**échelle de détresse psychologique de Kessler (K6)** (Kessler et autres, 2002) et d'une question supplémentaire posée aux personnes de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré. Cette question supplémentaire est la suivante : « Croyez-vous que ces sentiments du dernier mois sont complètement, partiellement ou pas du tout reliés à votre travail actuel? » Ainsi, on dira qu'un travailleur se situe au niveau élevé de détresse psychologique liée au travail s'il se situe au niveau élevé de détresse psychologique et si ses sentiments sont complètement ou partiellement reliés au travail (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

La santé environnementale

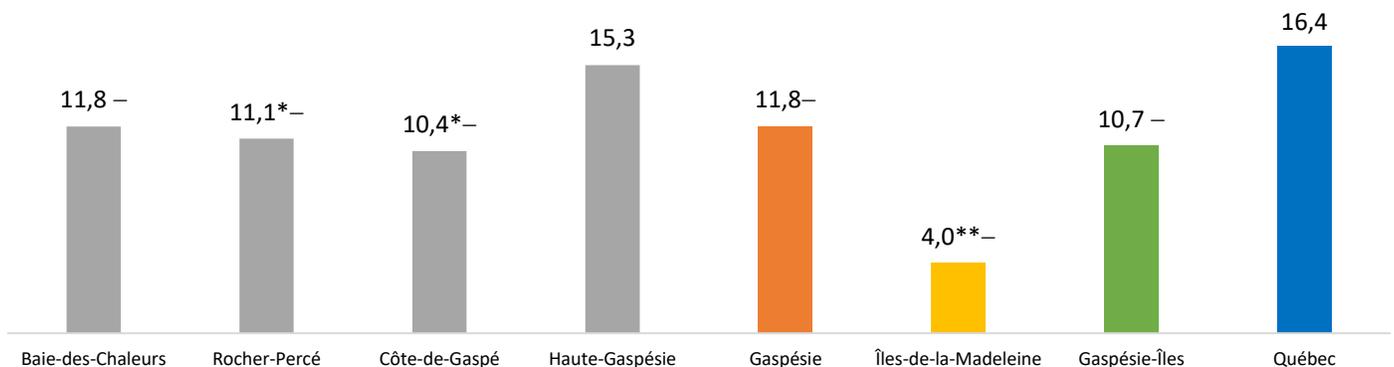
« Le bruit environnemental est l'une des formes de pollution les plus répandues et représente un enjeu environnemental majeur. [...] Bien que longtemps considéré comme une simple nuisance, le bruit environnemental est maintenant considéré comme un risque à la santé, particulièrement en milieu urbain, où il peut affecter un grand nombre de personnes (Martin, Deshaies et Poulin, 2015). » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1).

Dérangement à domicile causé par le bruit

En 2014-2015, **11 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est fortement dérangée à son domicile par le bruit.

« La nuisance due au bruit, particulièrement pour les personnes déclarant une gêne importante, peut entraîner une détérioration de la qualité de vie et peut affecter négativement la santé, constituant un problème de santé publique (Miedema, 2007). [...] Il peut être source de nuisance (gêne, dérangement), troubles du sommeil, *problèmes d'apprentissage en milieu scolaire*, *maladies cardiovasculaires*, pertes auditives et acouphènes. » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus fortement dérangée à son domicile par au moins une source de bruit au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population régionale est moins nombreuse, en proportion, que celle du Québec à être fortement dérangée par le bruit (11 % contre 16 %). Ce constat en faveur de la région s'observe partout dans la région, sauf dans La Haute-Gaspésie où la proportion de personnes fortement dérangées à leur domicile par le bruit ne se distingue pas de celle du Québec (figure 1). Le tableau 1 montre que cet écart entre la région et le Québec est à peu près systématique, peu importe le sexe et le groupe d'âge.

Groupes davantage dérangés par le bruit

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les femmes sont davantage dérangées par le bruit que ne le sont les hommes (15 % contre 7,5 %), et ce, peu importe l'occupation principale (au travail, à l'école ou sans emploi). De même, les personnes vivant dans un ménage à faible revenu sont plus susceptibles d'être fortement dérangées par le bruit que celles appartenant à d'autres ménages (13 % contre 9,5 %) (tableau 1).

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus fortement dérangée à son domicile par au moins une source de bruit au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	7,5 –	14,1
Femmes	13,8 –	18,6
Groupe d'âge		
15-24 ans	14,0*	15,5
25-44 ans	9,5* –	17,0
45-64 ans	11,1 –	17,2
65 ans et plus	9,8 –	14,5
Langue parlée à la maison		
Français	10,6	16,5
Anglais	10,7**	14,4
Revenu du ménage†		
Faible revenu	13,4	20,3
Autres ménages	9,5	15,1
TOTAL	10,7 –	16,4

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Évolution entre 2008 et 2014-2015

C'est la première fois que le bruit dans l'environnement est mesuré au Québec si bien qu'on ne peut comparer la situation de 2014-2015 avec celle de 2008 ni avec aucune autre donnée.

Le bruit dans l'environnement

Les données de la présente fiche concernent le bruit provenant de la circulation routière, du transport aérien et ferroviaire, de la circulation de véhicules hors route (VHR), des travaux ou chantiers de construction, du voisinage extérieur (ex. : systèmes de climatisation, tondeuses, animaux et personnes à l'extérieur), des personnes ou des animaux à l'intérieur d'une autre habitation (condo, appartement ou maison), des industries, des commerces ainsi que celui provenant des activités culturelles, de loisirs et de sports.

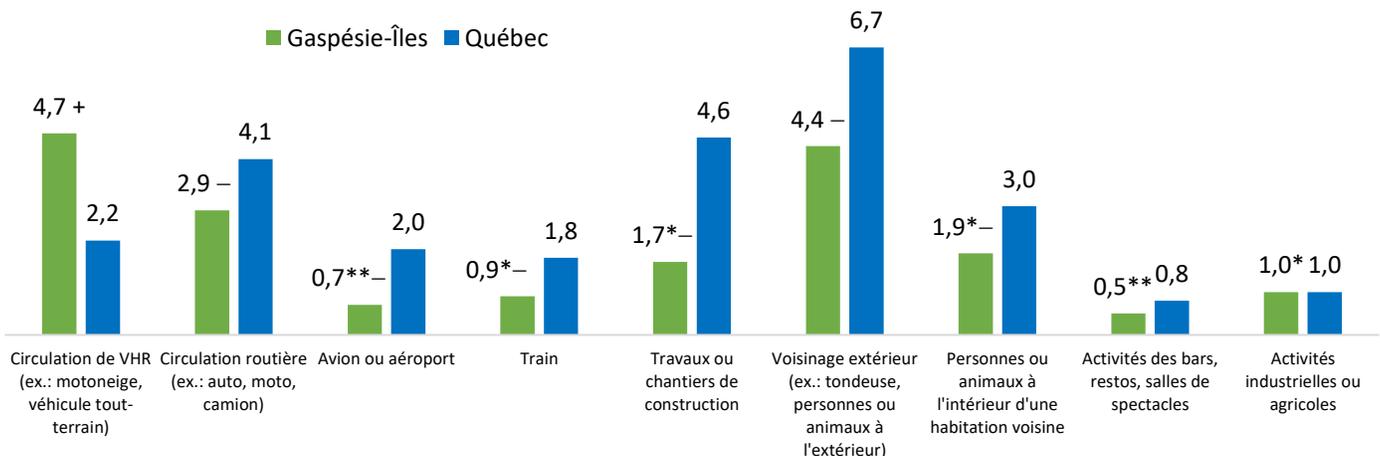
Les sources de bruit les plus dérangeantes

En 2014-2015, la circulation de **véhicules hors route** et le bruit du **voisinage extérieur** sont les deux sources de bruit les plus dérangeantes pour la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Comme on peut le lire à la figure 2, 4,7 % de la population régionale est fortement dérangée lorsqu'elle est chez elle par le bruit que font les VHR (ex. : motoneige, véhicule tout-terrain), la seule source de bruit pour laquelle les Gaspésiens et

Madelinots obtiennent une plus grande proportion que celle du Québec (2,2 %). La deuxième source de bruit la plus dérangeante est celle provenant du voisinage extérieur avec 4,4 % des personnes de la région qui se disent fortement dérangées par cette source de bruit. Dans ce cas, la proportion est tout de même moindre que celle du Québec qui obtient plutôt une proportion de 6,7 %. Pour la région, vient ensuite le bruit de la circulation routière qui dérange fortement 2,9 % de la population (4,1 % au Québec) (figure 2). Ajoutons que peu importe les sources de bruit, les femmes sont toujours plus nombreuses, en proportion, que les hommes à être fortement dérangées, et ce, dans la région comme au Québec (résultats non illustrés).

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus fortement dérangée à son domicile par le bruit au cours des 12 derniers mois selon la source de bruit, 2014-2015

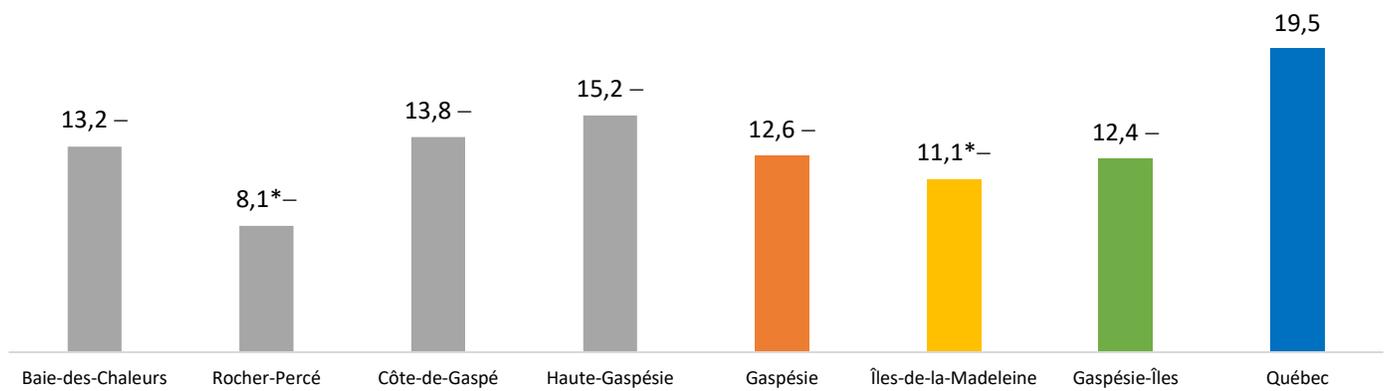


En 2014-2015, **12 %** de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est souvent ou occasionnellement dérangée dans son sommeil à cause du bruit.

Plus précisément, 2,3 %* de la population régionale de 15 ans et plus est souvent perturbée dans son sommeil à cause du bruit ambiant (par exemple, ne pas réussir à s'endormir ou se faire réveiller) et 10 % le sont occasionnellement pour un total de 12 % (figure 3). À l'autre bout du spectre, la qualité du sommeil n'est jamais dérangée par le bruit pour 62 % de la population et ne l'est que rarement pour 25 % (résultats non illustrés).

« Le bruit peut perturber le sommeil. Il est reconnu qu'un sommeil de qualité a des impacts positifs sur la santé (restauration physique et mentale) et qu'un sommeil perturbé ou insuffisant peut être associé notamment à de l'hypertension (OMS, 2011; Martin et autres, 2015). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 149)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus dont la qualité du sommeil est souvent ou occasionnellement perturbée par le bruit ambiant au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la proportion de personnes de 15 ans et plus qui déclarent que la qualité de leur sommeil est souvent ou occasionnellement dérangée par le bruit est nettement inférieure en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (12 % contre 20 %) (figure 1). Comme l'illustre cette figure, ce constat en faveur de la région est observé dans tous les territoires locaux de la région, de même que chez les hommes et les femmes et dans tous les groupes d'âge à partir de 25 ans (tableau 2).

Groupes dont le sommeil est davantage dérangé par le bruit

En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, comme c'est aussi le cas au Québec, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir un sommeil perturbé par le bruit (15 % contre 9,9 %). Ce constat en défaveur des femmes reste vrai même quand on compare les travailleuses avec les travailleurs ou les étudiantes avec les étudiants, si bien que ce n'est pas l'occupation différente des femmes qui explique leur

résultat défavorable par rapport aux hommes. De même, l'écart entre les femmes et les hommes se maintient quand on tient compte de la composition du ménage (résultats non illustrés). Pour ce qui est de l'âge, il n'y a pas un groupe qui se démarque franchement des autres si ce n'est que les personnes de 65 ans et plus déclarent en moins grand nombre que les autres avoir une qualité de sommeil perturbée par le bruit (tableau 1). Par ailleurs, notons que la différence entre la proportion obtenue par les francophones et celle des anglophones de la région n'est pas significative statistiquement. Enfin, au Québec, les personnes sans emploi sont plus nombreuses, en proportion, que les autres à se plaindre que la qualité de leur sommeil est perturbée à cause du bruit (25 %), une situation qui ne ressort pas pour notre région (tableau 1). Les données provinciales indiquent aussi que les personnes seules, celles vivant dans une famille monoparentale et celles vivant dans un ménage « autre » sont plus susceptibles que les personnes vivant en couple d'avoir un sommeil perturbé. En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ce sont plutôt les personnes vivant dans une famille monoparentale et celles vivant en couple avec des enfants qui obtiennent les plus fortes proportions à avoir une qualité de sommeil perturbée par le bruit (tableau 1).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus dont la qualité du sommeil est souvent ou occasionnellement perturbée par le bruit ambiant au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	9,9–	16,3
Femmes	14,7–	22,7
Groupe d'âge†		
15-24 ans	17,3*	19,4
25-44 ans	13,6–	22,6
45-64 ans	12,3–	19,9
65 ans et plus	9,1–	13,7
Langue parlée à la maison		
Français	12,7	19,8
Anglais	7,9**	16,7
Revenu du ménage		
Faible revenu	12,4	22,1
Autres ménages	12,5	18,8
Occupation principale		
Travailleurs	12,4	20,5
Étudiants	16,5*	20,6
Sans-emploi	14,8*	24,6
Retraités	10,1	14,7
Composition du ménage†		
Personne vivant seule	9,3*	22,9
Couple sans enfant	10,8	17,2
Couple avec enfants	15,7	18,3
Famille monoparentale	17,2*	23,5
Autre ¹	10,7*	22,6
TOTAL	12,4–	19,5

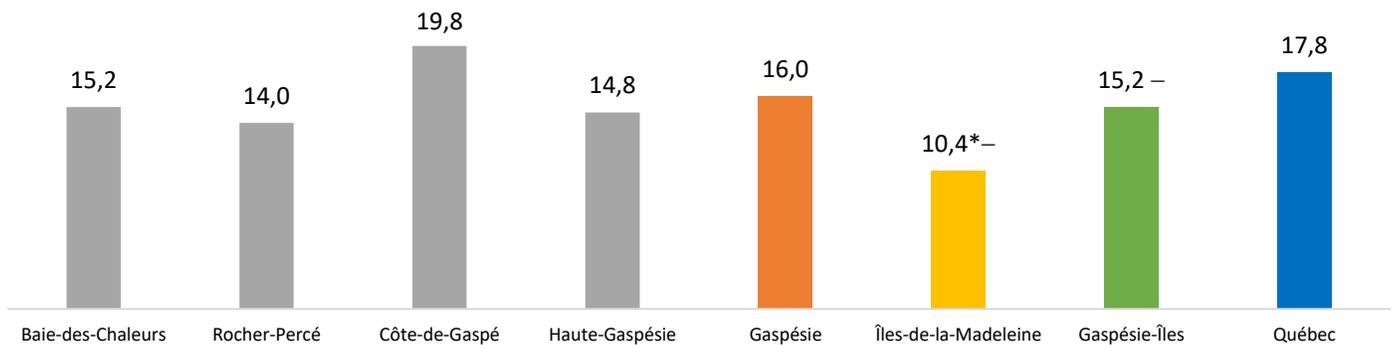
¹ Ménage composé de personnes apparentées par des liens autres que conjuguux ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires).

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue, le revenu, l'occupation principale et la composition du ménage (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

En 2014-2015, **15 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a ressenti les symptômes de la rhinite allergique c'est-à-dire des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché (en l'absence de rhume ou de grippe), accompagnés de larmoiements et de démangeaisons aux yeux.

« La rhinite allergique regroupe la rhinite allergique saisonnière, plus communément appelée rhume des foins, et la rhinite allergique chronique. La première est causée par des allergènes, ou pollens, transportés par le vent au printemps, en été et à l'automne, tandis que la deuxième survient indépendamment des saisons, en raison d'allergènes présents dans l'air ambiant intérieur (p. ex. : les acariens). [...] Les changements climatiques offrent un ensemble de conditions favorables à la production et la dissémination des pollens et des moisissures et expliqueraient une partie de l'augmentation de la prévalence de ce problème de santé (Canuel et Bélanger, 2009). » (Fiche indicateur, Infocentre de santé publique, 2016, page 1)

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant ressenti les symptômes de la rhinite allergique au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la population régionale est moins nombreuse, en proportion, que celle du Québec à ressentir les symptômes de la rhinite allergique (figure 1). Ce constat en faveur de la région est surtout attribuable aux Îles-de-la-Madeleine, lesquelles obtiennent une proportion aussi faible que 10 %. Le tableau 1 montre que seules les femmes de la région se différencient de manière significative des Québécoises, de même que les personnes de 45 à 64 ans qui obtiennent une proportion particulièrement faible avec 13 % (18 % au Québec).

Groupes où les symptômes sont plus fréquents

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les symptômes de la rhinite allergique sont plus fréquemment ressentis par les femmes que par les hommes (18 % contre 12 %) de même que par les personnes de 15 à 44 ans (19 % contre 13 à 14 % chez les 45 ans et plus) (tableau 1). La prévalence de ce problème ne varie cependant pas de manière significative selon la langue et le revenu du ménage.

Évolution entre 2008 et 2014-2015¹

En 2008, 13 % de la population régionale affirmait avoir présenté les symptômes de la rhinite allergique. En 2014-2015,

cette proportion est du même ordre de grandeur avec 14 % (donnée comparable à 2008 obtenue par téléphone). Le Québec n'a pas connu, lui non plus, de changement dans la valeur de cet indicateur entre les deux enquêtes.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant ressenti les symptômes de la rhinite allergique au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	12,1-	15,9
Femmes	18,3	19,7
Groupe d'âge†		
15-24 ans	18,9*	19,2
25-44 ans	19,0	20,9
45-64 ans	12,8-	17,6
65 ans et plus	14,2	12,1
Langue parlée à la maison		
Français	15,3	17,8
Anglais	12,5**	19,5
Revenu du ménage		
Faible revenu	14,1	15,6
Autres ménages	15,6	18,5
TOTAL	15,2-	17,8

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

¹ Cet indicateur est affecté par le changement de mode de collecte entre 2008 et 2014-2015. Les comparaisons avec 2008 sont faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de 2014-2015.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (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 2008 et 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

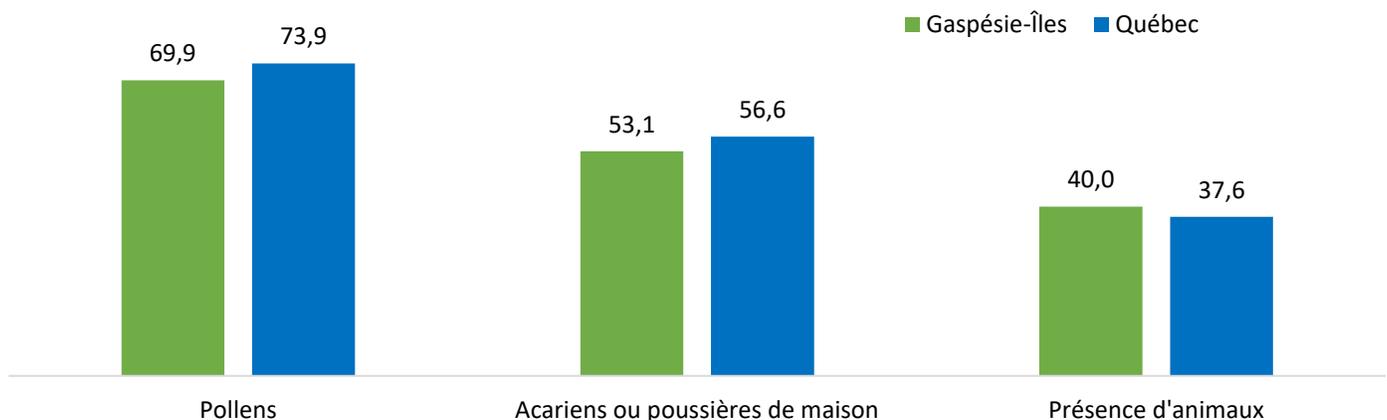
Les déclencheurs de la rhinite allergique

En 2014-2015, dans **70 %** des cas, les symptômes de rhinite allergique ressentis par la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont été déclenchés ou augmentés par le pollen.

Comme on peut le lire à la figure 2, le deuxième élément le plus souvent en cause dans le déclenchement ou l'augmentation des symptômes de la rhinite allergique sont les acariens et les poussières de maison (53 %), suivi des animaux (40 %). Ces résultats régionaux ne diffèrent pas de ceux du Québec.

« Les symptômes de la rhinite allergique saisonnière sont souvent associés aux allergènes présents dans l'air extérieur, généralement transportés par le vent (ex. : pollens), alors que ceux de la rhinite allergique persistante sont plus souvent occasionnés par des allergènes présents dans l'air intérieur (ex. : acariens, animaux). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 157)

Figure 2 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus ayant ressenti les symptômes de la rhinite allergique sur une période de 12 mois selon l'élément déclencheur des symptômes, 2014-2015



Les conséquences de la rhinite allergique

En 2014-2015, **31 %** des personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qui ont eu des symptômes de rhinite allergique ont été limitées dans leurs activités quotidiennes.

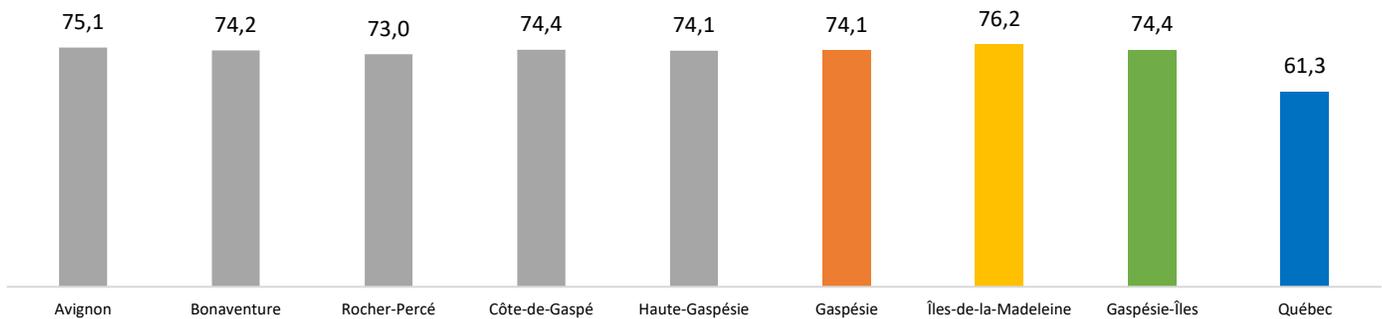
Plus précisément, 23 % des personnes ont été un peu limitées et 8,2 %* l'ont été modérément ou même beaucoup. Ces résultats pour la région ne se différencient pas de ceux du Québec où 35 % des gens qui ont ressenti les symptômes de ce problème disent avoir été limités dans leurs activités quotidiennes (25 % un peu et 9,6 % modérément ou beaucoup) (résultats non illustrés).

« Les symptômes peuvent avoir un impact sur la qualité de vie, entre autres à cause des troubles de sommeil, de la perte de productivité et de l'absentéisme au travail ou à l'école. [...] La rhinite allergique saisonnière, en plus d'entraîner une inflammation de la muqueuse nasale et souvent des symptômes oculaires, est associée à l'asthme et peut causer des crises plus sévères (Bousquet et autres, 2001). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 157)

Le mode d'occupation.

En 2016, **74 %** des ménages privés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont propriétaires de leur logement.

Figure 1 : Proportion (en %) des ménages privés propriétaires de leur logement, 2016



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

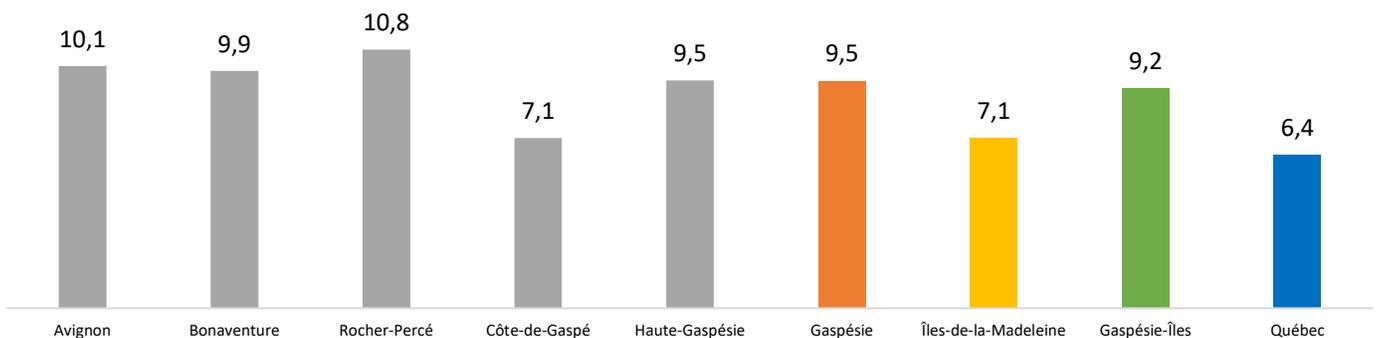
Selon le Recensement de la population 2016, 75 % des ménages privés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont propriétaires de leur logement, une proportion supérieure à

celle du Québec (61 %) (figure 1). Cette situation n'est pas nouvelle, elle prévalait au cours des recensements antérieurs. Comme l'illustre la figure 1, les populations des MRC sont toutes plus nombreuses, en proportion, que celle du Québec à être propriétaires de leur habitation.

L'état des logements

En 2016, **9,2 %** des logements privés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine nécessitent des réparations majeures.

Figure 2 : Proportion (en %) des logements privés nécessitant des réparations majeures, 2016



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2016, la proportion de logements privés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, qu'ils soient loués ou possédés, qui requièrent des réparations majeures (ex. : plomberie ou

installation électrique défectueuse, réparation nécessaire à la charpente des murs, des planchers ou des plafonds) est plus élevée que celle du Québec (9,2 % contre 6,4 %) (figure 2). Cette situation en défaveur de la région est observée dans toutes les MRC de la région comme en témoigne la figure 2.

Note : Dans cette fiche, aucun test statistique n'a été fait pour comparer la région et les MRC avec le Québec.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2016. Données extraites de Statistique Canada. 2017. *Profil du recensement*, Recensement de 2016, produit n° 98-316-X2016001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 25 octobre 2017. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (site consulté le 26 octobre 2017).

(SUITE) Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

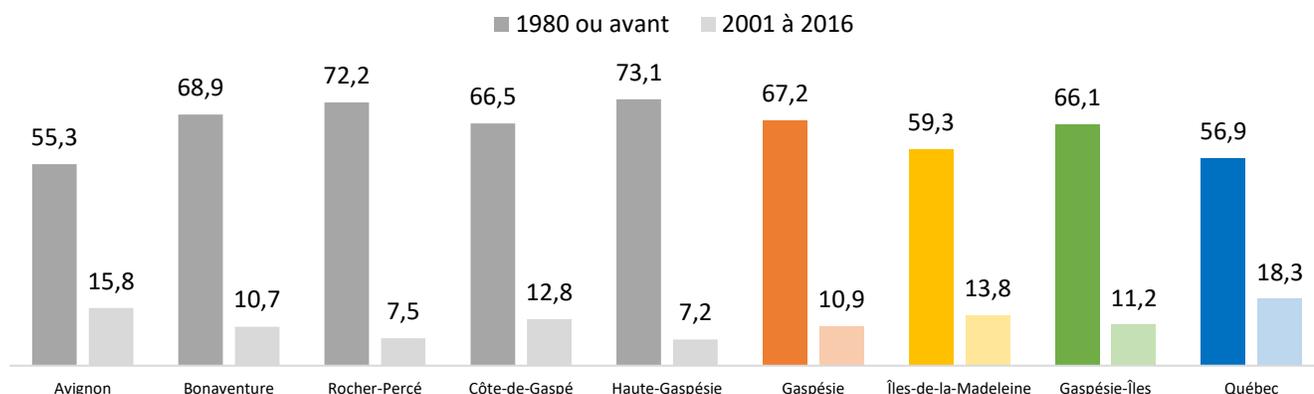
Par ailleurs, la construction des logements de la région remonte généralement à des années antérieures à celle des logements au Québec. En effet, les deux tiers des logements de la région ont été construits il y a plus de 35 ans alors que c'est le cas de 56 % des logements au Québec (figure 3). À l'autre bout du spectre, seulement 11 % des logements de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont été bâtis dans les 15 dernières années contre 18 % au Québec. Ceci pourrait expliquer, en partie du moins,

pourquoi les logements de la région nécessitent plus souvent des réparations majeures que ceux du Québec.

Évolution de l'état des logements

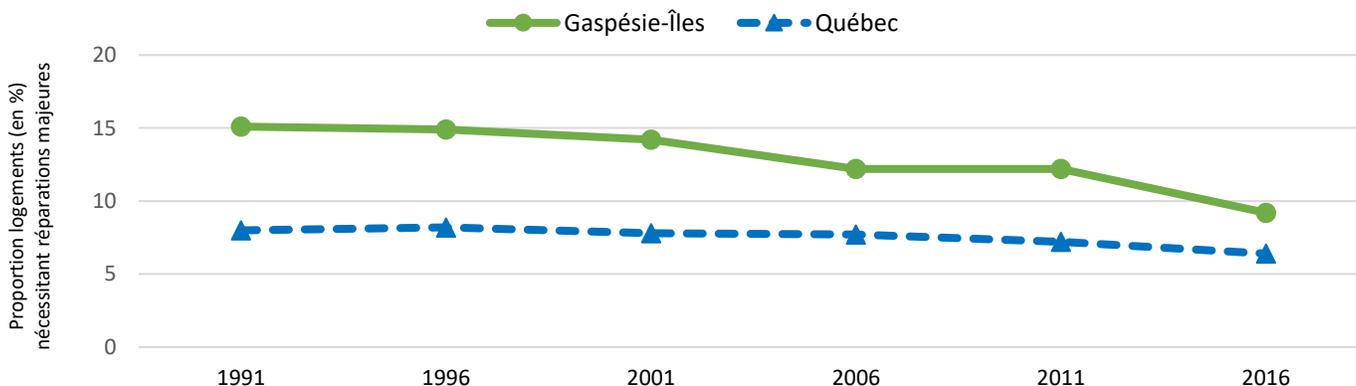
Depuis les 25 dernières années, l'état des logements privés en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine s'est passablement amélioré. Alors que plus de 15 % des logements nécessitaient des réparations majeures en 1991, cette proportion a constamment diminué pour descendre sous la barre des 10 points de pourcentage en 2016 (figure 4). La baisse de la désuétude des logements a même été plus prononcée qu'au Québec si bien que l'écart entre les deux territoires se resserre.

Figure 3 : Répartition (en %) des logements privés selon l'année de construction, 2016



Note : Pour alléger la figure, nous n'indiquons pas la proportion des logements construits entre 1981 et 2000.

Figure 4 : Proportion (en %) des logements privés nécessitant des réparations majeures, 1991 à 2016



Les frais de logement

En 2016, **13 %** des ménages propriétaires ou locataires en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine consacrent 30 % ou plus de leur revenu total aux frais de logement.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon les données du Recensement 2016, les ménages propriétaires et locataires en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine consacrent en général une part moins importante de leur revenu aux frais de logement que les ménages québécois. En

effet, 13 % des ménages de la péninsule et de l'Archipel consacrent 30 % ou plus de leur revenu aux frais de logement, une proportion qui est de 21 % au Québec (figure 5). Comme l'illustre la figure 6, les ménages propriétaires de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine payent en moyenne 724 \$ par mois pour les frais de logement et 561 \$ dans le cas des ménages locataires, alors que ces montants sont de 1 085 \$ et 775 \$ respectivement chez les ménages québécois. Autrement dit, les sommes d'argent allouées mensuellement aux frais de logement sont 33 % moins élevées chez les ménages propriétaires de la région que chez ceux du Québec et 28 % moins élevées pour les ménages locataires.

(SUITE) Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Ainsi, en dépit des revenus plus faibles des ménages de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine par rapport à ceux du Québec (63 700 \$ contre 77 300 \$ en 2015), la différence dans les frais de logement est telle entre la région et le Québec que les ménages gaspésiens et madelinots consacrent une part moins élevée de leur revenu à ces frais. Cette différence dans les frais de logement entre la région et le Québec n'étonne pas, à tout le moins dans le cas des ménages propriétaires, dans la mesure où la valeur estimée des propriétés est nettement inférieure en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec. En effet, s'ils vendaient leur habitation (incluant le terrain et les dépendances), les ménages propriétaires gaspésiens et madelinots s'attendraient à recevoir en moyenne 154 600 \$ pour leur logement (figure 7). Au Québec, la même estimation faite par les ménages propriétaires s'élève à 290 500 \$ en moyenne, presque le double de l'évaluation faite par les propriétaires de la région.

Pour ce qui est des ménages locataires, sans doute qu'une partie de la différence entre les frais de logement de la région et ceux du Québec s'explique par le fait qu'une plus grande proportion des ménages locataires de la Gaspésie-Îles-de-la-

Madeleine habitent un logement subventionné (17 % contre 9,3 % au Québec) (figure 8). Dans la région, cette proportion correspond à 1 731 ménages.

Les frais de logement

« Les frais de logement font référence au montant total moyen de tous les frais de logements payés chaque mois par les ménages qui sont propriétaires ou locataires de leur logement. Pour les ménages propriétaires, les frais de logement englobent, s'il y a lieu, les paiements hypothécaires, l'impôt foncier et les charges de copropriété (communément appelés frais de condominium), ainsi que les frais d'électricité, de chauffage, d'eau et des autres services municipaux. Pour les ménages locataires, les frais de logement englobent, s'il y a lieu, le loyer et les frais d'électricité, de chauffage, d'eau et des autres services municipaux. » (Statistique Canada, 2016)

Pour les indicateurs sur les frais de logement, les ménages habitant un logement de bande ou situé sur une exploitation agricole sont exclus.

Figure 5 : Proportion (en %) des ménages consacrant 30 % ou de leur revenu total aux frais de logement, 2016

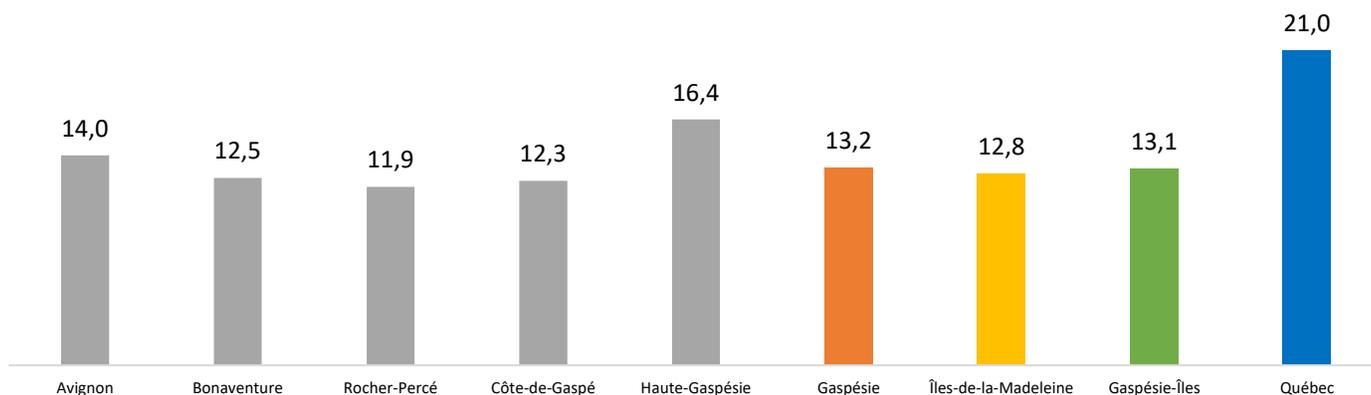


Figure 6 : Frais de logement (en dollars) payés en moyenne mensuellement par les ménages propriétaires et locataires, 2016

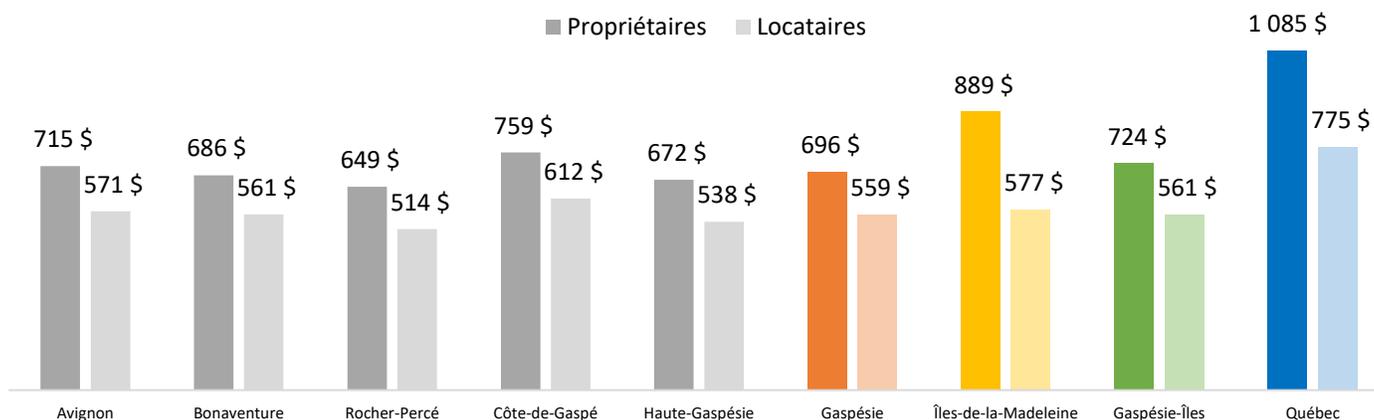


Figure 7 : Valeur estimée (en dollars) des logements occupés par des ménages propriétaires (estimée par les propriétaires), 2016

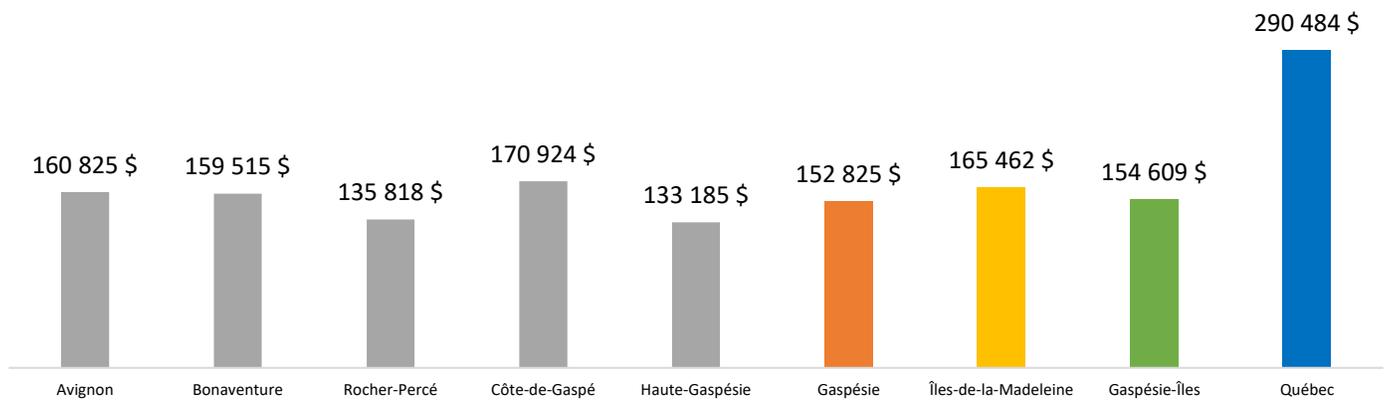
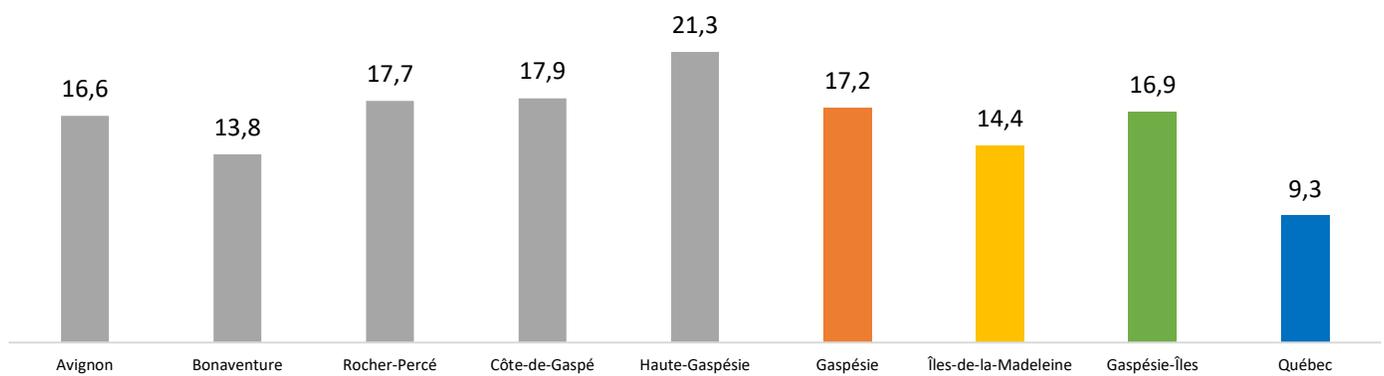


Figure 8 : Proportion (en %) des ménages locataires habitant un logement subventionné, 2016



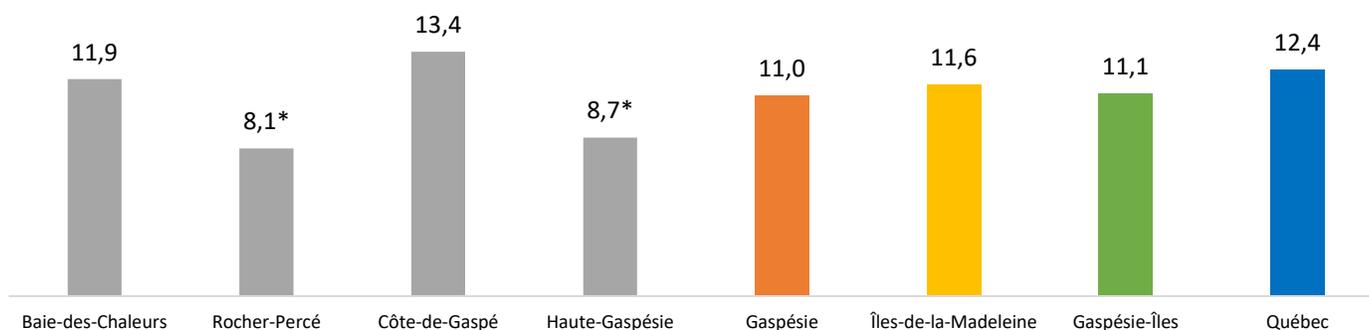
Les blessures accidentelles

Les traumatismes non intentionnels (TNI) sont des blessures résultant d'un événement involontaire (ex. : une chute, une collision impliquant un véhicule motorisé, une intoxication médicamenteuse, un incendie, une noyade). « Partout dans le monde, les blessures non intentionnelles figurent parmi les causes principales de mortalité et de morbidité. De plus, les blessures non intentionnelles sont une des trois causes principales de mortalité au Québec chez les personnes de moins de 45 ans (Gagné, 2015) » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 119). Nous présentons dans cette fiche la prévalence de ces blessures et les hospitalisations et les décès qui en découlent.

La prévalence des blessures non intentionnelles

En 2014-2015, **8 800** personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se sont blessées accidentellement de façon assez grave pour limiter leurs activités normales, soit 11 % de la population.

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus victime d'une blessure non intentionnelle au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (EQSP), 11 % de la population de 15 ans et plus dans la région ont été victimes d'une blessure non intentionnelle dans les 12 derniers mois. Dans 32 % des cas, la blessure a été causée par une chute. Cela dit, cette proportion de personnes victimes d'une blessure assez grave pour limiter leurs activités normales ne se distingue pas de celle du Québec en 2014-2015 (11 % contre 12 %) (figure 1). Ce constat s'observe de manière générale, peu importe le sexe, le territoire local de résidence et le groupe d'âge, à l'exception des 65 ans et plus qui obtiennent une proportion moindre qu'au Québec (tableau 1 et figure 1).

Les blessures non intentionnelles

Les blessures dont il est ici question sont des blessures causées par une fracture, une entorse, un empoisonnement, une coupure profonde ou une brûlure sévère. Elles ne comprennent pas les blessures causées par les mouvements répétitifs.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus victime d'une blessure non intentionnelle (autre que celles dues aux mouvements répétitifs) au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	12,1	13,4
Femmes	10,1	11,4
Groupe d'âge†		
15-24 ans	19,2*	17,2
25-44 ans	12,6	13,3
45-64 ans	11,6	11,8
65 ans et plus	5,6*—	8,4
Langue parlée à la maison		
Français	11,2	12,4
Anglais	11,5**	13,7
Revenu du ménage†		
Faible revenu	8,3	10,6
Autres ménages	12,4	13,0
TOTAL	11,1	12,4

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) relativement élevé, donnée à interpréter avec prudence. **CV très élevé, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Prévalence des blessures : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2008 et 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Hospitalisation : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, données extraites de l'Infocentre de santé publique. Décès : MSSS, Fichier des décès, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Groupes plus nombreux à être victimes de blessures non intentionnelles

Au Québec, les blessures non intentionnelles sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, une tendance, bien que non significative, aussi notée en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (tableau 1). Ce tableau montre également le lien entre la survenue de ces blessures et l'âge, la proportion à avoir subi une blessure non intentionnelle étant la plus forte chez les jeunes de 15-24 ans (19 %) et diminuant ensuite avec l'âge pour être à son plus bas niveau chez les aînés (5,6 %). Enfin, les personnes vivant dans des ménages autres que ceux

à faible revenu sont plus nombreuses, en proportion, à avoir été victimes d'une blessure non intentionnelle sur une période de 12 mois (12 % contre 8,3 %). Précisons que la survenue de ces blessures n'est pas associée à la langue parlée à la maison (tableau 1).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

Au Québec, la proportion de personnes victimes d'une blessure non intentionnelle sur une période de 12 mois a légèrement progressé entre les deux enquêtes en passant de 11 % à 12 %. Dans la région, les données ne permettent pas de conclure à une hausse entre 2008 (9,8 %) et 2014-2015 (11 %).

Les hospitalisations attribuables aux traumatismes non intentionnels

Si les données d'hospitalisation témoignent en partie de la morbidité ou de l'état de santé d'une population, elles sont aussi influencées par d'autres facteurs comme la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, la disponibilité des lits et les pratiques médicales. Nous présentons donc les données hospitalières davantage à titre indicatif et invitons le lecteur à la prudence dans l'interprétation de ces données. Par exemple, une différence entre le taux d'hospitalisation de la région et celui du Québec ne signifie pas nécessairement une moins bonne santé de la population gaspésienne et madelinienne.

Entre 2013 et 2015, **770** hospitalisations attribuables aux traumatismes non intentionnels ont eu lieu en moyenne par année dans la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

En excluant les hospitalisations entourant la grossesse et l'accouchement et celles associées aux affections survenant durant la période périnatale, les TNI arrivent au 3^e rang des hospitalisations chez les moins de 40 ans dans la région et au 5^e rang dans l'ensemble de la population. À l'intérieur des TNI, les chutes sont la principale cause d'hospitalisation. À elles seules, elles représentent plus des deux tiers des admissions (68 %) en soins physiques de courte durée pour la population régionale en 2013-2015, suivies de loin par les accidents de véhicule à moteur (9,1 %) (figure 2). Ajoutons qu'environ les trois quarts des hospitalisations attribuables aux chutes surviennent chez les personnes de 65 ans et plus, ce groupe étant clairement le plus à risque d'être hospitalisé pour cette cause, et ce, dans la région comme au Québec. Pour en savoir plus sur les chutes chez les aînés, consulter le document [Les chutes chez les aînés](#).

Figure 2 : Répartition (en %) des hospitalisations attribuables à un traumatisme non intentionnel selon la cause, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2015

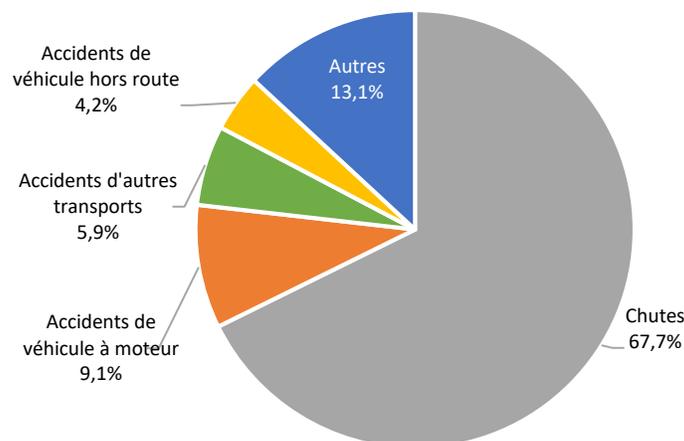
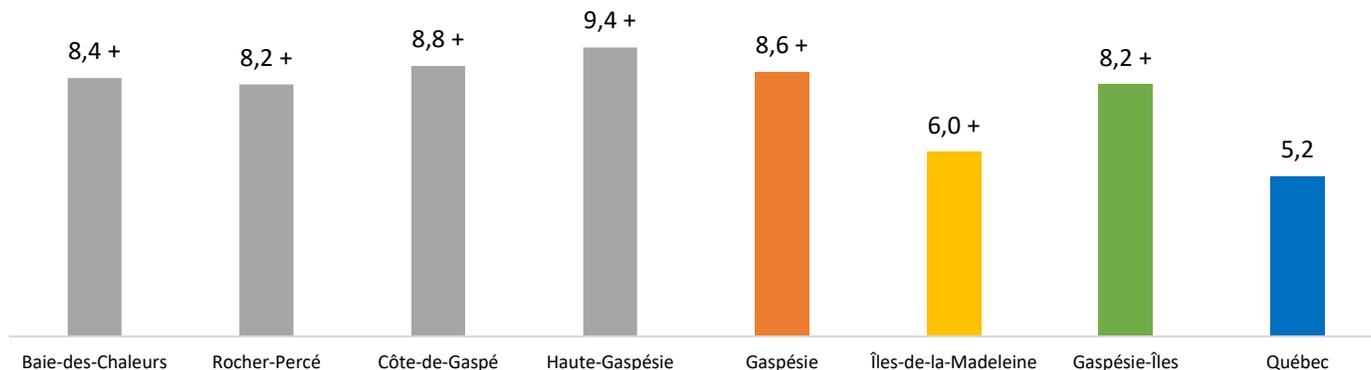


Figure 3 : Taux annuel moyen d'hospitalisation (pour 1 000) attribuable à un traumatisme non intentionnel, 2013-2015



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Entre 2013 et 2015, le taux annuel d'hospitalisation pour TNI est plus élevé partout en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (figure 3). Cet écart est en partie attribuable au fait que notre population est plus vieille que celle du Québec, mais en partie seulement, car une différence persiste quand on compare les taux ajustés (6,9 pour 1 000 dans la région contre 5,0 au Québec). Cela dit, il importe de rappeler qu'historiquement le taux d'hospitalisation dans la région, toute cause confondue, s'est toujours maintenu à niveau plus élevé que celui du Québec, ce qui est encore le cas en 2013-2015 avec un écart de 58 %.

Groupes plus nombreux à être hospitalisés suite à un traumatisme non intentionnel

Au Québec, avant 65 ans, les hommes sont davantage hospitalisés pour un TNI, en proportion, que les femmes. Après cela, c'est tout à fait le contraire qu'on observe, les femmes dépassant alors largement les hommes, et ce, peu importe le groupe d'âge. Ainsi, étant donné la fréquence importante des hospitalisations pour un TNI après 65 ans (tableau 2), au global, le taux d'hospitalisation des femmes surpasse celui des hommes au Québec (5,4 contre 4,9), une tendance bien que non significative aussi notée dans la région (tableau 2). Par ailleurs, nous avons vu plus tôt que la prévalence des blessures accidentelles est la plus élevée chez les jeunes et diminue avec

l'âge. Les données hospitalières montrent le contraire, le taux d'hospitalisation augmentant avec l'âge pour atteindre un niveau particulièrement élevé après 65 ans. Loin d'être contradictoires, ces résultats indiquent selon nous les conséquences beaucoup plus graves que peuvent avoir les traumatismes avec l'avancement en âge. Mentionnons enfin que si à tout âge, les chutes représentent la principale cause d'hospitalisation pour TNI, [les chutes chez les aînés](#) occupent une place prépondérante dans les données présentées ici : plus de la moitié des hospitalisations pour un TNI en 2013-2015 dans la région concernent une personne âgée qui a chuté accidentellement.

Tableau 2 : Taux annuel moyen d'hospitalisation (pour 1 000) attribuable à un traumatisme non intentionnel, 2013-2015

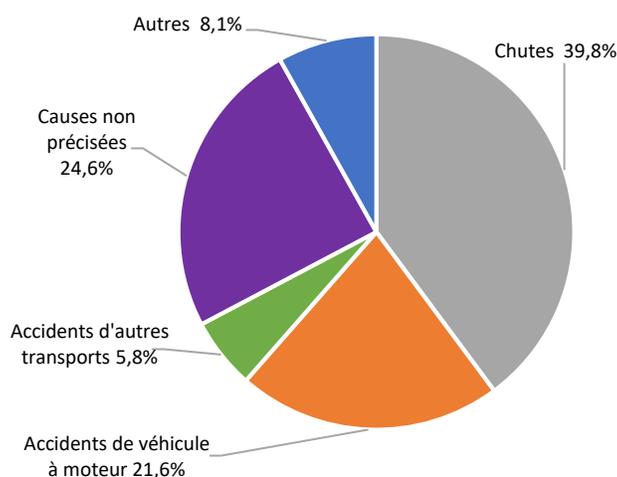
	Gaspésie–Îles	Québec
Sexe		
Hommes	7,9+	4,9
Femmes	8,5+	5,4
Groupe d'âge†		
0-17 ans	3,9+	2,9
18-24 ans	3,3+	2,4
25-44 ans	3,9+	2,2
45-64 ans	5,2+	3,9
65 ans et plus	21,0+	16,0
TOTAL	8,2+	5,2

Les décès attribuables aux traumatismes non intentionnels

Entre 2008 et 2012, **37** décès attribuables aux traumatismes non intentionnels ont eu lieu en moyenne par année dans la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Les TNI représentent ainsi la première cause de décès chez les moins de 40 ans dans la région, suivis de près par les traumatismes intentionnels (suicides et agressions) et arrivent au 7^e rang dans l'ensemble de la population. Comme pour les hospitalisations, les chutes sont la principale cause de décès à l'intérieur des TNI avec 40 % des décès en 2008-2012, suivies des accidents de véhicule à moteur (22 %) (figure 4). Mais si cela est vrai globalement, ce n'est pas le cas dans tous les groupes d'âge, car chez les moins de 40 ans, ce sont [les accidents de véhicule à moteur](#) qui arrivent au premier rang des décès, alors que chez les personnes de 65 ans et plus, ce sont de loin les [chutes](#) qui font le plus de décès à l'intérieur des TNI.

Figure 4 : Répartition (en %) des décès attribuables à un traumatisme non intentionnel selon la cause, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2008-2012

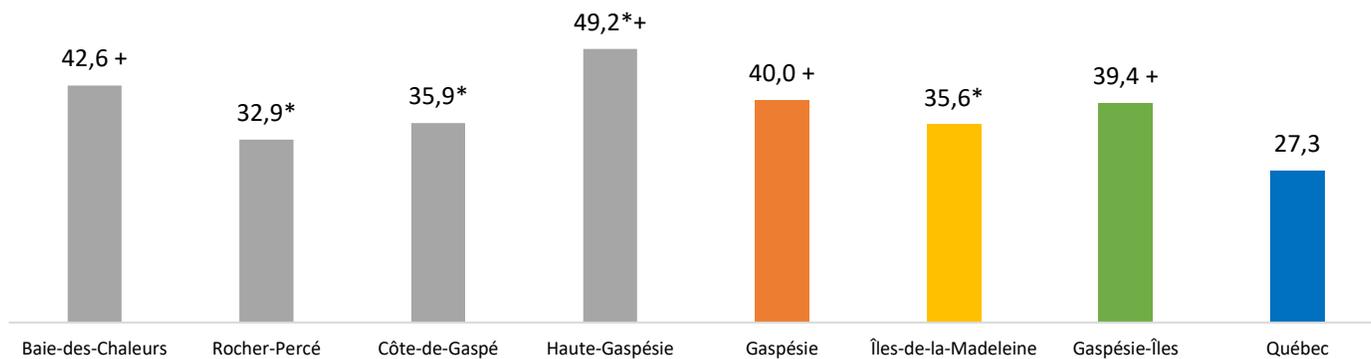


Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Entre 2008 et 2012, le taux annuel de décès par TNI est plus élevé en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec (figure 5). Cet écart s'explique en partie par le fait que notre population est plus vieille que celle du Québec, mais persiste tout de même quand on compare les taux ajustés (35 pour 100 000 contre 28 au Québec). Cette surmortalité par rapport

au Québec n'est pas attribuable, en 2008-2012, à une cause particulière, mais semble plutôt le reflet d'un léger surplus de décès (non significatif) pour les principales causes de décès à l'intérieur des TNI, notamment les chutes et les accidents de véhicule à moteur. Enfin, les données au tableau 3 indiquent que ce sont les hommes qui contribuent à ce résultat défavorable par rapport au Québec de même que les groupes d'âge à compter de 25 ans.

Figure 5 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) attribuable à un traumatisme non intentionnel, 2008-2012



Groupes plus nombreux à décéder par traumatisme non intentionnel

En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, les hommes sont, à tout âge, proportionnellement plus nombreux à mourir d'un TNI que les femmes. Globalement, dans la région, cela se traduit par un taux de mortalité de 51 pour 100 000 contre 28 chez les femmes (tableau 3). Également, le risque de mourir d'un TNI augmente avec l'avancement en âge.

Évolution des décès par traumatismes non intentionnels

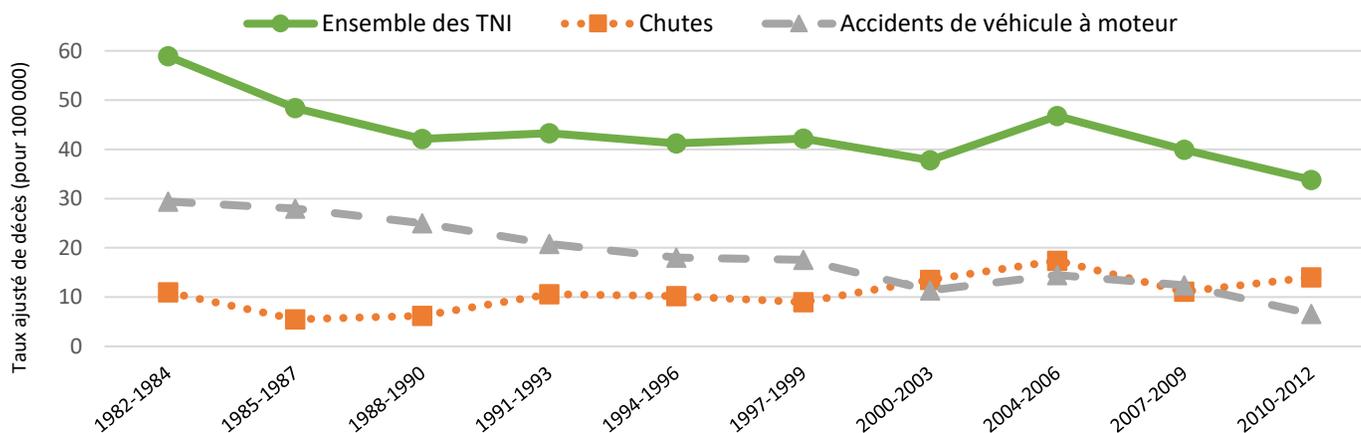
Au cours des 30 dernières années, la mortalité par TNI a connu une baisse générale en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (figure 6). Comme le montre cette figure, cette diminution de la mortalité est en partie attribuable à la baisse des décès par accidents de véhicule à moteur durant cette période. Toutefois, les chutes tendent à faire de plus en plus de décès en Gaspésie-

Îles-de-la-Madeleine, une situation qui ne s'explique pas par le vieillissement puisque ce constat repose sur les taux ajustés (figure 6). Nous observons sensiblement les mêmes résultats pour le Québec (résultats non illustrés).

Tableau 3 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) attribuable à un traumatisme non intentionnel, 2008-2012

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	51,4+	31,9
Femmes	27,6	22,7
Groupe d'âge†		
0-17 ans	1,3**	5,3
18-24 ans	14,9**	19,4
25-44 ans	23,8*+	14,1
45-64 ans	34,5+	19,4
65 ans et plus	104,8	97,9
TOTAL	39,4+	27,3

Figure 6 : Taux ajusté annuel moyen de décès (pour 100 000) attribuable à l'ensemble des traumatismes non intentionnels, aux accidents de véhicule à moteur et aux chutes, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2008-2012



Selon les données de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), le nombre de victimes d'accidents sur le réseau routier de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a connu une baisse de 25 % au cours des dernières années. En 2013-2015, les routes de la région ont fait 524 victimes en moyenne par année dont 6 décès, alors qu'en 2006-2008, on dénombrait 704 annuellement. Cela dit, les données de la SAAQ rendent compte des accidents survenus sur les routes de la région, peu importe la provenance des victimes. Ainsi, pour connaître la situation des accidents pour la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, que cet accident ait eu lieu dans la région ou ailleurs, nous utilisons pour la suite de cette fiche les données du Fichier des décès et du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO. Dans ces fichiers, les accidents de véhicule à moteur sont des accidents survenus sur la voie publique ou en dehors de celle-ci et impliquant au moins un des véhicules suivants : motocyclette, voiture, autobus, camionnette, camion lourd, véhicule industriel et véhicule agricole. Les accidents de véhicule à moteur ne comprennent pas [les accidents de véhicule hors route](#).

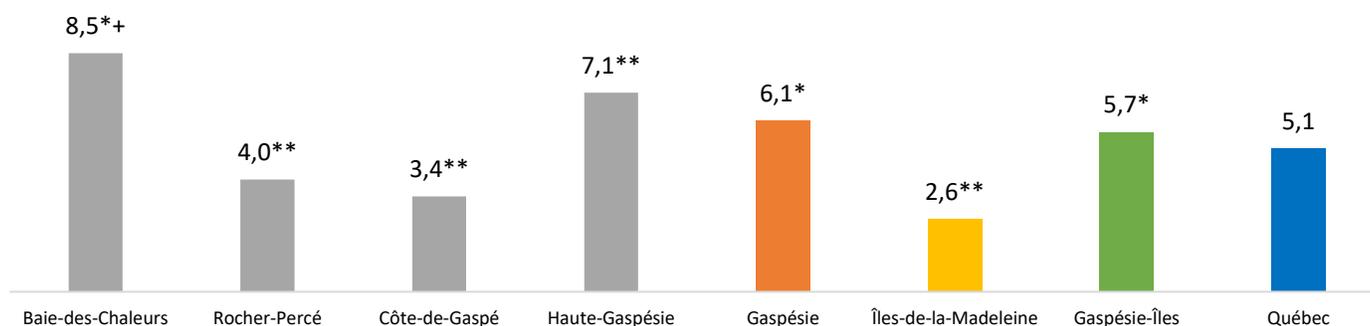
Les décès par accidents de véhicule à moteur

Entre 2009 et 2014, **32** personnes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont perdu la vie dans un accident de véhicule à moteur.

Parmi elles, 22 étaient des occupantes du véhicule à moteur, 6 étaient piétons, 1 cycliste et 1 motocycliste.

Au Québec, depuis la fin des années 80, le nombre de décès sur les routes a chuté de 80 %, alors que le nombre de permis de conduire a augmenté d'environ 70 % et le nombre de véhicules en circulation de plus de 110 % (SAAQ, 2015).

Figure 1 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) par accidents de véhicule à moteur, 2009-2014p



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Précisons d'abord que selon les données de la SAAQ (2016), le nombre de véhicules immatriculés détenus par les habitants de la région (excluant les véhicules hors route) est, toute proportion gardée, supérieur à celui du Québec. En 2015, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte environ 86 véhicules immatriculés pour 100 habitants contre 69 pour 100 résidents au Québec. Malgré cela, le taux de mortalité par accidents de véhicule à moteur en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ne se différencie pas de celui du Québec en 2009-2014 (figure 1). Comme le montre cette figure, ce constat est vrai dans tous les RLS, sauf celui de la Baie-des-Chaleurs qui obtient un taux de décès pour cette cause plus élevé que le taux québécois. Ce résultat représente un changement par rapport aux années antérieures où la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine enregistrait

généralement une surmortalité pour cette cause par rapport au Québec (figure 2 à la page suivante).

Groupes plus nombreux à mourir d'un accident de véhicule à moteur

Dans la région comme au Québec, les hommes sont plus nombreux, en proportion, que les femmes à mourir d'un accident de véhicule à moteur (tableau 1, page suivante). En nombre, 25 hommes de la région sont décédés de cette cause en 2009-2014 contre 7 femmes. Pour ce qui est de l'âge, les jeunes québécois de 15-24 ans sont encore ceux qui enregistrent le plus haut taux de décès par accidents de véhicule à moteur (9,5 pour 100 000), suivis des aînés (6,9) (résultats non illustrés). En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les faibles effectifs rendent plus difficiles les interprétations à cet égard, mais avec seulement un décès, il est clair qu'en 2009-2014, les jeunes de 15-24 ans ne sont pas ceux qui obtiennent le plus fort taux de décès pour cette cause.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 16,66 et 33,33 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 33,33 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. P : Les données de 2013 et 2014 sont provisoires.

Sources : MSSS, Fichier des décès. Données compilées par la Direction de santé publique. Fichier MED-ÉCHO. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Note : CIM-10 = V02-V04 (.1, .9), V09.2, V09.3, et al.

Ajoutons que les comportements des conducteurs sont déterminants dans la survenue des accidents de la route. Au Québec, la vitesse excessive et la conduite avec les facultés affaiblies sont la cause des deux tiers des décès sur les routes (Béliveau, 2015, SAAQ, 2016; tirés de MSSS avec la collaboration de l'INSPQ, 2016).

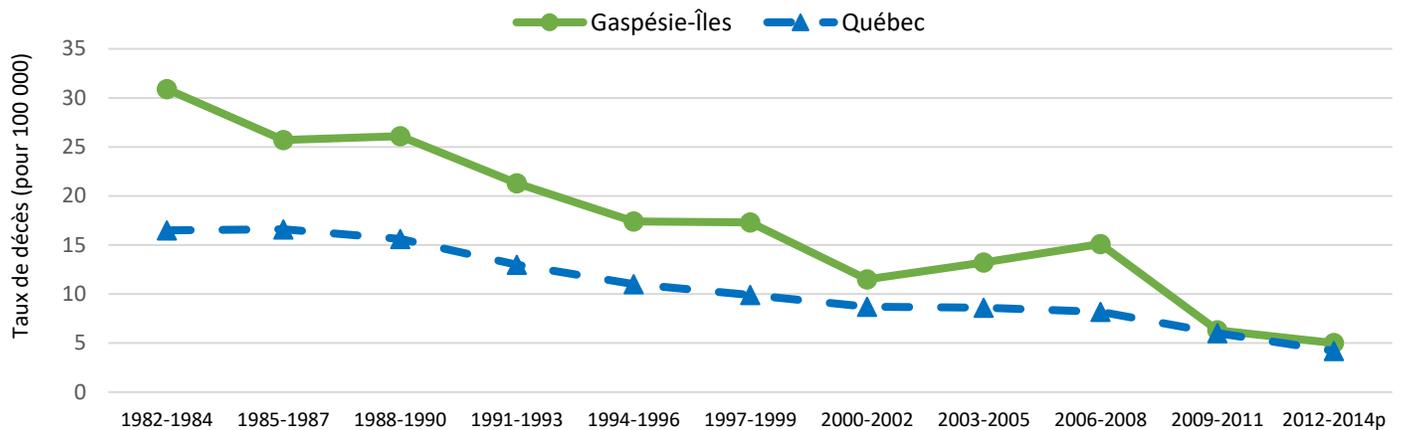
Tableau 1 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) par accidents de véhicule à moteur, 2009-2014p

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	9,0*	7,2
Femmes	2,4**	3,1
TOTAL	5,7*	5,1

Évolution depuis le début des années 80

Comme l'illustre la figure 2, le taux de décès par accidents de véhicule à moteur a régressé de manière importante dans la région depuis le début des années 80 et a rejoint, de ce fait, le taux québécois. Plus précisément, en 1982-1984, un total de 106 personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont mortes dans un accident de véhicule à moteur pour un taux annuel de décès de 31 pour 100 000. Trente ans plus tard, en 2012-2014, ce nombre de décès est descendu à 14 pour un taux de 5,0 pour 100 000, une diminution de 84 %.

Figure 2 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) par accidents de véhicule à moteur, 1982-1984 à 2012-2014p

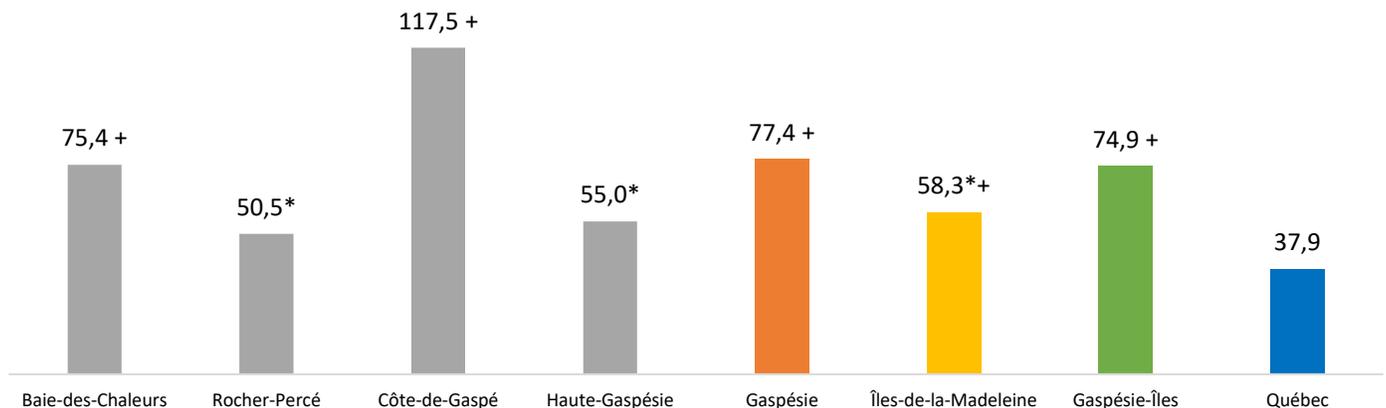


Les hospitalisations

Entre 2013 et 2015, **70** hospitalisations ont eu lieu en moyenne chaque année en raison des accidents de véhicule à moteur dans la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Si les données d'hospitalisation témoignent en partie de la morbidité ou de l'état de santé d'une population, elles sont aussi influencées par d'autres facteurs comme la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, la disponibilité des lits et les pratiques médicales. Nous présentons donc les données hospitalières davantage à titre indicatif et invitons le lecteur à la prudence dans l'interprétation de ces données.

Figure 3 : Taux annuel moyen d'hospitalisations (pour 100 000) par accidents de véhicule à moteur, 2013-2015



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Précisons d'abord que pour toutes les causes d'hospitalisations confondues la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a historiquement toujours enregistré un taux d'hospitalisations supérieur à celui du Québec, et c'est encore le cas en 2013-2015 (surplus de 42 %). Les hospitalisations pour les accidents de véhicule à moteur ne font pas exception avec un taux régional de 74,9 pour 100 000 contre 37,9 au Québec (figure 3). Cette tendance est observée, peu importe le territoire local bien que l'écart ne soit significatif avec le Québec que pour les résidents de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et des Îles-de-la-Madeleine.

Groupes plus nombreux à être hospitalisés pour un accident de véhicule à moteur

Comme pour les décès, les hommes cumulent davantage d'hospitalisations que les femmes (tableau 2). De plus, au Québec, les mêmes groupes d'âge que pour les décès se démarquent des autres relativement aux hospitalisations, soit les 18-24 ans et les 65 ans et plus. Cette tendance est aussi notée dans la région (tableau 2).

Évolution des hospitalisations consécutives aux accidents de véhicule à moteur

Au Québec comme en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les hospitalisations attribuables aux accidents de véhicule à moteur ont régressé de manière importante au cours des vingt dernières années. Dans la région, le taux d'hospitalisations est passé de 118 pour 100 000 en 1993-1995 à 75 en 2003-2005, une baisse de 37 % (résultats non illustrés).

Tableau 2 : Taux annuel moyen d'hospitalisations (pour 100 000) par accidents de véhicule à moteur, 2013-2015

	Gaspésie–Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	97,0+	46,1
Femmes	53,1+	29,8
Groupe d'âge†		
0-17 ans	33,9*+	16,5
18-24 ans	127,5*+	52,7
25-44 ans	81,3+	34,3
45-64 ans	68,9+	40,9
65 ans et plus	88,5+	53,8
TOTAL	74,9+	37,9

Les véhicules hors route (VHR) sont les motoneiges et les véhicules tout-terrain suivants : la moto tout-terrain et le quad comme le quatre roues. Les accidents de VHR sont des accidents survenus sur la voie publique ou en dehors de celle-ci et impliquant au moins un VHR. Au Québec, « au cours des dernières années, les investigations réalisées par le Bureau du coroner démontrent que l'excès de vitesse, l'abus d'alcool et les imprudences sont les principales causes d'accidents mortels en VHR, aussi bien sur les sentiers que hors sentiers ». (Ministère des Transports, Mobilité durable et Électrification des transports, 2017)

Les décès par accidents de véhicule hors route

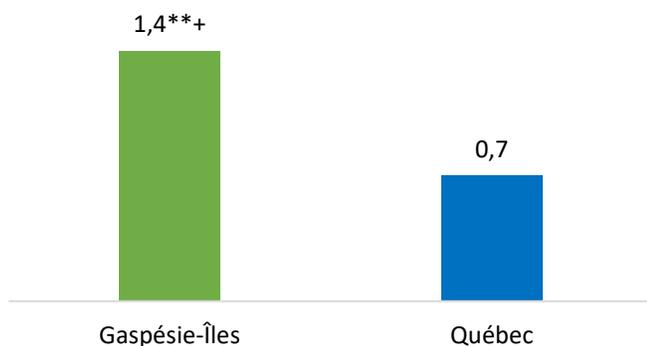
Entre 2009 et 2014, **8** personnes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont perdu la vie dans un accident de véhicule hors route.

Parmi ces personnes, 3 proviennent de la Baie-des-Chaleurs, 3 de Rocher-Percé et 2 de La Haute-Gaspésie.

Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Comme ce fut le cas en 2000-2008, le taux de décès par accidents de VHR en 2009-2014 est plus élevé dans la région qu'au Québec (figure 1). Il importe toutefois de dire qu'en 2015, il y avait en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine 20 285 VHR immatriculés (Société de l'assurance automobile du Québec, 2016). Ce nombre signifie que la région compte 22 VHR pour 100 habitants, alors qu'au Québec ce rapport est plutôt de 7 VHR pour 100 habitants. Ce nombre plus élevé de VHR au prorata de la population n'est pas nouveau et prévalait déjà à la fin des années 90. Il est donc raisonnable de croire qu'une partie de la surmortalité régionale par accidents de VHR soit attribuable au nombre plus élevé, en proportion, d'utilisateurs de ce type de véhicules en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec.

Figure 1 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) par accidents de véhicule hors route, 2009-2014p



Groupes plus nombreux à mourir d'un accident de VHR

Les hommes sont nettement plus nombreux, en proportion, que les femmes à mourir d'un accident de VHR, et ce, au Québec comme dans la région (tableau 1). Pour ce qui est de l'âge, il est difficile de tirer des conclusions fiables pour la région en raison de la grande imprécision des données. Au Québec, le groupe des 15-24 ans est celui qui obtient le plus haut taux de décès pour cette cause avec un taux de 1,0 pour 100 000, alors que ce taux est d'environ 0,7 dans les groupes d'âge suivants et de 0,3* chez les 0-14 ans (résultats non illustrés).

Tableau 1 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) par accidents de véhicule hors route, 2009-2014p

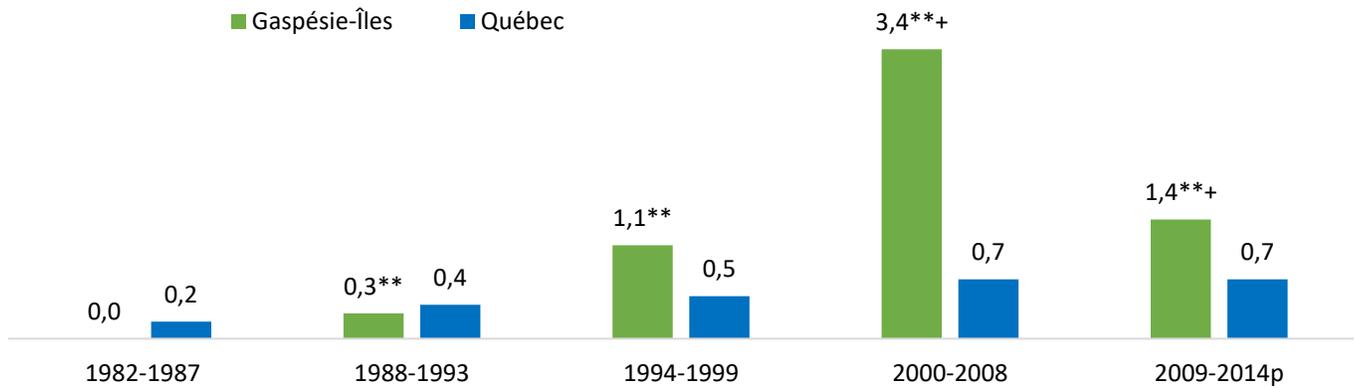
	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	2,9**+	1,1
Femmes	0,0	0,2
TOTAL	1,4**+	0,7

Évolution des décès depuis le début des années 80

Comme l'illustre la figure 2, au Québec et dans la région, le taux de décès attribuables aux accidents de VHR a eu tendance à augmenter depuis le début des années 80, à tout le moins jusqu'en 2000-2008. Les données des prochaines années seront intéressantes pour voir comment cet indicateur continuera d'évoluer dans le temps, d'autant que la popularité de ces véhicules en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine augmente sans cesse selon les données de la Société de l'assurance automobile du Québec.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.
+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 16,66 et 33,33 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 33,33 %, donnée fournie à titre indicatif seulement. P : Les données de 2013 et 2014 sont provisoires.
Sources : MSSS, Fichier des décès. Données compilées par la Direction de santé publique. Fichier MED-ÉCHO. Données extraites de l'Infocentre de santé publique.
Note : CIM-10 = V86.

Figure 2 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) par accidents de véhicule hors route, 1982-1987 à 2009-2014p

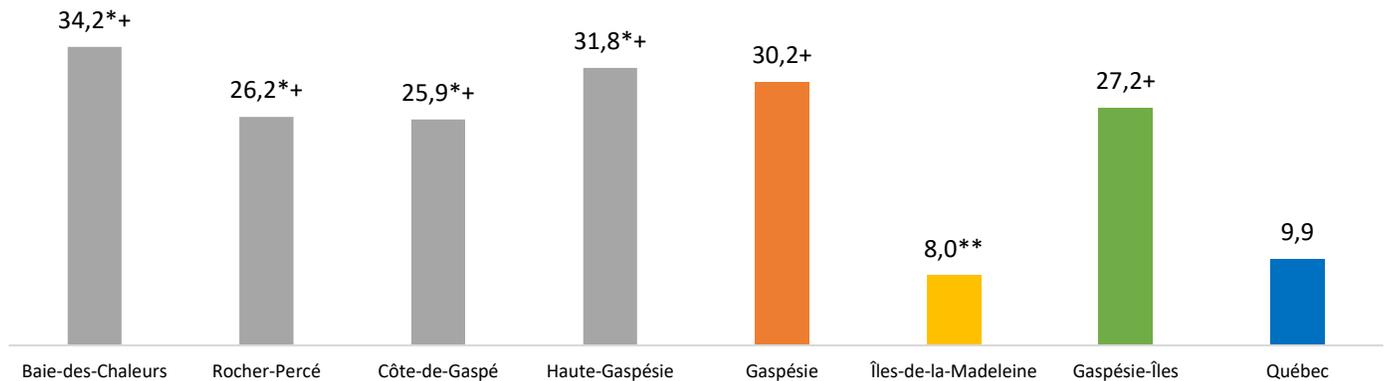


Les hospitalisations

Entre 2013 et 2015, **25** hospitalisations ont eu lieu en moyenne chaque année en raison des accidents de véhicule hors route dans la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Si les données d'hospitalisation témoignent en partie de la morbidité ou de l'état de santé d'une population, elles sont aussi influencées par d'autres facteurs comme la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, la disponibilité des lits et les pratiques médicales. Nous présentons donc les données hospitalières davantage à titre indicatif et invitons le lecteur à la prudence dans l'interprétation de ces données.

Figure 3 : Taux annuel moyen d'hospitalisations (pour 100 000) par accidents de véhicule hors route, 2013-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Précisons d'abord que pour toutes les causes d'hospitalisations confondues, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a historiquement toujours enregistré un taux d'hospitalisations supérieur à celui du Québec, et c'est encore le cas en 2013-2015 (surplus de 42 %). Les hospitalisations pour les accidents de VHR ne font pas exception comme en témoignent les résultats à la figure 3 où le taux régional est presque 3 fois plus élevé que celui du Québec. Encore ici, on ne peut exclure le fait que la plus grande popularité de ces véhicules dans la région explique une partie de l'écart défavorable que nous obtenons avec le Québec.

Groupes plus nombreux à être hospitalisés pour un accident de véhicule hors route

Comme pour les décès, le taux d'hospitalisations est clairement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (tableau 2, page suivante). De plus, au Québec, les mêmes groupes d'âge que pour les décès se démarquent des autres relativement aux hospitalisations, soit les 18-24 ans et les 65 ans et plus. Cette tendance est aussi notée dans la région (tableau 2).

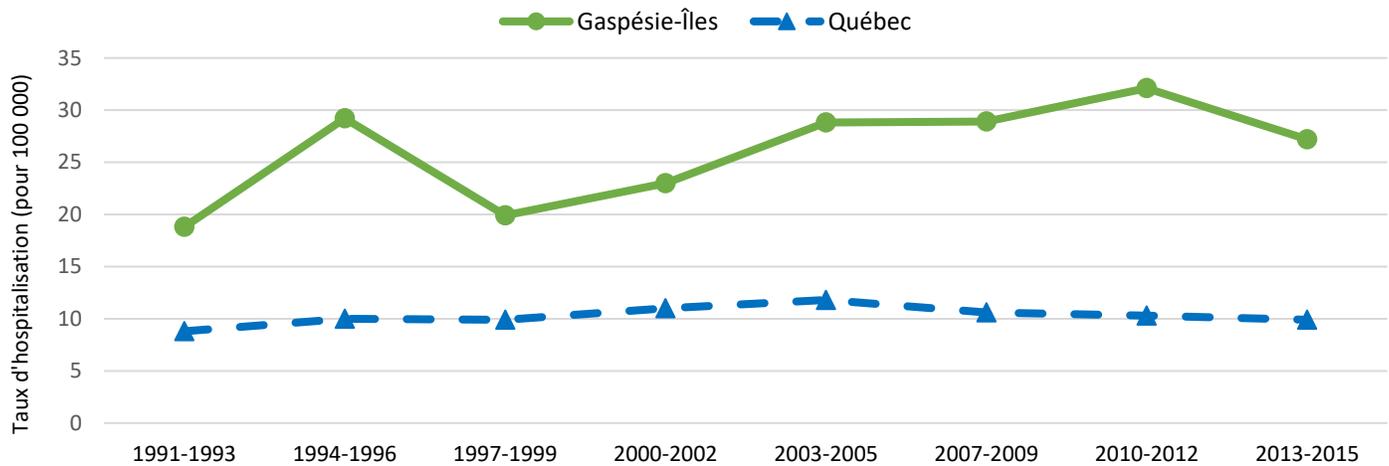
Tableau 2 : Taux annuel moyen d'hospitalisations (pour 100 000) par accidents de véhicule hors route, 2013-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	97,0+	46,1
Femmes	53,1+	29,8
Groupe d'âge†		
0-17 ans	33,9*+	16,5
18-24 ans	127,5*+	52,7
25-44 ans	81,3+	34,3
45-64 ans	68,9+	40,9
65 ans et plus	88,5+	53,8
TOTAL	74,9+	37,9

Évolution des hospitalisations consécutives aux accidents de véhicule à moteur

Au Québec, le taux d'hospitalisations attribuables aux accidents de VHR a légèrement augmenté jusqu'au milieu des années 2000 pour ensuite s'incliner et revenir sensiblement au même niveau que celui obtenu durant les années 90. La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a aussi connu une hausse de son taux d'hospitalisations au cours des années 90 et 2000, laquelle s'est interrompue en 2013-2015. Les données des prochaines années permettront de voir si cette baisse est ponctuelle ou si elle persiste dans le temps.

Figure 3 : Taux annuel moyen d'hospitalisations (pour 100 000) par accidents de véhicule hors route, 1991-1993 à 2013-2015



Note : Les données de l'année civile 2006 ne sont pas disponibles à l'Infocentre de santé publique.

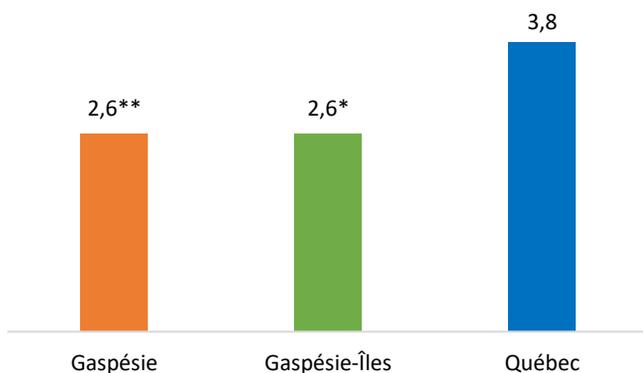
« Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les chutes représentent une problématique de santé publique, car elles peuvent être la cause de blessures, d'une perte d'autonomie, voire d'un décès (ICIS, 2011). Les chutes sont préoccupantes dans une population vieillissante, car elles sont plus fréquentes avec l'âge : environ le tiers des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile chute au cours d'une année (Fournier et autres, 2012). » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016, page 119) Rapporté à la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ceci signifie qu'environ 7 000 aînés de la région chutent chaque année et pour plusieurs, des blessures s'en suivront. Les blessures subies peuvent être sévères et limiter les capacités fonctionnelles des aînés, voire même entraîner la mort. Ce sont certaines de ces conséquences des chutes chez les aînés que nous présentons à l'intérieur de cette fiche, soit les blessures, les hospitalisations et les décès.

Les blessures dues aux chutes

En 2014-2015, environ **500** aînés de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vivant dans un logement non institutionnel se sont blessés à cause d'une chute de façon suffisamment grave pour limiter leurs activités normales.

Ce nombre correspond à une proportion de 2,6 % des aînés de la région (figure 1). À titre indicatif, cette proportion est de 3,5 % dans l'ensemble de la population (résultats non illustrés). Néanmoins, faut-il le rappeler, les chutes chez les aînés sont généralement plus lourdes de conséquences à long terme. D'ailleurs, comme nous le voyons plus loin, les aînés sont beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés en raison d'une chute que les autres groupes d'âge et même d'en décéder.

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 65 ans et plus victime d'une blessure causée par une chute au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2014-2015, selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP), la proportion d'aînés à s'être blessés suite à

une chute ne se différencie pas de celle du Québec (2,6 % contre 3,8 %) (figure 1). Précisons que les données par territoire local de résidence ne peuvent être publiées pour des raisons de confidentialité (effectifs trop faibles).

Groupes d'aînés plus nombreux à être victimes de blessures à cause d'une chute

Au Québec, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à rapporter s'être blessées suite à une chute (4,7 % contre 2,6 %). Le fait qu'elles vivent plus vieilles et qu'elles souffrent plus souvent d'ostéoporose que les hommes expliqueraient une partie de cette différence (MSSS en collaboration avec l'INSPQ, 2016). De même, ce genre de blessures est plus fréquent chez les aînés vivant seuls (5,5 %) que chez ceux vivant en couple (sans enfant) (2,8 %). Pour ce qui est du revenu du ménage, les données provinciales ne font ressortir aucune différence entre les personnes vivant dans un ménage à faible revenu et les autres (résultats non illustrés). Les données régionales sont trop imprécises pour tirer des conclusions fiables.

Ajoutons qu'au Québec, 61 % des aînés qui rapportent s'être blessés à cause d'une chute en 2014-2015 sont tombés à leur domicile (à l'intérieur ou aux alentours), faisant du domicile l'endroit où les aînés se blessent le plus. Puis, dans 20 % des cas environ, les personnes sont tombées dans un lieu public, 8,4 %* dans la résidence de quelqu'un d'autre ou aux alentours et 7,1 %* en plein-air (résultats non illustrés).

Évolution entre 2008 et 2014-2015

La prévalence des blessures causées par une chute en 2014-2015 ne peut être comparée avec celle de 2008 puisque la question de l'EQSP a été modifiée en 2014-2015 (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) relativement élevé, donnée à interpréter avec prudence. **CV très élevé, donnée fournie à titre indicatif seulement. P : les données 2013 et 2014 sont des données provisoires.

¹ Chute et chute présumée : Code CIM 10CA : W00-W19, X59 avec code de fracture (S02, S12, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92, T02, T14.2).

Sources : **Prévalence** : Institut de la statistique du Québec, EQSP 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique. **Hospitalisations** : MSSS, Fichier MED-ÉCHO, données extraites de l'Infocentre de santé publique. **Décès** : MSSS, Fichier des décès, données compilées par la DSP GÎM.

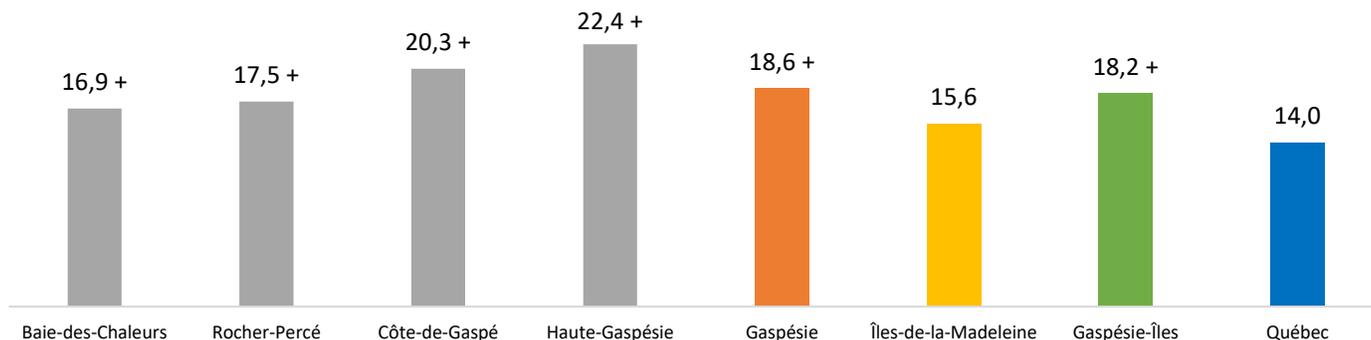
Les hospitalisations dues aux chutes

De 2013 à 2015, **390** hospitalisations ont eu lieu en moyenne chaque année chez les aînés de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en raison d'une chute accidentelle.

Cette moyenne annuelle d'hospitalisations correspond à un taux de 18,2 hospitalisations pour 1 000 personnes âgées dans la région. À titre indicatif, le taux d'hospitalisations pour cette cause chez les jeunes de 0-17 ans est de 1,5 pour 1 000 et de 1,9 chez les 18-64 ans.

Si les données d'hospitalisations témoignent en partie de la morbidité ou de l'état de santé d'une population, elles sont aussi influencées par d'autres facteurs comme la distance entre le lieu de résidence et le centre hospitalier, la disponibilité des lits et les pratiques médicales. Nous présentons donc les données hospitalières davantage à titre indicatif et invitons le lecteur à la prudence dans l'interprétation de ces données. Par exemple, une différence entre le taux d'hospitalisation de la région et celui du Québec ne signifie pas nécessairement une moins bonne santé de la population gaspésienne et madelinienne.

Figure 2 : Taux annuel moyen d'hospitalisations (pour 1 000) attribuables à une chute¹ accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus, 2013-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Comme c'est le cas de manière générale pour toutes les causes d'hospitalisations, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre un taux d'hospitalisations attribuables aux chutes accidentelles chez les aînés supérieur à celui du Québec en 2013-2015. Ce surplus est vrai chez les hommes comme chez les femmes, dans tous les groupes d'âge après 65 ans (tableau 1) et dans tous les RLS de la région, sauf aux Îles-de-la-Madeleine (figure 2).

Tableau 1 : Taux annuel moyen d'hospitalisations (pour 1 000) attribuable à une chute¹ accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus, 2013 à 2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe†		
Hommes	12,6+	9,5
Femmes	23,1+	17,6
Groupe d'âge†		
65-74 ans	7,4+	5,4
75-84 ans	21,1+	16,4
85 ans et plus	62,6+	46,3
TOTAL	18,2+	14,0

Groupes d'aînés plus nombreux à être hospitalisés à cause d'une chute

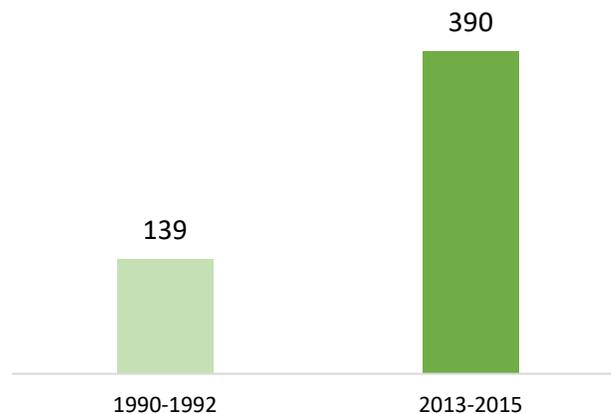
Les femmes sont plus souvent hospitalisées en raison d'une chute que les hommes (tableau 1), et ce, peu importe le groupe d'âge après 65 ans. De même, comme le montre le tableau 1,

plus les aînés progressent en âge, plus ils sont nombreux à être hospitalisés à cause d'une chute.

Évolution des hospitalisations dues aux chutes chez les aînés

En 1990-1992, on comptait chaque année une moyenne de 139 hospitalisations dues aux chutes chez les aînés de la région. Quelque vingt-cinq ans plus tard, cette moyenne est de 390, une hausse de 75 % (figure 3) et qui devrait vraisemblablement se poursuivre dans les prochaines années avec le vieillissement de la population.

Figure 3 : Nombre annuel moyen d'hospitalisations attribuables à une chute¹ accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine



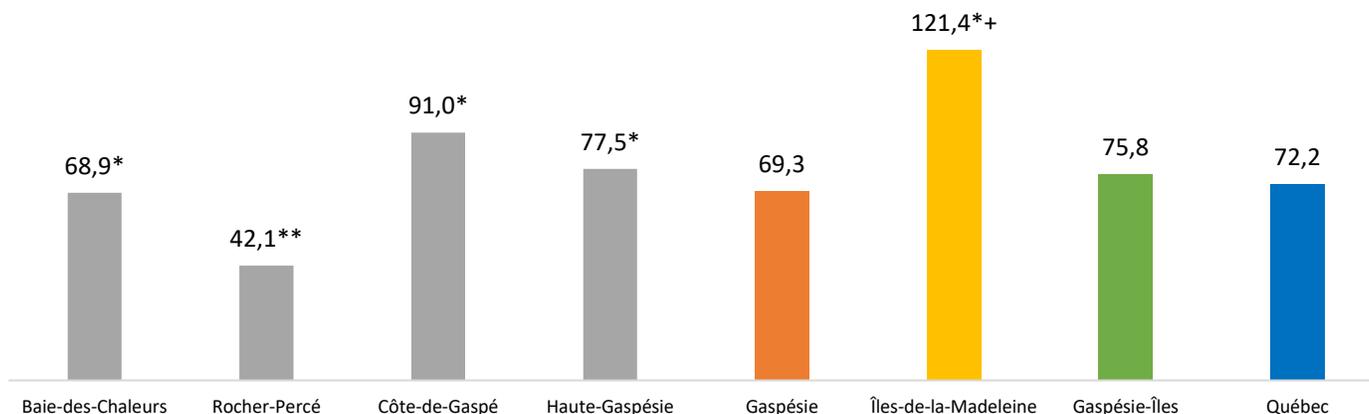
Les décès dus aux chutes

Entre 2010 et 2014, **15** aînés de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sont décédés en moyenne chaque année des suites d'une chute accidentelle.

Au cours des cinq années 2010 à 2014, un total de 76 décès liés aux chutes accidentelles ont été enregistrés chez les aînés de la

Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Ce nombre correspond à un taux annuel moyen de mortalité de 76 pour 100 000 (figure 4), alors que ce taux est de moins de 1 pour 100 000 avant 45 ans et d'environ 3 pour 100 000 chez les 45-64 ans (résultats non illustrés).

Figure 4 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) attribuables à une chute¹ accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus, 2010-2014p



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

En 2010-2014, le taux de décès par chute accidentelle chez les aînés de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ne se différencie pas de celui du Québec (76 pour 100 000 contre 72) (figure 4). Cette figure illustre les variations importantes qui existent d'un RLS à l'autre quant aux taux de décès par chute, celles-ci étant attribuables au nombre relativement faible de décès pour cette cause à l'échelle locale. Néanmoins, avec 15 décès dus aux chutes en 2010-2014, les Îles-de-la-Madeleine enregistrent un taux de décès pour cette cause supérieur à celui du Québec, ce qui n'était pas le cas au cours des périodes antérieures 2000-2004 et 2005-2009 (résultats non illustrés). Notons enfin que le taux régional ne se différencie pas de celui du Québec tant chez les hommes que chez les femmes et peu importe le groupe d'âge.

Groupes d'aînés plus nombreux à décéder à cause d'une chute

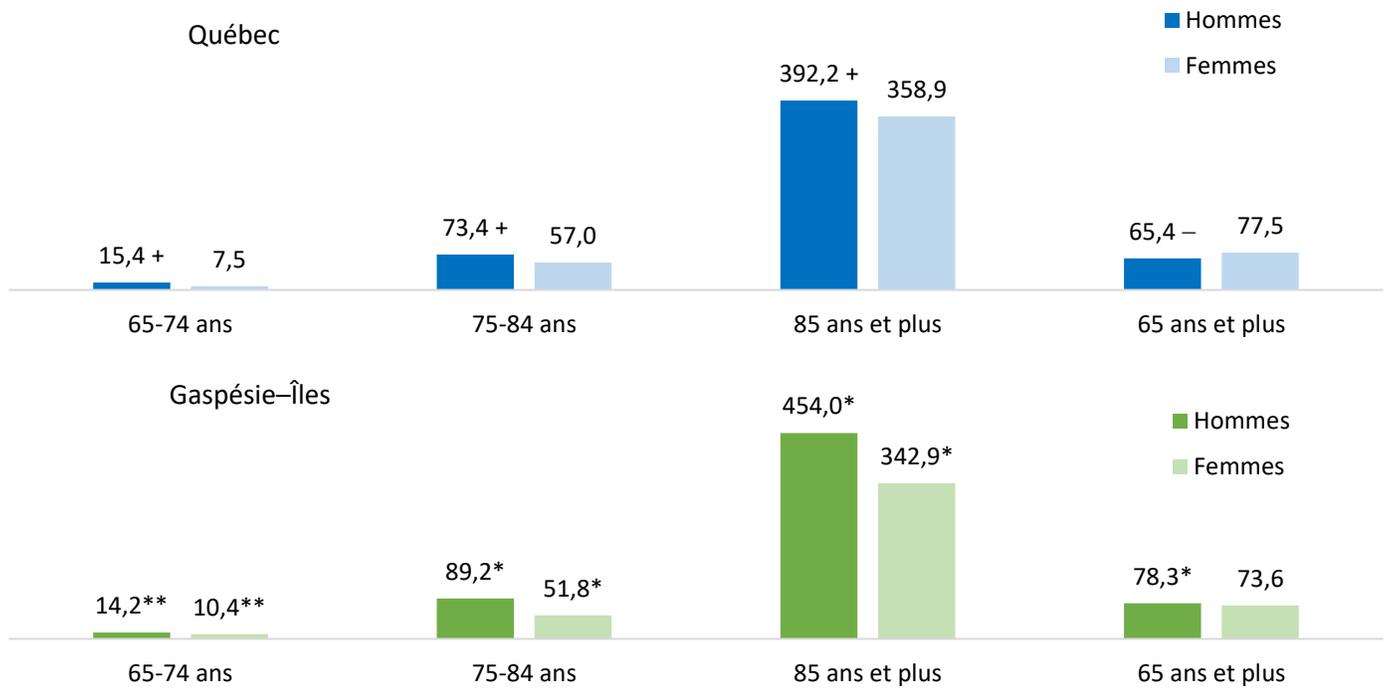
En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine comme au Québec, peu importe le groupe d'âge après 65 ans, les hommes ont un taux de décès par chute accidentelle supérieur à celui des femmes

(figure 5). Mais en raison du poids démographique plus élevé des femmes aux âges avancés et des hauts taux de décès après 85 ans, les femmes de 65 ans et plus au Québec sont globalement plus nombreuses que les hommes, toutes proportions gardées, à mourir d'une chute accidentelle (taux de 77,5 pour 100 000 contre 65,4) (figure 5). En d'autres mots, le risque est plus grand, si l'on veut, chez les hommes, mais la démographie fait en sorte que les femmes demeurent surreprésentées dans les statistiques de mortalité après 65 ans. Dans la région, le taux global de décès par chute ne se différencie toutefois pas selon le sexe (figure 5).

Évolution des décès dus aux chutes chez les aînés

Depuis 2000-2004, le taux de décès par chute accidentelle chez les aînés de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n'a pas varié de manière significative. Mais en raison du poids démographique de plus en plus grand des aînés, le nombre d'aînés décédés des suites d'une chute, lui, a augmenté en passant de 64 en 2000-2004 à 76 en 2010-2014 (résultats non illustrés).

Figure 5 : Taux annuel moyen de décès (pour 100 000) attribuables à une chute¹ accidentelle, selon le groupe d'âge et le sexe chez les personnes de 65 ans et plus, 2010-2014p

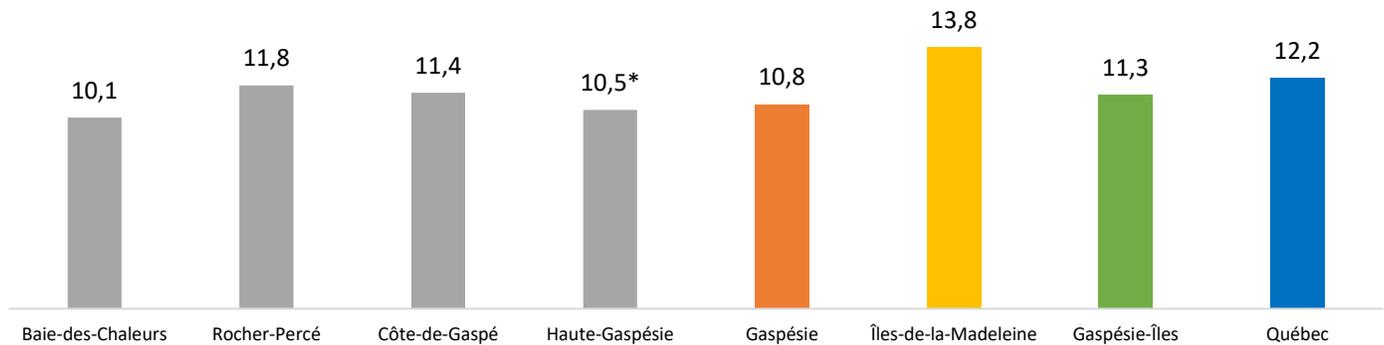


Les blessures causées par les mouvements répétitifs

En 2014-2015, **11 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine s'est blessée à cause de mouvements répétitifs.

Les blessures dues aux mouvements répétitifs sont causées par la surutilisation d'une articulation ou par la répétition fréquente d'un même mouvement (ex. : tennis elbow, tendinite).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus victime d'une blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), la proportion de la population de 15 ans et plus dans la région ayant subi, sur une période de 12 mois, une blessure à cause des mouvements répétitifs ne se différencie pas de celle du Québec (11 % contre 12 %). Ce constat est vrai, peu importe le sexe, le groupe d'âge et le territoire local de résidence (tableau 1 et figure 1).

Groupes plus nombreux à être victimes de blessures attribuables aux mouvements répétitifs

Les hommes et les femmes ne se différencient pas pour cet indicateur, ni les francophones et les anglophones de la région. L'âge est toutefois associé à la survenue de ces blessures, celles-ci étant plus fréquentes chez les personnes de 15 à 64 ans que chez les aînés (tableau 1). Les personnes vivant dans des ménages autres que ceux à faible revenu sont aussi plus touchées par les blessures dues aux mouvements répétitifs (12 % contre 8,8 % chez les personnes des ménages à faible revenu). À titre indicatif, pour environ la moitié des personnes rapportant ce type de blessure dans la région, la blessure s'est faite dans le cadre d'un travail rémunéré. Les tâches domestiques (tâches ménagères, travaux d'entretien extérieurs, rénovations de la maison ou tout autre travail non rémunéré) seraient à l'origine de la blessure, du moins en partie, pour environ 40 % des gens et la pratique d'un sport ou d'exercices physiques pour un peu plus de 25 % (résultats non illustrés). À noter que les personnes pouvaient indiquer plus d'un type d'activités, si bien que la somme n'équivaut pas à 100 %.

Évolution entre 2008 et 2014-2015

En 2008, 11 % de la population régionale de 15 ans et plus affirmait avoir été victime d'une blessure due aux mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois, une proportion qui n'a pas connu de variation significative en 2014-2015 (11 %). Au Québec, la proportion est de 12 % en 2008 et en 2014-2015.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 15 ans et plus victime d'une blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois, 2014-2015

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	11,1	12,5
Femmes	11,4	11,9
Groupe d'âge†		
15-24 ans	12,1*	10,8
25-44 ans	14,0	13,0
45-64 ans	13,2	15,0
65 ans et plus	5,6*	6,9
Langue parlée à la maison		
Français	11,3	11,9
Anglais	10,6**	15,3
Revenu du ménage†		
Faible revenu	8,8	10,8
Autres ménages	12,4	12,6
TOTAL	11,3	12,2

Aucun test n'a été fait pour comparer la région et le Québec selon la langue et le revenu (ex. : les francophones de la région versus ceux du Québec).

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

*Coefficient de variation (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 2008 et 2014-2015, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

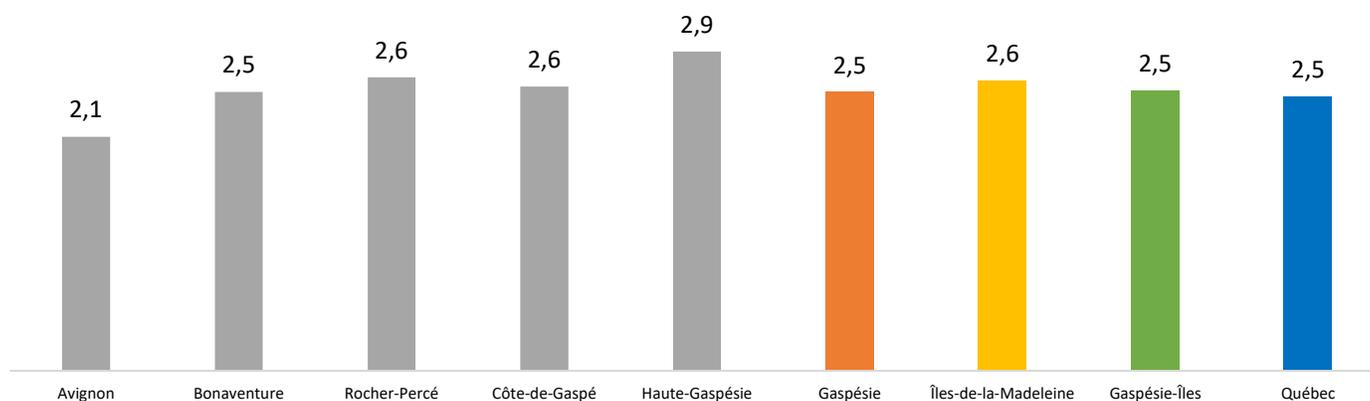
Les limitations d'activités

En 2015, **2,5 %** des enfants de 17 ans et moins en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont un handicap, c'est-à-dire une déficience ou un trouble du développement qui les limite de façon importante dans leurs activités de la vie quotidienne.

Cette proportion correspond à 332 enfants de 0 à 17 ans dans la région. Parmi eux, plus de 60 % ont un trouble du développement, les autres souffrant plutôt d'une déficience motrice, auditive, visuelle ou autre (résultats non illustrés).

Un enfant handicapé est un enfant qui a « ... 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. » (Thibault, 2016, p. 7).

Figure 1 : Proportion (en %) des enfants de 17 ans et moins avec un handicap, 2015



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon les données du programme de Soutien aux enfants de la Régie des rentes du Québec, 2,5 % des enfants de 17 ans et moins dans la région présentent un handicap en 2015, une proportion qui ne se différencie pas de celle du Québec (2,5 %) (figure 1). D'ailleurs, aucune MRC de la région ne se différencie du Québec à cet égard.

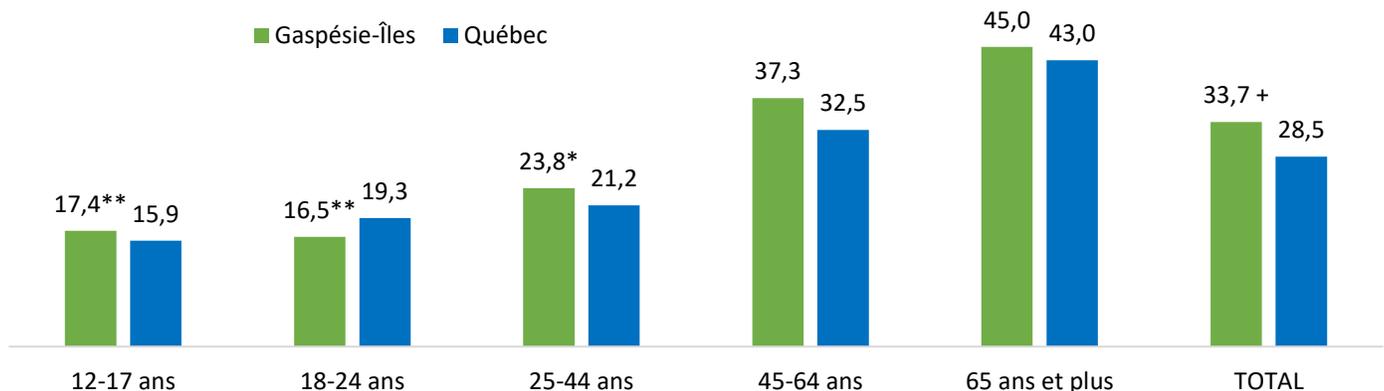
Évolution entre 2005 et 2015

Entre 2005 et 2015, la proportion des enfants avec un handicap au Québec a connu une hausse en grimpant de 2,0 % à 2,5 %. Bien que non significative, cette même tendance s'est observée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine où la proportion est passée de 2,2 % en 2005 à 2,5 % en 2015 (résultats non illustrés).

Source : Régie des rentes du Québec, programme de Soutien aux enfants, Statistiques de l'année 2015.

En 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.

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus vivant en ménage privé limitée dans sa participation à des activités selon le groupe d'âge, 2013-2014



Comparaison entre la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), la proportion de la population limitée dans sa participation à des activités en raison de son état de santé est supérieure à celle du Québec (34 % contre 29 %) (figure 1) (voir la définition des limitations d'activités dans l'encadré bleu à la page suivante). Cette différence est attribuable au fait que notre population est plus âgée que celle de la province, car lorsqu'on ajuste pour la structure d'âge, l'écart entre la proportion régionale et celle du Québec n'est plus significatif statistiquement (31 % contre 29 %) (résultats non illustrés). Néanmoins, il reste que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte, en proportion, davantage de personnes avec des limitations d'activités que le Québec, avec les conséquences que cela peut avoir notamment sur le système de santé et sur le marché du travail.

Groupes plus nombreux à avoir une limitation d'activités

Au Québec, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à déclarer être limitées dans leur participation à des activités (tableau 1). Ce constat s'explique en partie par leur plus grande espérance de vie, mais pas totalement puisqu'un écart persiste quand on ajuste pour l'âge. En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les données ne font ressortir

aucune différence entre les hommes et les femmes. Toutefois, dans la région comme au Québec, la prévalence des limitations d'activités augmente avec l'âge, celle-ci passant de 17 % chez les jeunes de 12-17 ans à 45 % chez les personnes de 65 ans et plus de la région (figure 1). Également, on peut voir au tableau 1 le gradient exercé par le revenu du ménage sur la prévalence des limitations, et ce, au Québec et en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Précisons que la relation entre les limitations d'activités et le revenu demeure vraie quand on ajuste pour l'âge.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus vivant en ménage privé limitée dans sa participation à des activités, 2013-2014

	Gaspésie–Îles	Québec
Sexe		
Hommes	34,7+	26,8
Femmes	32,6	30,1
Revenu du ménage† (échelle régionale)		
Quintile 1 (inférieur)	44,8	37,9
Quintile 2	41,9	31,5
Quintile 3	34,8	26,5
Quintile 4	30,6	24,1
Quintile 5 (supérieur)	14,6**	22,2
TOTAL	33,7+	28,5

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003 à 2013-2014, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

¹² Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

Évolution des limitations d'activités

En 2003, 29 % de la population de 12 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine avait une limitation d'activités, une proportion qui a progressé à 34 % en 2013-2014. Cette hausse s'explique essentiellement par le vieillissement qu'a connu la population au cours de cette période de 10 ans. Au Québec, la prévalence des limitations a peu varié durant la période (28 % en 2003 à 29 % en 2013-2014) (résultats non illustrés).

Les limitations d'activités

Les personnes limitées dans leur participation à des activités sont des personnes qui, en raison d'un état de santé physique ou mentale ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus), ont des difficultés à faire certaines activités quotidiennes (difficultés à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables) OU dont leur état de santé réduit la quantité ou le genre d'activités qu'elles peuvent faire à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres circonstances comme les loisirs ou les déplacements.

Le besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne¹³

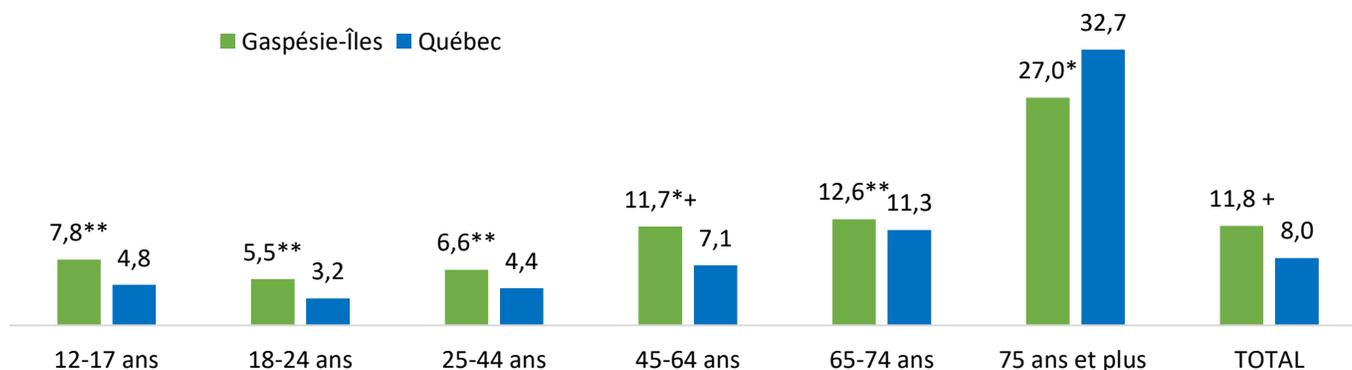
En 2013-2014, **12 %** de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vivant en ménage privé a besoin d'aide pour ses activités de la vie quotidienne (AVQ) en raison de son état de santé.

Cette proportion représente environ 9 400 personnes de 12 ans et plus dans la région.

Le besoin d'aide dans les AVQ

Cet indicateur a trait aux personnes qui, pour des raisons de santé physique ou mentale, ont besoin d'aide pour la réalisation des AVQ, comme la préparation des repas, les travaux ménagers quotidiens, les soins personnels (ex. : se laver, s'habiller, manger ou se déplacer dans la maison) et les commissions (ex. : épicerie, rendez-vous ou transactions bancaires) (Statistique Canada, 2006b, tiré de la fiche indicateur de l'Infocentre de santé publique).

Figure 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus vivant en ménage privé ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne selon le groupe d'âge, 2013-2014



Comparaison entre la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Québec

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014* (ESCC), la proportion de la population ayant besoin d'aide pour la réalisation des AVQ, à cause de son état de santé, est supérieure à celle du Québec (12 % contre 8,0 %) (figure 1). L'examen des données selon le sexe au tableau 1 montre que cet écart avec le Québec est uniquement le reflet de la situation des hommes, les femmes de la région ne se démarquant pas des Québécoises. Cet écart que nous observons entre les hommes de la région et les Québécois ne s'explique pas par notre structure d'âge plus vieille, car il persiste quand on contrôle pour ce facteur.

Groupes plus nombreux à avoir besoin d'aide pour les AVQ

Au Québec, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir besoin d'aide pour la réalisation de leurs AVQ (10 %

contre 5,6 %) (tableau 1, page suivante). Cette différence à la défaveur des femmes s'observe à tous les âges, l'écart étant particulièrement marqué chez les 75 ans et plus (41 % contre 22 % chez les hommes) (résultats non illustrés). Les résultats obtenus en 2013-2014 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne permettent pas de faire ressortir cette différence entre les hommes et les femmes. Mais, faut-il le rappeler, les données régionales selon le sexe doivent être interprétées avec prudence en raison de leur imprécision. Par ailleurs, comme l'illustre la figure 1, dans la région comme au Québec, la proportion de la population à avoir besoin d'aide est particulièrement élevée à compter de 75 ans. Enfin, au Québec, le besoin d'aide est plus fréquent chez les personnes vivant dans des ménages au revenu moindre, une tendance aussi notée dans la région.

Symboles : † Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de cette variable se différencient statistiquement. + ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05. *Coefficient de variation (CV) entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence. **CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

¹³ Cet indicateur n'est pas disponible à l'échelle locale.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 à 2013-2014*, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Tableau 1 : Proportion (en %) de la population de 12 ans et plus vivant en ménage privé ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, 2013-2014

	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Hommes	12,2*+	5,6
Femmes	11,3*	10,4
Revenu du ménage† (échelle régionale)		
Quintile 1 (inférieur)	19,5*	15,9
Quintile 2	21,6*+	10,8
Quintile 3	7,9**	5,7
Quintile 4	4,3**	4,1
Quintile 5 (supérieur)	4,1**	3,4
TOTAL	11,8+	8,0

Évolution du besoin d'aide pour les AVQ

Depuis 2003, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la proportion de personnes ayant besoin d'aide pour leurs AVQ a légèrement progressé en passant de 8,3 % à 12 % en 2013-2014, une hausse en partie associée au vieillissement de la population (résultats non illustrés).

Conclusion

L'objectif de ce document est de regrouper sous un même couvert les différentes fiches réalisées par la Direction de santé publique au cours de la dernière année, dans le cadre de la mise à jour du portrait de santé de la population gaspésienne et madelinienne. Ce document présente donc les données les plus récentes sur divers aspects de la santé et du bien-être de la population, compare la situation régionale à celle du Québec, trace l'évolution des problèmes de santé et des déterminants au cours des dernières années, voire des dernières décennies, et identifie les facteurs de vulnérabilité liés au sexe et à l'âge, de même qu'à la langue et au revenu lorsque les données le permettent. Selon nous, l'ensemble des données qui jalonnent ce portrait de santé est un complément aux observations et perceptions des intervenants et constitue un outil précieux pour mieux connaître la population avec et pour laquelle nous travaillons. C'est à tout le moins dans cet esprit que nous vous livrons cette édition 2017 du portrait sur *La santé et le bien-être de la population de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*.

Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Réduire les risques de la maladie cardiovasculaire au minimum*, site internet consulté en juillet 2017 à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladie-cardiovasculaire/reduire-risques-maladie-cardiovasculaire-minimum.html>

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition 2008*, Ottawa, 336 pages. (2008)

APRIL, NICOLE, CLAUDE BÉGIN, DENIS HAMEL ET RÉAL MORIN. *Portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015*, Institut national de santé publique du Québec, 24 pages. (2016)

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, 100 pages. (2010)

BARALDI, ROSANNA, KATRINA JOUBERT ET MONIQUE BORDELEAU. *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 135 pages. (2015)

BLANCHET, CAROLE AVEC LA COLLABORATION DE JULIE TRUDEL ET CÉLINE PLANTE. *Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois. Résumé du rapport « La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois »*, Institut national de santé publique du Québec, 12 pages. (2009)

CAMIRAND, HÉLÈNE, ISSOUF TRAORÉ ET JIMMY BAULNE. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p. (2016)

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Plan d'action régional de santé publique 2016-2021 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine : Pour améliorer ensemble notre santé*, 141 pages. (2016)

DECK, WILBER, PATRICK DUFORT ET JEAN ROUSSEAU. *Avis scientifique sur la pertinence d'offrir le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) aux femmes âgées de 70 à 74 ans*, Institut national de santé publique du Québec, 162 pages. (2016)

DUBÉ, NATHALIE ET CLAUDE PARENT. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : La santé mentale et psychosociale des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine-volet 2*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 131 pages. (2015)

DUBÉ, NATHALIE ET CLAUDE PARENT. *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : La santé physique et les habitudes de vie des jeunes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine-volet 1*, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 99 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)

DUTHEY, BÉATRICE. *Update on 2004 Background Paper 6.11, Alzheimer Disease and other Dementias*, 74 pages. (2013)

GIRARD, CHANTAL. « Naissances et fécondité », dans *Le bilan démographique du Québec, édition 2016*, Chapitre 2, Institut de la statistique du Québec, pages 31-49. (2016)

GIRARD, CHANTAL, ANNE BINETTE CHARBONNEAU ET FRÉDÉRIC F. PAYEUR. *Le bilan démographique du Québec, édition 2016*, Institut de la statistique du Québec, 171 pages. (2016)

GROUPE D'ÉTUDE THE LANCET ENDING PREVENTABLE STILLBIRTHS. *Mettre fin aux mortinaissances évitables*. Sommaire exécutif de la série The Lancet, 12 pages. (2016)

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES LIGNES DIRECTRICES POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN AU QUÉBEC. *Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 40 pages. (2011)

HELMER, CATHERINE, LESLIE GRASSET, KARINE PÉRÈS ET JEAN-FRANÇOIS DARTIGUES. *Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international*, dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, maladie d'Alzheimer et démences apparentées, numéros 28-29, septembre 2016, consulté à l'adresse http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/2016_28-29_2.html

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada*, 100 pages. (2009)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES. *Recueil des indicateurs de développement durable, mise à jour du 28 juin 2017*, 37 pages. (2017)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Panorama des régions du Québec, édition 2014*, 175 pages. (2014)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Décès et deuil périnatal*, 36 pages. (2011)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Les naissances de faible poids*, 13 pages. (année inconnue)

LADOUCEUR, STÉPHANE. *Revenu disponible, édition 2015*, Bulletin Flash, Institut de la statistique du Québec, 9 pages. (2016)

LANGA, KENNETH M. *Is the risk of Alzheimer's disease and dementia declining?* Mars 2015, article consulté en juillet 2017 à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374373/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 85 pages. (2015)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN COLLABORATION AVEC L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé de la population : portrait d'une richesse collective*, [Sixième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec], 86 pages. (2016)

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 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 et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le 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*, 162 pages. (2007)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal au Québec en 2015*, Statistiques, gouvernement du Québec, 33 pages. (2017)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants 2014*, Statistiques, gouvernement du Québec, 42 pages. (2016)

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants 2013*, Statistiques, gouvernement du Québec, 25 pages. (2015)

MINISTÈRE DES TRANSPORTS, DE LA MOBILITÉ DURABLE ET DE L'ÉLECTRIFICATION DES TRANSPORTS. *Portrait actuel des véhicules hors route*, 2017, site consulté en février 2017 à l'adresse <https://www.transports.gouv.qc.ca/fr/entreprises-partenaires/associations-VHR/Pages/Portrait-actuel-VHR.aspx>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, site internet consulté en décembre 2016 à l'adresse <http://www.emploi.quebec.gouv.qc.ca/citoyens/faire-le-bon-choix-professionnel/explorer-un-metier-ou-une-profession/information-sur-le-marche-du-travail/definitions-enquete-sur-la-population-active/>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, site internet consulté en décembre 2016 à l'adresse <https://www.mtess.gouv.qc.ca/statistiques/prestataires-assistance-emploi/archives.asp>

NOLIN, BERTRAND. *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Indicateurs d'activité physique : brève description et possibilités d'utilisation*, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec, 4 pages. (2016)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, site internet consulté en septembre 2017 à l'adresse http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/fr/

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, site internet consulté en septembre 2017 à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/

PIGEON, ÉTIENNE ET ISABELLE LAROCQUE. *Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007*, Surveillance des maladies chroniques, numéro 5, Institut national de santé publique du Québec, 11 pages. (2011)

REVENU QUÉBEC. Site internet consulté en décembre 2016 à l'adresse <http://www.revenu.quebec.ca/fr/salle-de-presse/statistiques/revenu-total-des-particuliers.aspx>

SANTÉ CANADA. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, consulté à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques sur le cancer du sein*, site internet consulté en juillet 2017 à l'adresse <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/statistics/?region=on>

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques sur le cancer de la prostate*, site internet consulté en juillet 2017 à l'adresse <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/prostate/statistics/?region=qc>

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017. Sujet particulier : Le cancer du pancréas*, Toronto, 146 pages. (2017)

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Profil détaillé des faits et des statistiques touchant l'alcool et les drogues au volant*, 32 pages. (2017)

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Bilan 2015 : accidents, parc automobile et permis de conduire-dossier statistique*, 221 pages. (2016)

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Bilan routier 2015*, 24 pages. (année inconnue)

STATISTIQUE CANADA, site internet consulté en septembre 2017 à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-208-x/2010001/def-fra.htm>

STATISTIQUE CANADA. *Les frais de logement*, site internet consulté en octobre 2017 à l'adresse <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=ER&Code1=2410&Geo2=PR&Code2=24&Data=Count&SearchText=Gaspesie&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=Housing&TABID=1>

THIBAUT, CHANTALE. *Soutien aux enfants : statistiques de l'année 2015*, Retraite Québec, 37 pages. (2016)

THIBODEAU, LISE ET PAUL-ANDRÉ PERRON. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014 – Mise à jour 2017*, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec, 23 pages. (2017)

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, 62 pages. (2009)



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

Québec 