



**Les inégalités sociales de santé
en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine**

*Mise à jour
2022*

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

Québec 

Rédaction du document :

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

Révision du contenu

Ariane Courville, médecin spécialiste en santé publique

Révision du contenu (de la première édition en 2018)

Ariane Courville, médecin spécialiste en santé publique

Suzanne Gérin-Lajoie, responsable régionale des dossiers de la sécurité alimentaire et du développement des communautés

Yv Bonnier Viger, Directeur régional de santé publique

Correction orthographique et linguistique (de la première édition en 2018) :

Suzanne Labbé, agente administrative

Production et diffusion :

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

Image de la page couverture :

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

Référence suggérée :

DUBÉ, Nathalie. *Les inégalités sociales de santé en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 28 pages. (Mise à jour 2022)

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN : 978-2-550-91693-2 (version PDF)

Table des matières

Introduction.....	5
Les conditions socioéconomiques des territoires locaux de la région.....	6
Les déterminants de la santé.....	7
Les habitudes de vie	7
Le statut pondéral	8
Le recours aux services préventifs.....	8
Les problèmes de santé et de bien-être	9
L'état de santé globale.....	9
La santé des nouveau-nés	10
La maternité à l'adolescence et la diplomation au secondaire	10
La santé mentale et le suicide	11
Les maladies chroniques	12
La santé buccodentaire.....	13
La santé au travail	14
La santé environnementale	14
Les limitations d'activités.....	15
Les caractéristiques des plus démunis.....	16
Selon le revenu médian des particuliers.....	16
Selon le taux de faible revenu	17
Que dégager de ces résultats?	18
Conclusion.....	21
Notes méthodologiques	25
Références.....	27

Introduction

*Ce document est la deuxième **Mise à jour** de celui publié sous le même titre en 2018. Il présente les données les plus récentes disponibles et le texte a uniquement été modifié pour tenir compte de ces nouvelles données. Autrement, le contenu et la structure du rapport sont inchangés.*

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

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

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

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

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

Les conditions socioéconomiques des territoires locaux de la région

Nous avons retenu cinq indicateurs relativement connus pour examiner la situation socioéconomique des territoires locaux de la région, soit le taux d'emploi, le taux de chômage, le taux d'assistance sociale, le revenu disponible par habitant et l'indice de vitalité économique. Ce dernier indice, développé par l'Institut de la statistique du Québec, est un indice composite formé de trois indicateurs, soit le taux de travailleurs de 25 à 64 ans, le revenu médian (avant impôt) des particuliers de 18 ans et plus et le taux d'accroissement annuel moyen sur 5 ans de la population (Ladouceur, 2018).

Comme on peut le lire au tableau 1, peu importe l'indicateur, la communauté maritime des Îles-de-la-Madeleine est en tête de peloton des six territoires locaux de la région en affichant les meilleures notes, suivie de La Côte-de-Gaspé pour quatre des cinq indicateurs. En contrepartie, les territoires de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie obtiennent les moins bons résultats, La Haute-Gaspésie se classant systématiquement la dernière en enregistrant le plus faible taux d'emploi, les plus hauts taux de chômage et d'assistance sociale, ainsi que le revenu par habitant et l'indice de vitalité économique les plus faibles de la région (tableau 1). Conséquemment, il n'est pas étonnant de constater que selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* (EQSP), c'est dans le Rocher-Percé et La Haute-Gaspésie que les proportions de personnes à se percevoir pauvres ou très pauvres sont les plus élevées et inversement que les proportions à se considérer à l'aise financièrement sont les plus faibles (Dubé, 2017). Enfin,

ajoutons à titre indicatif que parmi les 104 MRC du Québec, celles du Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie arrivent aux 103^{ème} et 104^{ème} rangs, faisant de ces territoires les MRC les plus dévitalisées du Québec (Institut de la statistique du Québec, 2018).

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

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

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

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

Taux d'emploi 15 ans et plus (2016)	Taux de chômage 15 ans et plus (2016)	Taux d'assistance sociale moins de 65 ans (mars 2021)	Revenu disponible par habitant (2019p)	Indice de vitalité économique (2018)
Îles-de-la-Madeleine (54,7 %)	Îles-de-la-Madeleine (12,0 %)	Îles-de-la-Madeleine (2,7 %)	Îles-de-la-Madeleine (31 672\$)	Îles-de-la-Madeleine (-4,56)
Côte-de-Gaspé (50,7 %)	Côte-de-Gaspé (12,4 %)	Avignon (5,2 %)	Côte-de-Gaspé (29 139\$)	Côte-de-Gaspé (-4,65)
Bonaventure (45,1 %)	Rocher-Percé (14,9 %)	Côte-de-Gaspé (5,6 %)	Avignon (28 778\$)	Bonaventure (-9,89)
Avignon (43,9 %)	Bonaventure (16,5 %)	Bonaventure (5,8 %)	Rocher-Percé (28 203\$)	Avignon (-13,02)
Rocher-Percé (42,6 %)	Avignon (18,0 %)	Rocher-Percé (8,8 %)	Bonaventure (28 038\$)	Rocher-Percé (-15,41)
Haute-Gaspésie (38,4 %)	Haute-Gaspésie (20,5 %)	Haute-Gaspésie (11,4 %)	Haute-Gaspésie (25 820\$)	Haute-Gaspésie (-21,24)

¹ Pour tous les indicateurs, les données sont celles des MRC, sauf pour le taux d'assistance sociale dans les territoires de La Haute-Gaspésie, de La Côte-de-Gaspé et de Rocher-Percé, dont le découpage géographique n'est pas celui des MRC mais des réseaux locaux de services du MSSS (RLS).

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

Les déterminants de la santé

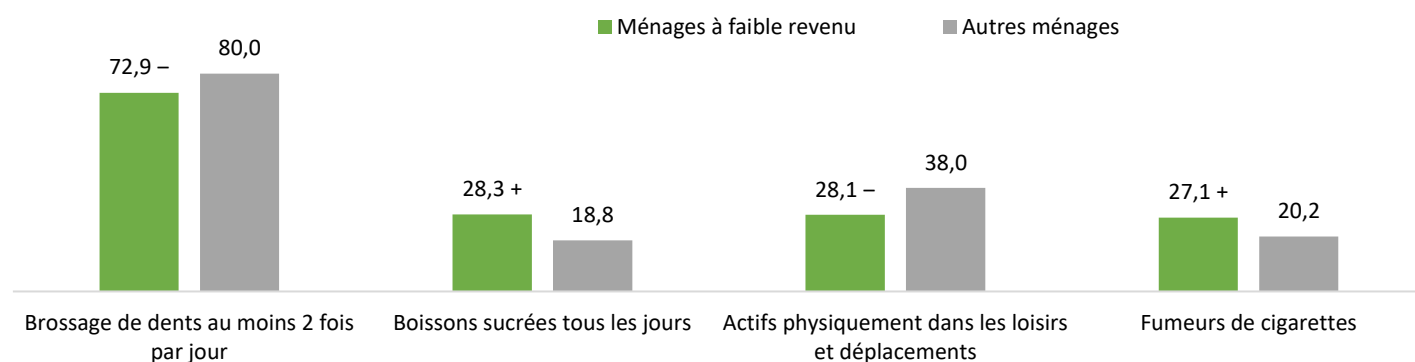
Les habitudes de vie

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

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

revenu du ménage (voir la mesure de faible revenu utilisée dans l'ESCC dans les [notes méthodologiques](#)). La proportion de personnes mangeant au moins 5 fois par jour des fruits et légumes passe en effet de 40 % chez les personnes vivant dans les ménages au revenu inférieur à 60 % chez celles appartenant aux ménages les plus aisés (résultats non illustrés). Les données du tableau 2 montrent par ailleurs la relation entre le revenu du ménage et la **consommation d'alcool**, cette relation étant cependant inversée, c'est-à-dire que c'est chez les personnes les plus favorisées financièrement que la proportion de buveurs d'alcool est la plus élevée avec 89 % environ (quintiles 3, 4 et 5) contre 64 % chez celles des ménages les moins favorisés (quintile 1). Également, la **consommation abusive d'alcool**, c'est-à-dire le fait d'avoir pris 5 verres ou plus en une même occasion chez les hommes et 4 ou plus chez les femmes, au moins une fois par mois sur une période d'une année, est un comportement plus répandu chez les personnes vivant dans les ménages les plus favorisés. En effet, environ le quart des personnes appartenant aux ménages les plus aisés (quintiles 3, 4 et 5) ont eu une consommation abusive d'alcool en 2017-2018 contre moins de 15 % chez celles vivant dans les ménages au revenu inférieur (quintiles 1 et 2) (tableau 2).

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



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

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

Tableau 2 : Habitudes de vie (en %) chez les 12 ans et plus associées au revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2017-2018

Habitudes de vie	Revenu du ménage (échelle régionale)				
	Quintile 1 (inférieur)	Q2	Q3	Q4	Quintile 5 (supérieur)
Proportion ayant consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois †	64,1	73,3	88,3	88,4	90,3
Proportion ayant une consommation abusive d'alcool au moins une fois par mois dans les 12 derniers mois †	11,1*	16,1*	24,3*	25,4	29,5

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

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

Source : Statistique Canada, ESCC 2017-2018.

Le statut pondéral

Le surplus de poids est associé au revenu du ménage, mais de manière différente selon que l'on examine l'embonpoint ou l'obésité. Pour ce qui est d'abord de l'embonpoint, il est associé au revenu du ménage mais seulement chez les hommes et de manière inversée, c'est-à-dire que ce ne sont pas les hommes vivant dans les ménages à faible revenu qui sont les plus fortement touchés, mais les autres (50 % contre 36 %) (tableau 3). Cette situation n'est pas unique à la région; elle prévaut aussi chez les Québécois (44 % contre 37 % chez les hommes des ménages les plus pauvres) (résultats non illustrés). Sur cet indicateur, les territoires locaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne se différencient pas beaucoup les uns les autres, la prévalence de l'embonpoint chez les hommes variant de 43 % à Rocher-Percé à 50 % dans La Côte-de-Gaspé (Dubé, 2017).

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

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

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

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

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

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

Le recours aux services préventifs

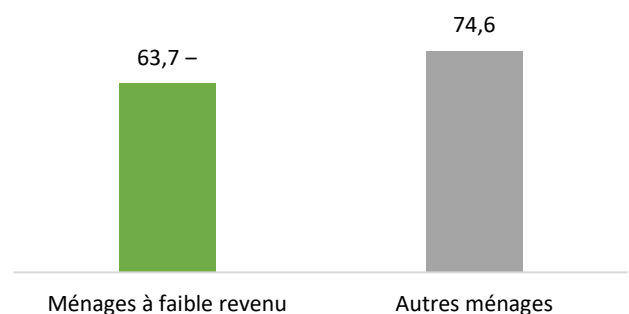
Il est d'abord intéressant de souligner que la proportion d'adultes ayant fait prendre leur tension artérielle lors de leur dernière visite médicale n'est pas associée au revenu du ménage. En effet, 90 % des personnes vivant dans un ménage à faible revenu en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont bénéficié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

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

Enfin, les données dont on dispose sur la mammographie de dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ne fournissent aucune information sur la situation économique des femmes. Notons toutefois qu'au cours des deux années 2019 et 2020, la MRC Avignon enregistre la plus faible proportion de femmes de 50 à 69 ans s'étant

prévalu de ce service (40 %), suivie de La Haute-Gaspésie avec 46 %. Le faible taux de participation à Avignon 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. C'est par ailleurs La Côte-de-Gaspé qui obtient la proportion la plus élevée (65 %), suivie des Îles-de-la-Madeleine avec 61 % (résultats non illustrés).

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



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

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

Les problèmes de santé et de bien-être

L'état de santé globale

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

Quant à l'**espérance de vie**, rappelons que nous ne disposons pas du revenu de la personne ou de toute autre donnée économique personnelle dans le fichier des décès. Les données des territoires locaux indiquent que les populations de La Haute-Gaspésie et d'Avignon sont celles avec les plus faibles espérances de vie de la région en 2014-2018 (77,8 ans et 79,5 ans respectivement) (figure 4). À l'opposé, la MRC de Bonaventure et les Îles-de-la-Madeleine enregistrent les plus

longues durées de vie. Comme l'illustre la figure 5, La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé ont souvent été aux derniers rangs au chapitre de l'espérance de vie, tandis que la MRC Bonaventure et l'Archipel ont généralement obtenu les espérances de vie les plus élevées.

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

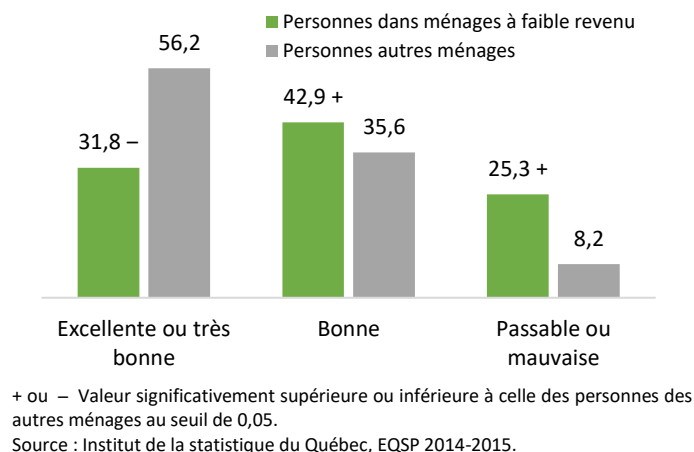


Figure 4 : Espérance de vie à la naissance (en années), sexes réunis, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2018

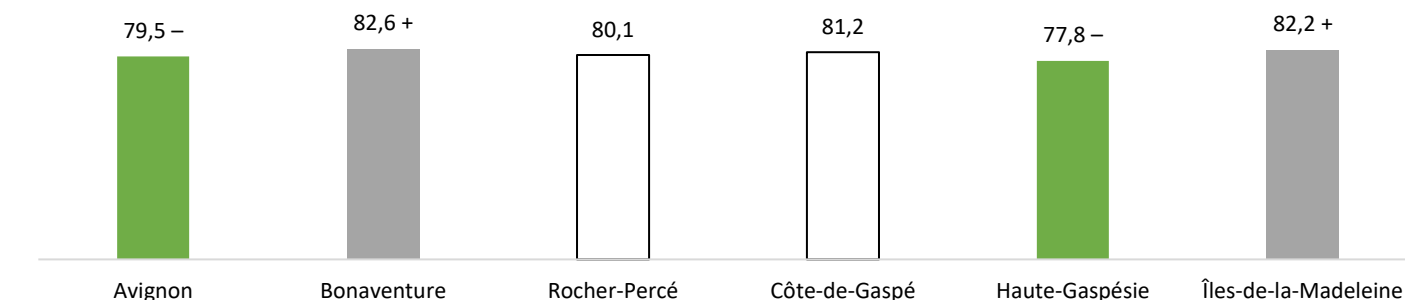
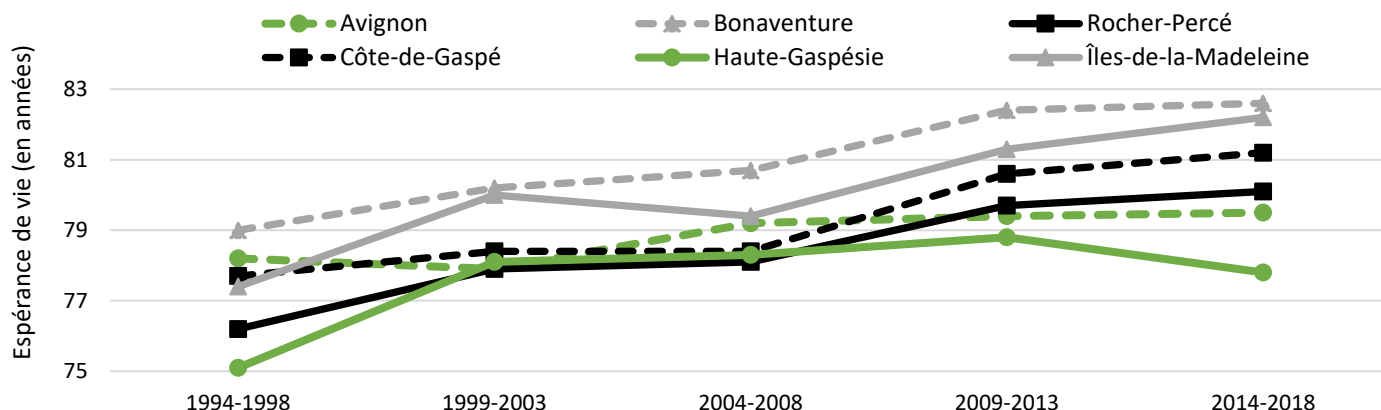


Figure 5 : Espérance de vie (en années), sexes réunis, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1994-1998 à 2014-2018

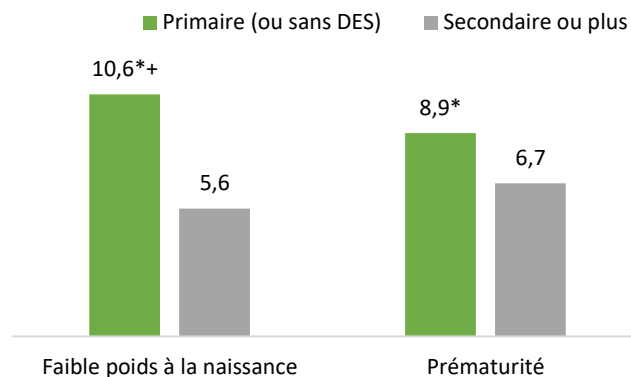


Source : MSSS, Fichier des décès, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

La santé des nouveau-nés

Au chapitre de la santé des nouveau-nés, un lien très clair se dégage entre la scolarité de la mère et l'[insuffisance de poids à la naissance](#). Comme l'illustre en effet la figure 6, en 2015-2019, les mères n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES) sont davantage susceptibles que les mères plus scolarisées de donner naissance à des bébés de faible poids (11 % contre 5,6 %). Ce constat prévalait aussi en 2013-2015. Cette même tendance, quoique non significative, est aussi observée en ce qui a trait à la [prématurité](#) (figure 6). Rappelons qu'en 2013-2015, le lien entre la scolarité des mères et la durée de gestation des nouveau-nés était significatif dans la région comme au Québec d'ailleurs.

Figure 6 : Proportion (en %) de bébés de faible poids à la naissance et de bébés prématurés selon le dernier niveau de scolarité réussi par la mère, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2015-2019



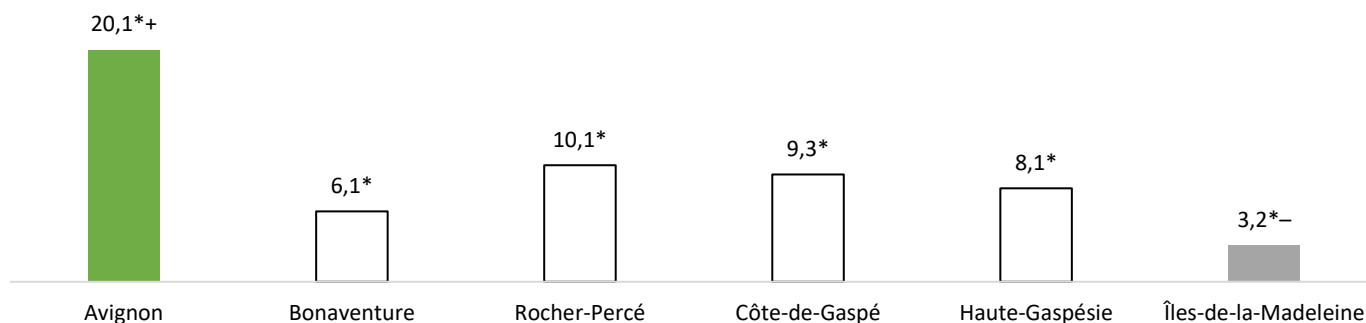
*CV entre 16,7 et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence
 +Valeur sign. supérieure à celle des mères plus scolarisées au seuil de 0,05.
 Source : MSSS, Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique

La maternité à l'adolescence et la diplomation au secondaire

De manière générale, plus les femmes sont scolarisées, plus elles ont leurs enfants tardivement dans leur vie reproductive. En 2015-2019, l'[âge moyen des femmes au moment de l'accouchement](#) est de 25,1 ans pour celles sans DES, alors qu'il est de 27,3 ans chez les femmes qui ont un DES, de 29,5 ans chez celles ayant un niveau collégial et de 31,0 ans chez celles avec un niveau universitaire (résultats non illustrés). Quant au taux de [maternité chez les jeunes femmes de 15-19 ans](#), il est

significativement supérieur dans la MRC Avignon et moindre aux Îles-de-la-Madeleine (figure 7). Le taux élevé observé dans la MRC d'Avignon n'est pas nouveau et s'explique sans doute en bonne partie par la plus forte fécondité des jeunes femmes de la communauté anglophone (Dubé, 2018f) dont font majoritairement partie les communautés autochtones de Listuguj et Gesgapegiag.

Figure 7 : Taux de fécondité (pour 1 000) chez les jeunes femmes de 15-19 ans, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2015-2019

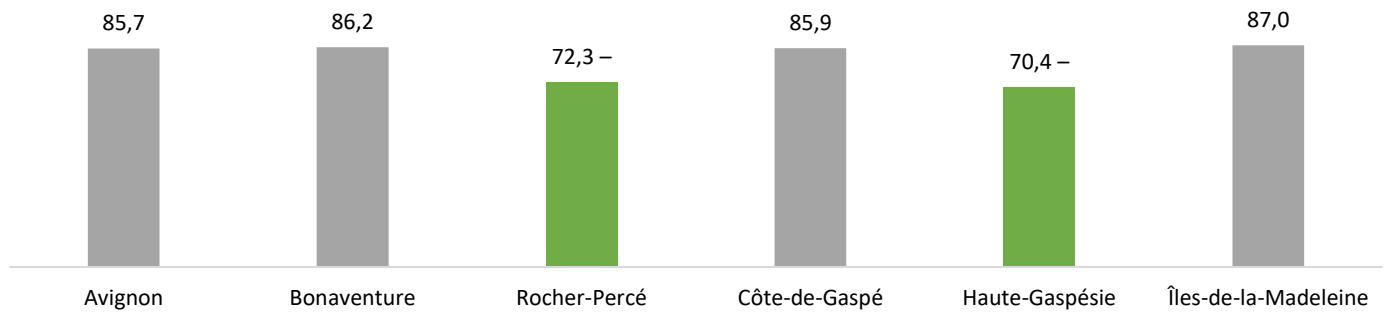


*Coefficient de variation (CV) entre 16,7 et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence.
 + ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,05.
 Source : MSSS, Fichier des naissances, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Pour ce qui est de la [diplomation au secondaire](#), c'est dans les MRC de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie qu'elle est la plus faible. En effet, c'est dans ces deux territoires que les proportions d'élèves inscrits en 1^e secondaire en 2011-2012

ayant obtenu un diplôme ou une qualification 7 ans plus tard, soit en 2018-2019, sont les plus faibles avec 72 % et 70 % respectivement (figure 8).

Figure 8 : Taux de diplomation et de qualification (en %) après 7 ans des jeunes inscrits en 1^e secondaire en 2011-2012, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2018-2019



–Valeur significativement inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,05.

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

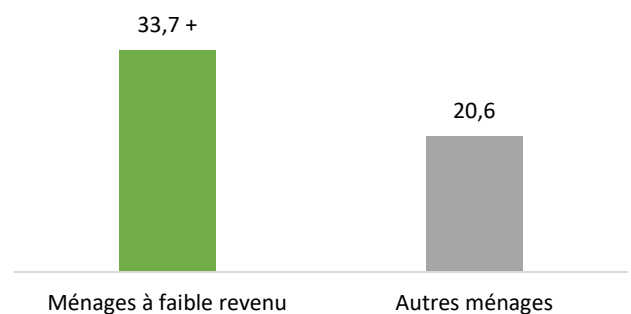
La santé mentale et le suicide

Généralement, plus le revenu du ménage augmente, plus le bilan que font les gens de leur santé mentale est positif. Les données de l'ESCC 2017-2018 pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne font pas ressortir ce gradient, mais indiquent tout de même que 61 % des personnes vivant dans un ménage au revenu inférieur (quintile 1) [perçoivent leur santé mentale](#) excellente ou très bonne, alors que cette proportion est environ de 75 % chez celles des autres ménages plus favorisés (tableau 4). De même, bien qu'une forte majorité de la population soit [satisfaite de sa vie](#), peu importe le revenu du ménage, les moins nantis (quintile 1) sont désavantagés par rapport aux autres en 2017-2018 (tableau 4).

Par ailleurs, les personnes les plus démunies sont davantage susceptibles de se situer au niveau élevé à l'indice de [détresse psychologique](#). En 2014-2015, plus du tiers (34 %) des personnes vivant dans les ménages les plus pauvres de la région se situait au niveau élevé à cet indice contre 21 % chez les autres personnes (figure 9). Pour cet indicateur, La Haute-Gaspésie obtient une proportion supérieure à celle du reste de la région, tandis que les Îles-de-la-Madeleine enregistre une proportion nettement inférieure à celle des autres territoires de la Gaspésie (18 % contre 25 %) ([Dubé, 2017](#)). La communauté maritime des Îles-de-la-Madeleine est également le territoire de la région où la prévalence des [troubles mentaux](#) est la plus faible en 2019-2020 avec 6,7 %, alors que Rocher-Percé obtient la prévalence la plus élevée avec 15 % (figure 10).

Notons aussi qu'au chapitre de la [mortalité par suicide](#), l'Archipel a toujours enregistré, au cours des 35 dernières années, des taux de suicide relativement bas et moindres que ceux des autres territoires. Et c'est encore le cas en 2014-2018. À ce sujet, mentionnons que les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont associées au revenu du ménage. Selon l'EQSP 2014-2015, en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 4,8 % des personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage à faible revenu ont [sérieusement songé au suicide ou ont tenté de se suicider](#) sur une période de 12 mois contre 2,2 % chez les autres personnes (résultats non illustrés).

Figure 9 : Proportion (en %) des 15 ans et plus se situant au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015



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

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

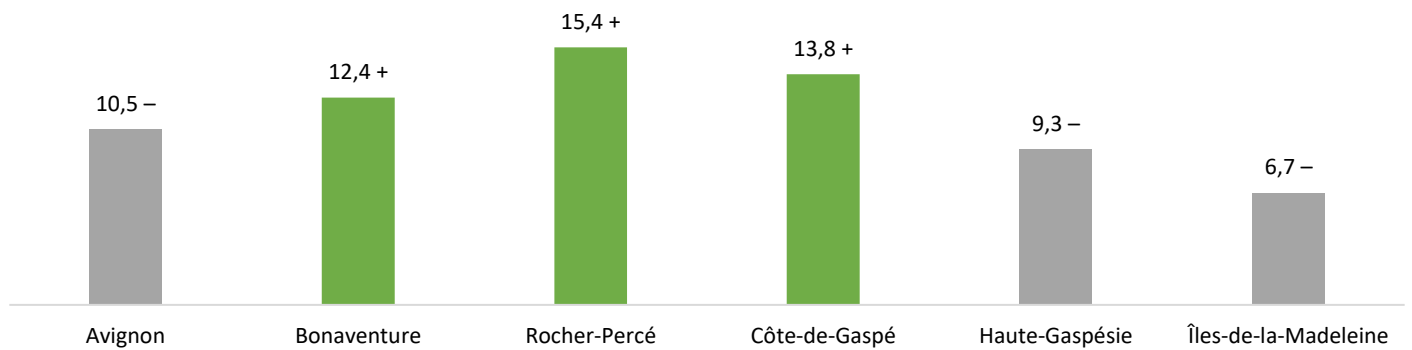
Tableau 4 : Indicateurs de la santé mentale (en %) chez les 12 ans et plus associés au revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2017-2018

Indicateurs de la santé mentale	Revenu du ménage (échelle régionale)				
	Quintile 1 (inférieur)	Q2	Q3	Q4	Quintile 5 (supérieur)
Proportion percevant excellente ou très bonne sa santé mentale †	60,7	74,5	72,4	79,7	75,6
Proportion satisfaite ou très satisfaite de sa vie †	87,5	94,2	96,5	96,0	97,8

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

Source : Statistique Canada, ESCC 2017-2018, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Figure 10 : Prévalence annuelle ajustée (en %) des troubles mentaux chez les un an et plus, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2019-2020



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

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système de surveillance des maladies chroniques du Québec, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Les maladies chroniques

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

Pour ce qui est d'abord de la prévalence des maladies chroniques, on peut lire au tableau 5 que le territoire de Rocher-Percé se démarque des autres en enregistrant, en 2019-2020, des proportions plus élevées d'[hypertension artérielle](#) (HTA), de [maladies pulmonaires obstructives chroniques](#) (MPOC), de [diabète](#) et de [cardiopathies ischémiques](#) que dans le reste de la région, tandis que La Côte-de-Gaspé affiche à l'inverse des prévalences systématiquement plus faibles sauf pour les cardiopathies ischémiques (tableau 5).

Tableau 5 : Prévalence ajustée (en %) de certaines maladies chroniques, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2019-2020

	Avignon	Bonaventure	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine
HTA (20 ans et plus)	22,7	24,5	26,9+	22,3-	25,1+	19,2-
MPOC (35 ans et plus)	15,1+	10,1-	14,1+	8,4-	16,4+	6,7-
Diabète (1 an et plus)	8,4	7,7	8,9+	6,6-	8,3	8,6+
Cardiopathies ischémiques (20 ans et plus)	9,6-	10,3-	12,2+	12,2+	11,1	12,3+

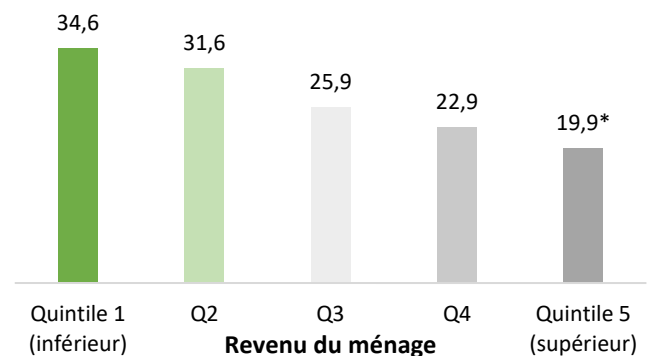
+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,01.

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système de surveillance des maladies chroniques du Québec, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Selon par ailleurs l'ESCC 2017-2018, 16 % de la population de 12 ans et plus en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine vivant dans les ménages les moins nantis (quintiles 1 et 2) a déjà eu un diagnostic d'[asthme](#) contre environ 8 % chez les personnes des autres ménages (résultats non illustrés).

Toujours selon cette enquête, 35 % des personnes de 12 ans et plus vivant dans les ménages les plus pauvres de la région souffrent d'[arthrite ou d'arthrose](#) (sauf la fibromyalgie) en 2017-2018, une proportion qui diminue au fur et à mesure où le revenu augmente pour se situer à 20 % chez les mieux nantis (figure 11).

Figure 11 : Proportion (en %) des 12 ans et plus souffrant d'arthrite ou d'arthrose (sauf la fibromyalgie), selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2017-2018



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

Source : Statistique Canada, ESCC 2017-2018, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Au chapitre de la mortalité, on observe au tableau 6 que le territoire de Rocher-Percé enregistre en 2014-2018 des taux de [décès par cancer](#), par [cancer pulmonaire](#), par [maladies cardiovasculaires](#) et par [MPOC](#) significativement supérieurs à

ceux du reste de la région. De son côté, la MRC de Bonaventure est le territoire qui s'en tire le mieux avec des taux de décès pour ces quatre causes systématiquement plus bas (tableau 6).

Tableau 6 : Taux ajusté de décès (en %) pour certaines maladies chroniques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2018

	Avignon	Bonaventure	Rocher-Percé	Côte-de-Gaspé	Haute-Gaspésie	Îles-de-la-Madeleine
Cancer	252,6	225,1-	317,9+	264,3	330,2+	270,0
Cancer du poumon	84,6	76,5-	116,0+	91,1	107,6	83,2
Maladies cardiovasculaires	257,8+	182,9-	239,0+	175,4-	218,9	167,5-
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	44,9	30,3-	64,7+	47,3	37,5*	12,6-

*CV entre 16,7 et 33,3 %, donnée à interpréter avec prudence.

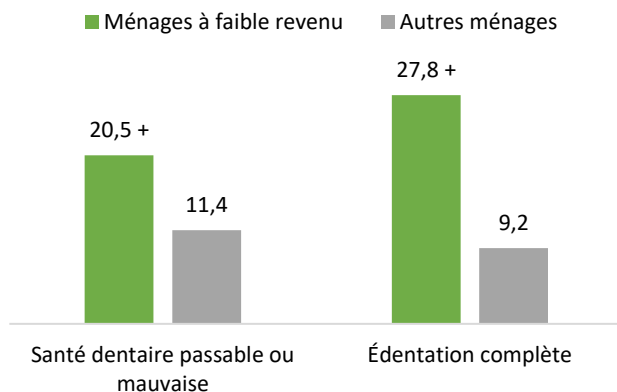
+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste de la région au seuil de 0,05.

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

La santé buccodentaire

Selon l'EQSP 2014-2015, seulement 42 % des personnes vivant dans des ménages à faible revenu en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine perçoivent excellente ou très bonne leur [santé buccodentaire](#), alors que c'est le cas de 58 % des personnes appartenant aux autres ménages. À l'autre bout du spectre, 21 % des personnes les plus défavorisées jugent passable ou mauvaise cet aspect de leur santé, une proportion qui n'est que de 11 % chez les autres (figure 12). Comme l'illustre également la figure 12, l'[édentation complète](#) touche 28 % des gens à faible revenu contre seulement 9,2 % chez les autres. Précisons que la population de La Haute-Gaspésie est celle qui fait le bilan le plus négatif de sa santé buccodentaire et qui enregistre la plus forte proportion d'édentation complète (Dubé, 2017).

Figure 12 : Proportion (en %) des 15 ans et plus percevant négativement leur santé buccodentaire et proportion n'ayant plus de dents naturelles, selon le revenu du ménage, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2014-2015

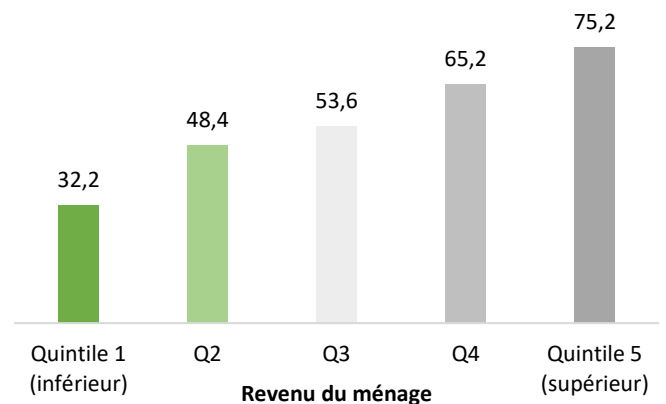


+ Valeur significativement supérieure à celle des autres ménages au seuil de 0,05.

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

Mentionnons enfin que le revenu du ménage exerce un gradient très net sur la probabilité d'avoir [consulté un professionnel de la santé dentaire](#) au cours d'une année, celle-ci passant de 32 % chez les moins nantis à plus de 75 % chez les plus favorisés (figure 13).

Figure 13 : Proportion (en %) des 12 ans et plus ayant consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste dans la dernière année, selon le revenu du ménage (échelle régionale), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014



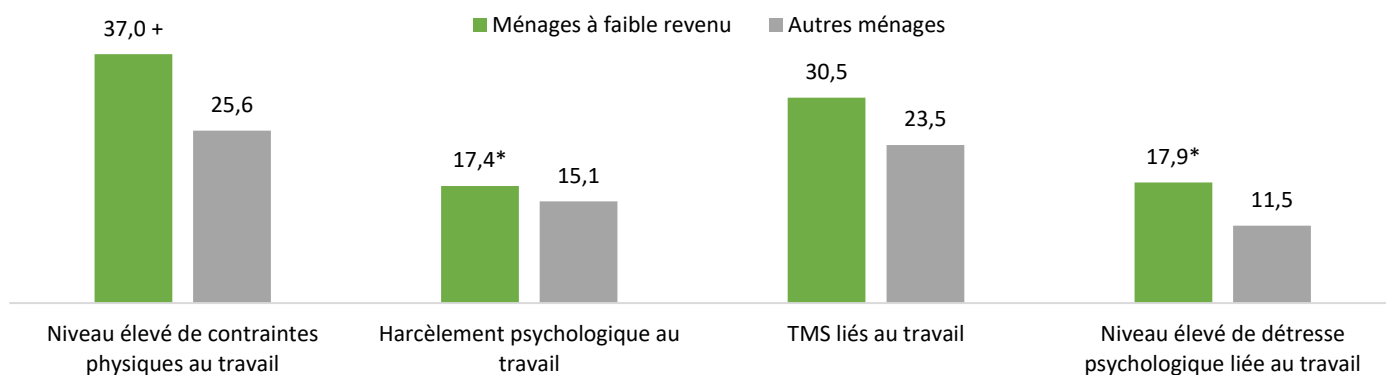
Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

La santé au travail

L'EQSP 2014-2015 a documenté sept indicateurs de la santé au travail, soit l'exposition au bruit, les contraintes physiques, le harcèlement psychologique, la conciliation travail-famille, la surdité attributable au travail, les troubles musculosquelettiques (TMS) liés au travail et la détresse psychologique liée au travail. Parmi ces indicateurs, seule l'exposition à un niveau élevé de contraintes physiques est associée de manière statistiquement significative au revenu du ménage en Gaspésie- les-de-la-Madeleine. Ainsi, les travailleurs vivant dans des ménages à faible revenu sont plus nombreux, en proportion, à être exposés à un niveau élevé de **contraintes physiques**   leur travail que les autres travailleurs (37 % contre 26 %) (figure 14). Les territoires de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie obtiennent de fortes proportions avec 34 % et 33 % respectivement, sans toutefois se différencier statistiquement des autres territoires de la région (Dubé, 2017).

Les résultats à l'échelle du Québec font pour leur part ressortir des liens significatifs entre le revenu du ménage d'une part et le harcèlement psychologique, les TMS et la détresse psychologique, d'autre part. Bien que non significative, des tendances similaires sont observées en Gaspésie- les-de-la-Madeleine. On constate en effet à la figure 14 que 17 % des travailleurs à faible revenu dans la région ont subi du **harcèlement psychologique** sur une période de 12 mois contre 15 % des autres travailleurs. De plus, 31 % des travailleurs les moins nantis ont souffert d'un **TMS d'origine non traumatique** lié à l'emploi principal actuel au cours des 12 derniers mois, alors que cette proportion est estimée à 24 % chez les autres travailleurs. Enfin, 18 % des travailleurs à faible revenu se situent au niveau élevé de **détresse psychologique** et associent cette situation à leur travail, une proportion qui est de 12 % chez les autres travailleurs (figure 14).

Figure 14 : Prévalence (en %) de certains indicateurs de la santé au travail chez les travailleurs de 15 ans et plus, selon le revenu du ménage, Gaspésie- les-de-la-Madeleine, 2014-2015



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

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

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

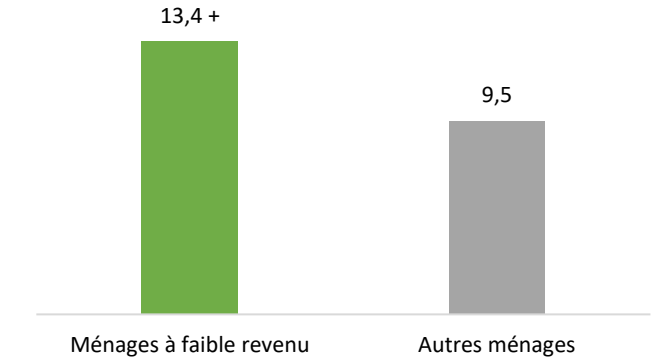
La santé environnementale

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

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

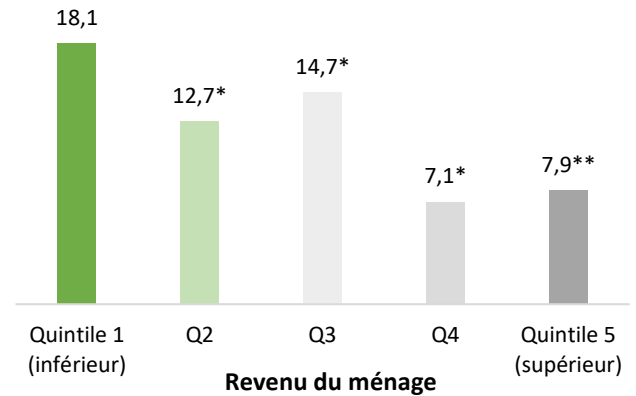
Dans un autre ordre d'idée, encore en 2017-2018, l'**exposition à la fumée secondaire**   domicile est plus fréquente chez les personnes à faible revenu et diminue au fur et à mesure où le revenu du ménage augmente (figure 16).

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



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

Figure 16 : Proportion (en %) des 12 ans et plus exposés tous les jours ou presque tous les jours à la fumée secondaire à la maison, selon le revenu du ménage (échelle régionale), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2017-2018



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

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

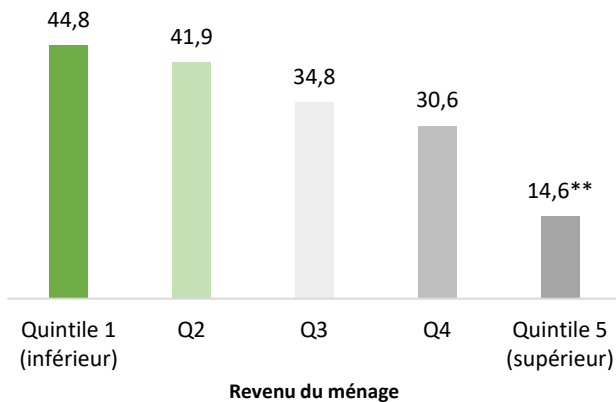
Source : Statistique Canada, ESCC 2017-2018, données extraites de l'Infocentre de santé publique.

Les limitations d'activités

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

quotidienne à cause de leur état de santé. Comme l'illustrent les figures 17 et 18, ces deux indicateurs varient de manière significative selon le revenu du ménage. Et ces associations demeurent vraies quand on contrôle pour l'âge.

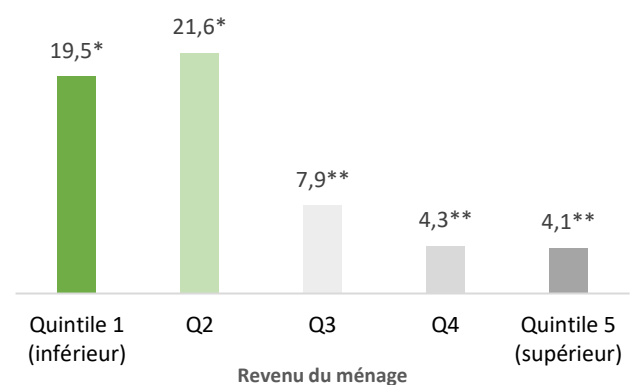
Figure 17 : Proportion (en %) des 12 ans et plus vivant en ménage privé limitée dans sa participation à des activités en raison de son état de santé, selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014



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

Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

Figure 18 : Proportion (en %) des 12 ans et plus vivant en ménage privé ayant besoin d'aide pour ses activités de la vie quotidienne à cause de son état de santé, selon le revenu du ménage, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2013-2014



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

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

Source : Statistique Canada, ESCC 2013-2014.

Les caractéristiques des plus démunis

Nous ne disposons pas de données récentes sur les caractéristiques des personnes les plus démunies en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Nous présentons donc dans cette section les données québécoises tirées du site de l'Institut de la statistique du Québec à l'adresse <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/faible-revenu/index.html> en faisant l'hypothèse que les caractéristiques des plus défavorisés de la région s'apparentent à celles des plus démunis du Québec. Cela dit, les données sont basées sur deux indicateurs, soit le taux de faible revenu selon la mesure du panier de consommation (MPC) et le revenu médian après impôt des particuliers. L'intérêt d'examiner aussi le revenu des particuliers est que le taux de faible revenu témoigne de la réalité financière des familles ou des ménages sans toutefois rendre compte de la vulnérabilité financière de chaque personne composant la famille ou le ménage (Rheault et Crespo, 2015). Ainsi, comme le mentionnent ces derniers auteurs : « lorsque la famille est sous un seuil de faible revenu, tous les membres le sont également. La situation inverse est aussi vraie, à savoir que tous les membres d'une famille sont considérés ne pas être à faible revenu si la famille ne l'est pas. » (Rheault et Crespo, 2015, page 9).

Selon le revenu médian des particuliers

En 2017, le revenu médian après impôt des femmes au Québec est de 25 700 \$ et celui des hommes, de 34 900 \$ (tableau 7), un écart de 9 200 \$ ou de 26 % en défaveur des femmes. Comme on peut le voir au tableau 7, cette situation défavorable aux femmes est vraie peu importe leur âge, leur scolarité et leur régime de travail, seul l'écart chez les 16-24 ans n'étant pas significatif ainsi que celui chez les particuliers ayant travaillé toute l'année, pas toujours à temps plein. Les données montrent par ailleurs que le revenu médian des particuliers varie selon l'âge, les jeunes ayant les revenus médians les plus faibles suivis des aînés, selon la scolarité et le régime de travail.

Tableau 7 : Revenu médian après impôt (en \$) des particuliers de 16 ans et plus selon certaines caractéristiques, Québec, 2017

	Hommes	Femmes
Tous les particuliers	34 900\$ +	25 700\$
Groupe d'âge		
16-24 ans	11 800\$	10 900\$
25-44 ans	39 600\$ +	35 100\$
45-64 ans	42 300\$ +	31 700\$
65 ans et plus	30 600\$ +	21 100\$
Scolarité		
Secondaire ou moins	25 600\$ +	19 900\$
Postsecondaire non universitaire	37 800\$ +	28 700\$
Universitaire	47 400\$ +	41 600\$
Régime de travail		
Toute l'année au travail, toujours à temps plein	47 600\$ +	42 500\$
Toute l'année au travail, pas toujours à temps plein	19 000\$	20 100\$
Partie de l'année au travail	26 500\$ +	21 900\$
N'a pas travaillé au cours de l'année	22 300\$ +	18 800\$

+ Revenu significativement supérieur à celui des femmes au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur les revenus, fichier maître. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

À titre indicatif, ajoutons que l'examen du revenu médian sous l'angle des ménages fait aussi ressortir que lorsque les femmes sont le soutien financier principal du ménage, les revenus de ces ménages sont systématiquement moins élevés que ceux des ménages dont le soutien principal est un homme, bien que dans certaines situations la différence n'est pas significative statistiquement (tableau 8).

Tableau 8 : Revenu médian après impôt (en \$) des ménages selon le sexe et l'âge du soutien principal, Québec, 2017

	Ménages soutien principal homme	Ménages soutien principal femme
Tous les ménages	62 300\$ +	47 800\$
Âge du soutien principal		
Moins de 65 ans	69 900\$ +	57 900\$
65 ans et plus	45 900\$ +	28 600\$
Ménages d'une personne		
Moins de 65 ans	35 300\$	31 600\$
65 ans et plus	26 900\$ +	22 800\$
Ménages de deux personnes ou plus		
Moins de 65 ans	84 800\$ +	71 800\$
65 ans et plus	54 900\$	51 400\$
Familles monoparentales		
	59 800\$	52 200\$

+ Revenu significativement supérieur à celui des ménages dont le soutien principal est une femme au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur les revenus, fichier maître. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Selon le taux de faible revenu

En 2017, 9,0 % de la population du Québec est à faible revenu selon la MPC, c'est-à-dire des gens qui n'ont pas les moyens financiers de couvrir les besoins de base. De manière générale au Québec, l'écart entre le taux de faible revenu des hommes et celui des femmes est faible depuis 2002 et n'est de fait pas significatif en 2017 avec 9,3 % chez les hommes et 8,7 % chez les femmes (figure 19). Comme l'illustre la figure 19, ce constat est vrai peu importe le groupe d'âge.

L'examen des données selon l'âge indique pour sa part que les aînés sont ceux qui s'en sortent le mieux avec un taux de faible revenu de 3,5 % en 2017, les autres groupes d'âge ne se démarquant pas les uns les autres (figure 19).

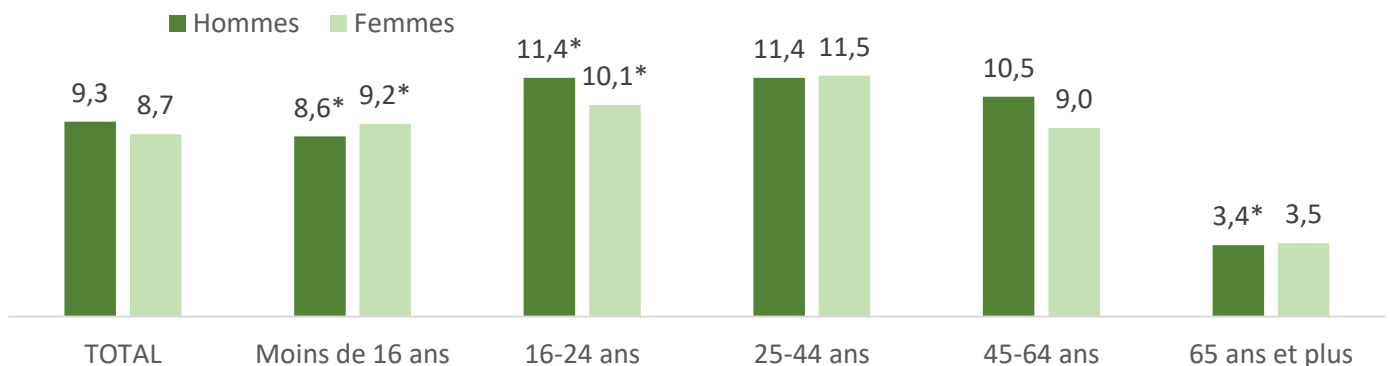
Quant à la situation familiale, depuis au moins une dizaine d'années, les personnes seules et les familles monoparentales ont toujours été les deux groupes avec les plus hauts taux de faible revenu et c'est encore le cas aujourd'hui. En 2017, 21 % des personnes seules et 23 % des familles monoparentales au Québec sont à faible revenu selon la MPC (figure 20).

Le taux de faible revenu selon la MPC

Le taux de faible revenu selon la MPC correspond au pourcentage de personnes dont le revenu disponible à la consommation ne permet pas de couvrir les besoins de base (nourriture, vêtements et chaussures, logement, transport et autres biens et services). Cet indicateur ne constitue pas un indicateur de sortie de la pauvreté, mais bien un indicateur de pauvreté sous l'angle de la couverture des besoins de base :

« Il faut garder en tête qu'il s'agit d'un *minimum vital*, insuffisant aux yeux de plusieurs. [...] Il donne un seuil en deçà duquel il est difficile de justifier le maintien des personnes en situation de précarité et permet de calculer le déficit humain qu'on leur impose. » (Hurteau, 2018, page 3)

Figure 19 : Taux de faible revenu (en %) selon la mesure du panier de consommation, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2017

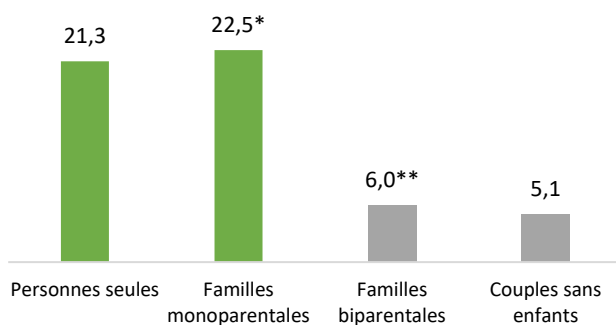


Note : Aucun écart entre les sexes n'est significatif au seuil de 0,05.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur le revenu*, Fichiers maîtres. Adapté de l'ISQ.

Figure 20 : Taux de faible revenu (en %) selon la mesure du panier de consommation selon la situation familiale, Québec, 2017



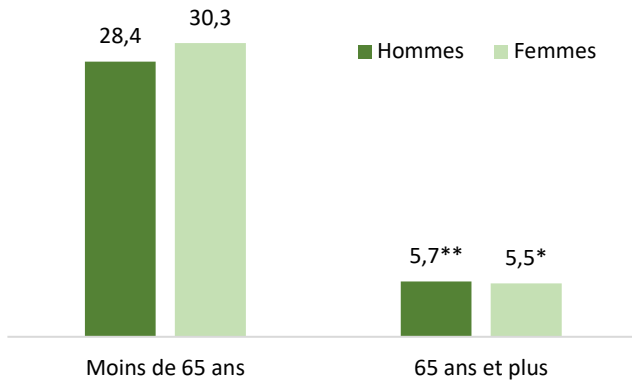
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur le revenu*, Fichiers maîtres. Adapté de l'ISQ.

Toutefois, l'influence de la situation familiale sur la capacité à couvrir financièrement les besoins de base n'est pas le même selon que l'on soit un homme ou une femme. En effet, si 23 % des familles monoparentales sont à faible revenu (réf. : figure 20), cette proportion est de 25 %* dans le cas de celles dirigées par une femme. Le taux correspondant chez les familles monoparentales dirigées par un homme n'est pas suffisamment fiable pour être publié, mais se situe vraisemblablement entre 15 % et 20 % (résultats non illustrés). Bien que cet écart entre les taux de faible revenu des familles monoparentales selon qu'elles soient dirigées par une femme ou par un homme ne soit sans doute pas significatif, compte tenu des marges d'erreur associées aux valeurs obtenues, le désavantage est systématiquement du côté des femmes depuis plusieurs années.

Quant aux personnes vivant seules, on note à la figure 21 que les hommes et les femmes ont sensiblement les mêmes taux de faible revenu en 2017, et ce, tant chez les moins de 65 ans que chez les aînés. Notons par ailleurs le taux relativement peu élevé de faible revenu chez les personnes de 65 ans et plus même lorsqu'elles vivent seules, et ce, peu importe qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme.

Figure 21 : Taux de faible revenu (en %) selon la mesure du panier de consommation chez les personnes seules selon le sexe et l'âge du soutien principal, Québec, 2017



Note : Aucun écart entre les sexes n'est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur le revenu*, Fichiers maîtres. Adapté de l'ISQ.

Que dégager de ces résultats?

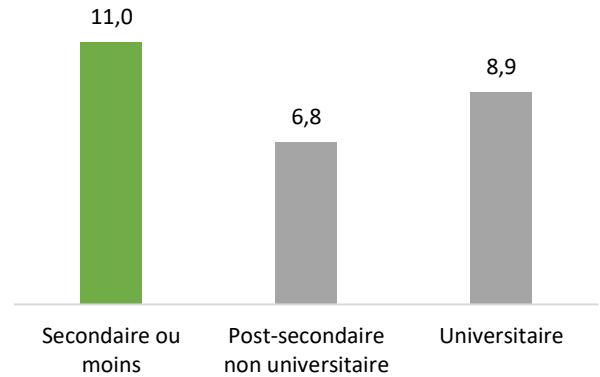
D'abord comme l'ont aussi mis en évidence Rheault et Crespo dans une étude visant à explorer le lien entre le quintile de revenu individuel et la présence de faible revenu de leur famille :

« ...les mesures de revenu individuel et de taux de faible revenu sont loin d'être des répliques parfaites lorsque l'on veut déceler des personnes vulnérables financièrement. [...] Ainsi, malgré la corrélation évidente entre les mesures de revenu individuel et de la famille, les deux types de mesure méritent d'être pris en considération pour bien cerner la vulnérabilité financière ou les différences de niveaux de vie entre les groupes de la population. » (Rheault et Crespo, 2015, page 12).

Cela dit, les résultats issus du revenu médian individuel indiquent que les femmes sont nettement désavantagées financièrement par rapport aux hommes, leur revenu étant presque systématiquement inférieur à celui des hommes, peu importe leur âge, leur scolarité et le régime de travail. Ce désavantage financier des femmes se traduit aussi lorsqu'elles sont le soutien principal de leur ménage. Les ménages dont le soutien financier principal est une femme ont en effet, de manière générale, des revenus inférieurs à

La scolarité est aussi associée à la pauvreté, mais moins fortement que ne le sont la situation familiale et l'âge, c'est-à-dire que les écarts entre les groupes sont de moindre ampleur. En effet, en 2017, le taux de faible revenu est de 11 % chez les personnes de 16 ans et plus ayant un diplôme d'études secondaires ou moins (DES), alors qu'il se situe à 6,8 % chez celles ayant un diplôme ou un certificat d'études post-secondaires non universitaires et à 8,9 % chez celles ayant un diplôme ou un certificat d'études universitaires (figure 22).

Figure 22 : Taux de faible revenu (en %) selon la mesure du panier de consommation chez les personnes de 16 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Québec, 2017



Source : Statistique Canada, *Enquête canadienne sur le revenu*, Fichiers maîtres. Adapté de l'ISQ.

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

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

Nos résultats sur les revenus personnels montrent également que peu importe leur sexe, les personnes âgées et surtout les jeunes présentent une situation financière plus défavorable que les 25-64 ans. Par contre, quand on examine les taux de faible revenu, lesquels tiennent compte de la situation familiale, cette plus grande vulnérabilité financière des femmes et des jeunes disparaît pratiquement, alors que les aînés semblent au contraire mieux protégés avec des taux de faible revenu sous la barre des 4 %.

Ces résultats suggèrent qu'en dépit de revenus personnels inférieurs, les femmes sont en quelque sorte protégées financièrement quand on tient compte de leur réalité familiale, plus précisément lorsqu'elles vivent en couple. Mais ceci met aussi en évidence leur plus grande dépendance économique. Ainsi, même si le revenu de leur ménage permet de se procurer les nécessités de base, cela ne met pas pour autant les femmes à l'abri de la pauvreté ou d'une vulnérabilité financière, notamment en cas de séparation ou de violence conjugale.

Pour ce qui est des femmes à la tête d'une famille monoparentale, leur revenu personnel tend à être inférieur à celui des hommes et leur taux de faible revenu, supérieur, et ce, depuis de nombreuses années. Néanmoins, les écarts ne sont pas significatifs dans la plupart des cas, sans doute en partie à cause de l'imprécision des résultats obtenus pour ces groupes dans l'*Enquête canadienne sur les revenus*. Cela dit, il reste que de manière générale, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, les personnes qui vivent dans une famille monoparentale sont moins bien protégées financièrement.

Comme nous le disions, les jeunes, qui ont pourtant les plus faibles revenus, ne se démarquent plus des groupes d'âge supérieurs quand on tient compte de leur réalité familiale. Dans leur étude, Rheault et Crespo arrivent sensiblement aux mêmes constats chez les femmes et les jeunes :

« ...les hommes de 25 à 64 ans se retrouvent relativement moins souvent dans les premiers quintiles de revenu, mais lorsqu'ils y sont, ils peuvent moins compter sur d'autres membres de la famille pour les sortir d'une situation de faible revenu. Au contraire, les jeunes dont le revenu personnel est faible peuvent plus souvent bénéficier des ressources des autres membres de la famille, ainsi que les femmes, quoique de façon moins prononcée que chez les jeunes. » (Rheault et Crespo, 2015, page 11)

Quant aux aînés, bien que leur revenu médian soit aussi parmi les plus faibles, ils sont les moins nombreux, en proportion, à vivre sous les seuils de faible revenu selon la MPC, et ce, même quand ils vivent seuls. Le fait que le niveau des prestations publiques de retraite se situe souvent au-dessus du seuil de faible revenu pourrait expliquer cette situation chez les personnes de 65 ans et plus (MTESS, 2017).

Enfin, nous avons vu que le revenu médian augmente avec la scolarité et que le taux de faible revenu est plus élevé chez les personnes ayant un DES ou moins. Malgré cela, il importe de souligner que le risque d'avoir un revenu inférieur au coût du panier de consommation est loin d'être nul même chez les personnes ayant fait des études postsecondaires voire universitaires.

Conclusion

L'objectif de ce document était de faire ressortir les inégalités sociales de santé présentes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et d'identifier quelques-unes des caractéristiques des personnes les plus démunies. D'abord, sur les quelque 46 indicateurs de santé et de bien-être examinés, il ressort que pour 35 d'entre eux, les personnes (ou les territoires) les plus défavorisées de la région sont significativement désavantagées sur le plan des déterminants de la santé ou de l'état de santé par rapport aux mieux nanties. Pour 5 autres indicateurs, bien que les écarts régionaux ne soient pas significatifs, les résultats suivent la même tendance que ceux du Québec en désavantageant les plus démunis. Ce sont donc 86 % des indicateurs examinés qui sont associés à la situation socioéconomique des individus ou à celle des territoires et dont les résultats défavorisent les plus pauvres.

Ces indicateurs pour lesquels le niveau socioéconomique exerce une influence sur l'état de santé et de bien-être sont variés et affectent les plus démunis de diverses façons. D'abord au niveau des habitudes de vie; les personnes en situation plus précaire sont moins enclines à se brosser les dents selon les recommandations, à manger des fruits et des légumes et à être actives physiquement. La consommation de boissons sucrées et l'usage de la cigarette font aussi davantage partie du quotidien des plus démunis. Jumelées à la pauvreté ou à une situation économique défavorable, ces habitudes de vie ne sont pas sans conséquences sur la santé. D'autant que le recours aux services préventifs est moins courant chez les populations défavorisées, à tout le moins chez les femmes pour le dépistage du cancer du col utérin et le dépistage du cancer du sein. Les résultats de ce rapport montrent aussi à quel point les personnes vivant dans les ménages les plus pauvres de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ou celles appartenant aux territoires les plus défavorisés, soit La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé, sont désavantagées à plusieurs égards au plan de la santé et ce, dès la naissance. Les bébés issus de mères moins scolarisés sont plus susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance, cette même tendance s'observant pour la prématurité, avec les conséquences que ces conditions peuvent entraîner sur leur développement et leur santé future. Aussi, il faut rappeler que les enfants qui grandissent dans une famille à faible revenu courent plus de risque de développer diverses maladies à l'âge adulte et de mourir prématurément, et ce, indépendamment du revenu qu'ils auront à l'âge adulte (MSSS, 2007).

Par ailleurs, bien que l'espérance de vie s'améliore dans tous les territoires locaux de la région, La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé accusent un retard systématique d'environ 2-3 ans au cours des 25 dernières années par rapport au secteur de Bonaventure et dans une moindre mesure, par rapport aux Îles-de-la-Madeleine. Ce désavantage en terme de durée de vie est la conséquence de taux de décès par cancer particulièrement élevés dans La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé au cours des dernières années, notamment le cancer du poumon. C'est aussi dans Le Rocher-Percé que la mortalité par MPOC est la plus élevée en 2014-2018 dans la région, de même que la mortalité cardiovasculaire et par maladies pulmonaires obstructives chroniques. De plus, les plus fortes prévalence d'HTA et de MPOC sont enregistrées dans ces deux territoires plus défavorisés que sont La Haute-Gaspésie et le Rocher-Percé, ce dernier territoire obtenant aussi les plus fortes prévalences de diabète de cardiopathies ischémiques en 2019-2020. Les données de l'ESCC ont, quant à elles, permis de mettre en lumière que les personnes les plus pauvres sont les plus affligées par l'asthme, l'arthrite et l'arthrose.

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

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

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

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

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

« Il est généralement admis que les actions visant à réduire les inégalités sociales de santé doivent provenir de deux directions à la fois. Comme l'ont démontré les travaux d'une équipe de recherche des Pays-Bas, les interventions gouvernementales les plus utiles sont celles qui réduisent la pauvreté elle-même, ce qui constitue la base de la première approche (Mackenbach, 1994). On y parvient en haussant le niveau de scolarité, en travaillant à réduire le chômage et en augmentant le revenu de ceux qui se trouvent au bas de l'échelle sociale. [...] La seconde approche vise quant à elle la réduction de l'exposition des groupes désavantagés aux conditions (insécurité alimentaire, pollution et environnement non sécuritaire, par exemple) et/ou aux comportements (mauvaise alimentation, usage du tabac, etc.) dommageables pour la santé tout en gardant à l'esprit le contexte dans lequel évoluent ces groupes-cibles. Les suppléments au revenu, les prestations pour l'achat de services de santé, la mise sur pied d'activités qui font la promotion du développement de la petite enfance, le suivi et l'aide aux femmes enceintes, le développement des habiletés relationnelles, voilà quelques-unes des avenues possibles pour réduire les inégalités sociales de santé. » (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2011, page 2)

Certains outils comme [Réflex ISS](#) (Guichard, Ridde, Nour et Lafontaine, 2015) ont aussi été développés pour permettre de prendre en compte, dans les interventions et services publics, les inégalités

sociales de santé et de s'assurer que les actions auprès de la population contribuent à réduire les écarts et non à les augmenter.

Enfin, nous avons ressorti dans ce document quelques-unes des caractéristiques des personnes les plus démunies au Québec. Ainsi, les personnes seules, les familles monoparentales et les personnes les moins scolarisées sont parmi les groupes les plus vulnérables financièrement, leur revenu ne leur permettant pas dans bien des cas de couvrir leurs besoins de base comme se nourrir, se vêtir, se loger et se déplacer. Quant aux femmes, même si la majorité peut bénéficier des revenus des autres membres de la famille, elles demeurent malgré tout plus vulnérables financièrement que les hommes à cause de leur revenu personnel nettement inférieur. Nos interventions et services de santé publique doivent donc nécessairement porter une attention particulière à tous ces groupes dont on vient de parler et s'ajuster à leur réalité et à leur contexte de vie. Mais ce que révèlent aussi ces résultats c'est que bien que certains groupes soient davantage à risque de vivre de la pauvreté, aucun n'en est complètement exempt, même les plus scolarisés de notre société. C'est pourquoi, une des mesures à mettre en place pour lutter efficacement contre la pauvreté et faire des gains sur les inégalités sociales de santé, est de garantir à tous un revenu permettant de couvrir les besoins de base. À ce sujet, rappelons combien les personnes âgées sont davantage protégées financièrement que les autres groupes, justement parce qu'elles bénéficient d'un revenu de base via les prestations publiques de retraite. Et s'il était permis de rêver, nous dirions même de donner à tout le monde le revenu qui offre une vie décente et qui permet de sortir de la pauvreté.

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

Notes méthodologiques

Le découpage géographique des territoires :

Dans la section portant sur les données socioéconomiques des territoires locaux, les données ont trait aux MRC à l'exception du taux d'assistance sociale pour lequel les données de La Haute-Gaspésie, de La Côte-de-Gaspé et de Rocher-Percé concernent les réseaux de locaux de services (RLS) dont les découpages géographiques ne correspondent pas tout à fait à ceux des MRC.

Les données sur les déterminants de la santé, lorsqu'elles sont disponibles à l'échelle locale, ne le sont que pour les RLS et non les MRC. Il en va de même des données sur la santé au travail et la santé environnementale. Pour tous les autres indicateurs où des données locales sont disponibles (espérance de vie, maternité à l'adolescence, prévalence des troubles mentaux, prévalence de l'HTA, du diabète et des MPOC, et mortalité par maladie chronique), celles-ci ont trait aux MRC sauf ici encore pour La Haute-Gaspésie, La Côte-de-Gaspé et Rocher-Percé, où les données sont celles des RLS.

Les mesures de faible revenu :

Pour mettre en évidence les inégalités sociales de santé, nous avons utilisé, en plus du territoire local, les mesures de faible revenu retenues dans les enquêtes populationnelles. Dans l'*Enquête sur la santé de la population 2014-2015*, l'Institut de la statistique du Québec a utilisé la mesure de faible revenu (MFR). La MFR est un pourcentage fixe (50%) du revenu ménager médian « ajusté », ce dernier terme traduisant la prise en compte des besoins du ménage. L'ajustement en fonction de la taille rend compte du fait que les besoins d'un ménage augmentent à mesure que le nombre de membres croît. Pour de plus amples informations, consultez le site de Statistique Canada (2015) : <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/lim-mfr-fra.htm>.

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

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

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

Les ajustements selon l'âge (prévalence et taux de décès) ont été faits en prenant comme population de référence la population du Québec sexes réunis en 2011.

Les tests statistiques :

Le test du khi-carré a été utilisé pour comparer les ménages à faible revenu des autres ménages eu égard à quelques indicateurs (comparaison deux à deux). Lorsque le revenu du ménage est en trois ou cinq catégories, le test global d'indépendance du khi-carré a été fait pour déterminer la signification statistique de la relation entre l'indicateur et le revenu du ménage. Pour comparer les territoires entre eux, nous avons aussi utilisé le test global d'indépendance du khi-carré entre l'indicateur et le territoire. Lorsque le test global est significatif, des comparaisons deux à deux ont été faites avec le khi-carré (territoire comparativement au reste la région) pour identifier les territoires qui contribuent à la relation significative détectée par le test global. Tous les tests statistiques ont été effectués par le système de l'Infocentre de santé publique et ont utilisé comme seuil de signification alpha le seuil de 5 %, à l'exception des données provenant du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec pour lesquelles le seuil de 1 % est utilisé.

Références

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

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Résultat d’une réflexion commune*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 pages (2010a).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Troisième rapport national sur l’état de santé de la population du Québec, Riches de tous nos enfants*, La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans, gouvernement du Québec, 162 pages. (2007)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN COLLABORATION AVEC L’INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET L’INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Pour guider l’action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 156 pages. (2011)
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L’EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Plan d’action gouvernemental pour l’inclusion économique et la participation sociale*, gouvernement du Québec, 83 pages. (2017)
- OBSERVATOIRE DE LA PAUVRETÉ ET DES INÉGALITÉS AU QUÉBEC. *La pauvreté, les inégalités et l’exclusion sociale au Québec : état de situation 2013*, 16 pages. (2016)
- RAYNAULT, MARIE-FRANCE, DOMINIQUE CÔTÉ, GENEVIÈVE CHÉNIER, CARMEN SCHAEFFER ET JUDITH ARCHAMBAULT. *Protéger les plus vulnérables, un impératif de santé publique*, sous la direction de Richard Massé, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal, 47 pages. (2017)
- ROBERGE, MARIE-PIER. *Salaires inégaux, à qui la faute?* Institut de recherche et d’informations socioéconomiques, 11 pages. (2017)



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

Québec 