

ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ PRÉMATURÉE : LE POIDS DES INÉGALITÉS SOCIALES EN ESTRIE

ÉDITION SPÉCIALE

1. MISE EN CONTEXTE ET OBJECTIFS

Le contexte de ces dernières années, avec notamment la pandémie de COVID-19, la crise du logement, l'inflation et la hausse de l'itinérance, sans compter l'impact récent des actions de la nouvelle administration américaine (sur les emplois, les prix et même les courants de pensée qui traversent nos sociétés), nécessite plus que jamais de porter attention aux inégalités sociales et à leurs conséquences en matière de santé et de bien-être.

Étudiées dès les années 1960 au Québec, les inégalités sociales de santé (ISS) connaissent depuis une tendance généralisée à la hausse, malgré des progrès constatés entre 2004 et 2017 dues en partie aux avancées touchant les politiques provinciales familiales et de lutte à la pauvreté (Bernier, 2021; MSSS en collaboration avec l'INSPQ, 2024; Pampalon et al., 2013). Par ailleurs, ces inégalités ont des impacts négatifs pour l'ensemble de la société, car leur présence pèse sur les finances publiques, freine la croissance économique, fragilise la cohésion sociale et affecte au bout du compte la santé et le bien-être de tous les groupes sociaux (Bernier, 2021). Or, elles ne sont pas une fatalité, mais bien la conséquence de choix politiques et de la manière dont sont organisées nos sociétés, et leur réduction bénéficierait à l'ensemble de la population par de multiples effets directs et indirects.

Bien que nous retrouvions des objectifs en lien avec la réduction des inégalités dans de nombreuses lois, stratégies et plans depuis plusieurs décennies (Bernier, 2021; Hyppolite, 2012), le dernier rapport du directeur national de santé publique sur l'état de santé de la population québécoise, sorti l'an dernier (MSSS en collaboration avec l'INSPQ, 2024), expose dans ses différentes parties la persistance de l'ampleur des écarts de santé. Ces constats insistent sur le défi que représente l'atteinte de la cible 9

de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) et l'une des deux cibles de la nouvelle *Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035* qui vise une réduction de 10 % de l'écart de mortalité prématurée lié aux inégalités socio-économiques (Gouvernement du Québec, 2016, 2025). Ce rapport expose une réalité déjà bien connue (Bernier, 2021) : les ISS se retrouvent à tous les âges de la vie et elles touchent toutes les dimensions de la santé, que ce soit en matière de santé physique, mentale, ou encore d'habitudes de vie et même de niveau d'accès aux soins et services, tant curatifs que préventifs.

Il apparaît donc crucial de faire un point de situation concernant les ISS en Estrie, dans la suite et en actualisation du précédent bulletin *Vision santé publique* publié en 2016 (Des Roches, 2016). Pour ce faire, nous nous intéressons ici à des mesures synthétiques des issues de santé* qui concernent l'ensemble de la population, comme témoin du cumul des ISS qui interagissent entre elles tout au long d'un parcours de vie. Bien que leur analyse ait enrichi nos constats, nous ne présentons pas ici de données sur des thématiques spécifiques, en particulier s'agissant de déterminants importants des ISS (ex. : le logement, la sécurité alimentaire, la participation sociale, etc.), qui sont traitées dans d'autres publications de notre Direction.

Voici les principaux objectifs de notre travail sur la surveillance des ISS en Estrie et présentés dans ce bulletin :

- Faire le point sur les inégalités sociales existantes en matière d'espérance de vie à la naissance et de mortalité prématurée (avant 75 ans);
- Nous doter de constats sur les grandes tendances d'évolution des écarts de santé dans le temps;
- Fournir des éléments pour guider les réflexions et le passage collectif à l'action.

* Ce sont des mesures qui permettent d'appréhender l'ensemble des composantes du concept d'état de santé (physique, mental, social et spirituel) et qui facilitent les comparaisons entre différentes populations ou périodes.

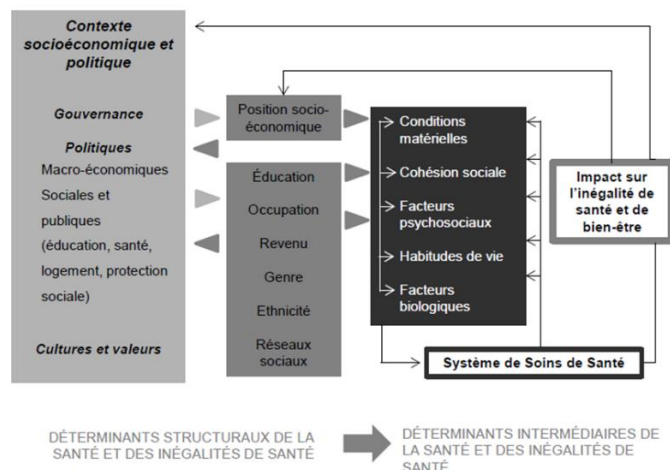
2. DÉFINITIONS ET CONCEPTS

ISS : « différence de santé entre les individus liée à des facteurs ou des critères sociaux de différenciation (classes sociales, catégories socioprofessionnelles, catégories de revenu, niveaux d'études) » (Aïach, 2000). Le genre, l'origine géographique ou encore l'âge sont aussi des caractéristiques à l'origine d'inégalités entre les individus et les groupes.

Ces écarts se retrouvent dans l'ensemble de la société, entre différents groupes sociaux selon la position qu'ils occupent dans la hiérarchie sociale et selon ce que nous appelons un **gradient social** (pas seulement entre les plus favorisés et les moins bien nantis) (Bernier, 2021). Le gradient social renvoie au fait que plus la position sociale d'une personne (selon son niveau de revenus, d'éducation, sa profession, etc.) est élevée, meilleure est sa santé en général. À l'inverse, les personnes qui occupent une position sociale inférieure risquent d'avoir une santé plus précaire.

Les ISS sont **injustes, systématiques et évitables**. Sous un angle plus politique, elles peuvent aussi être définies comme « une différence de santé observée entre deux groupes sociaux, qui résulte du ou des **rapports de pouvoir** entre ces groupes, quel que soit le groupe qu'elle désavantage », incluant ainsi l'étude des écarts de santé entre les hommes et les femmes (Carde, 2020). Ces rapports de pouvoir sont ancrés institutionnellement et structurellement, s'inscrivent dans un contexte socioéconomique et politique (figure 1) désavantageant certaines positions sociales au profit d'autres (Carde, 2021; Morrison, 2015; Pampalon et al., 2013).

Figure 1. Modèle des déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé de l'Organisation mondiale de la Santé



Source : Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Commission des déterminants sociaux de la santé.

Déterminants structuraux de la santé (ou déterminants des ISS, ou encore « causes des causes ») : « structures et processus sociaux sous-jacents qui assignent systématiquement les gens à des positions sociales différentes et qui répartissent inégalement les déterminants sociaux de la santé dans la société » (Mantoura et Morrison, 2016). Ces déterminants « agissent par le biais de systèmes oppressifs (p. ex. le capitalisme, le colonialisme, le racisme, le capacitisme, l'hétéronormativité cisgenre, le sexisme, l'anthropocentrisme) et d'idéologies connexes. » (RÉFIPS et CCNDS, s. d.).

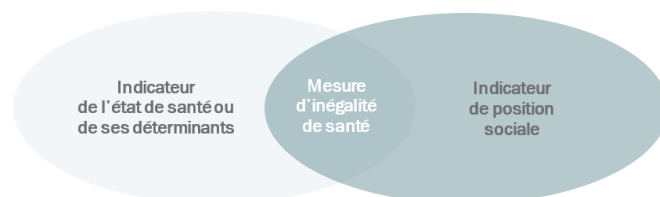
Déterminants intermédiaires de la santé (ou déterminants sociaux de la santé) : « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique » (CDSS de l'OMS, 2016).

Il est important de distinguer ces deux derniers concepts, car ils agissent de façon distincte et que la réduction des ISS passe nécessairement par une action sur ces deux types de déterminants, ce que nous verrons dans la dernière partie de ce bulletin (Mantoura et Morrison, 2016).

3. MÉTHODE POUR LA SURVEILLANCE DES ISS

De façon générale, trois éléments sont nécessaires pour effectuer la surveillance des ISS (Pampalon et al., 2013) : une variable de position sociale, un indicateur de santé ou de déterminant de la santé qui soit modifiable, et une mesure d'inégalité (figure 2).

Figure 2. Les trois éléments pour la surveillance des ISS



Source : inspiré de Pampalon, R., Hamel, D., Alix, C. et Landry, M. (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.

Par ailleurs, pour pouvoir détecter la présence ou l'absence d'un écart de santé entre des groupes, il faut une **puissance statistique suffisante**. Cette puissance dépend en général de deux choses :

- La taille de l'échantillon de la population (grosseur des effectifs des groupes étudiés);
- L'ampleur de l'écart que l'on souhaite détecter (taille de l'effet).

C'est pour cela qu'il peut être plus difficile d'identifier des différences significatives entre des groupes de faibles effectifs, notamment parce que le phénomène de santé étudié est peu répandu au sein de la population d'étude (mortalité par suicide par exemple) ou bien parce que la différence entre les groupes est minime.

3.1. Différentes variables de position sociale

Les variables de position sociale servent à stratifier l'indicateur de santé, répartissant ainsi la population selon un gradient social. Ces variables sont classées en deux catégories :

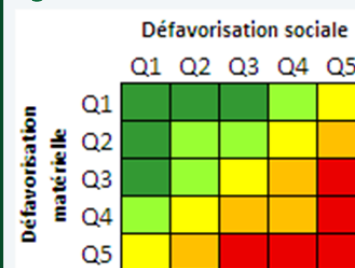
- Les **variables individuelles** qui représentent des caractéristiques touchant directement l'individu. Parmi les principales, nous retrouvons le revenu, la scolarité, le statut d'emploi, l'occupation, le statut de propriétaire/locataire, etc. Des caractéristiques liées à la famille de l'individu peuvent également être utilisées telles que le niveau de scolarité ou le statut d'emploi des parents. Dans certains cas, nous avons recours à des variables sociodémographiques telles que l'âge, le genre, la langue parlée ou le lieu de naissance pour mettre en lumière les ISS (Pampalon et al., 2013).
- Les **variables géographiques (ou écologiques)**, qui correspondent aux caractéristiques du territoire de résidence des individus, peuvent être simples ou composites. La variable géographique la plus couramment utilisée est l'indice de défavorisation matérielle et sociale (IDMS), construit à partir de 6 indicateurs : 3 pour la dimension matérielle[†], en lien avec le niveau de revenu, d'éducation et l'emploi des gens d'un territoire, et 3 autres pour la dimension sociale[‡] s'intéressant aux proportions de personnes vivant seules, qui sont monoparentales, ou bien encore séparées, divorcées ou veuves. Il faut cependant noter que ce type de variable « sous-estime les inégalités sociales de santé, surtout hors des grands centres urbains » (Pampalon et al., 2012) puisqu'elle assigne à chaque

individu d'un groupe plus ou moins hétérogène la même caractéristique socioéconomique sur une base territoriale. Cet indice reste néanmoins une bonne alternative quand des informations à l'échelle individuelle ne sont pas disponibles (Gamache et al., 2020). En Estrie, l'indice régional de défavorisation matérielle et sociale (IRDMS) est disponible à l'échelle des 113 communautés permettant une surveillance spatiotemporelle à ce niveau géographique (INSPQ, s. d.-a).

L'IDMS combiné se mesure par le regroupement des scores de l'indice de défavorisation matérielle et de l'indice de défavorisation sociale calculés individuellement (Azevedo Da Silva et al., 2024). La figure 3 représente le modèle de regroupement des deux indices en Estrie. L'axe horizontal représente les quintiles de défavorisation sociale allant du plus favorisé (à gauche) au plus défavorisé (à droite), tandis que les quintiles de défavorisation matérielle sont sur l'axe vertical où les plus favorisés se retrouvent en haut et les plus défavorisés se retrouvent en bas.

Ainsi, les cases en rouge en bas à droite regroupent les quintiles les plus défavorisés sur les plans social et matériel. À l'inverse, les cases en vert foncé en haut à gauche représentent les quintiles les plus favorisés. Il est possible de consulter le [produit de transfert des connaissances](#) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour en savoir davantage sur la construction de l'IDMS et le [produit de surveillance](#) de la Direction de santé publique de l'Estrie (DSPublique) pour plus d'information à l'échelle estrienne, notamment sur son évolution la plus récente disponible.

Figure 3. Indice de défavorisation matérielle et sociale combiné



Blocs de quintiles (défavorisation matérielle et sociale combinées) :

Vert foncé : favorisation matérielle et sociale
 Vert pâle : tendance à la favorisation
 Jaune : favorisation sur une dimension, mais défavorisation sur l'autre
 Orange : tendance à la défavorisation
 Rouge : défavorisation matérielle et sociale

[†] La proportion de personnes de 15 ans et plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, la proportion de personnes occupées (ayant un emploi) chez les 15 ans et plus et le revenu moyen des personnes de 25 à 64 ans.

[‡] La proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur domicile, la proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves et la proportion de familles monoparentales.

3.2. Les mesures d'inégalité

Il s'agit de mesures statistiques permettant d'estimer l'ampleur des écarts de santé selon la position sociale d'une personne. Les mesures simples s'intéressent aux écarts absolus (différence) ou relatifs (ratio) entre deux groupes de la variable de position sociale, le plus souvent entre le groupe le plus défavorisé et celui le plus favorisé (Pampalon et al., 2013). Les mesures complexes, elles, concernent les écarts présents entre l'ensemble des groupes de la variable de position sociale et pas uniquement entre les deux positions situées aux « extrêmes ».

3.3. Sources de données et méthode d'analyse

Concernant les indicateurs de santé, deux principales sources de données ont été exploitées pour notre travail : les enquêtes populationnelles et les fichiers médico-administratifs, inscrits au plan national de surveillance.

Les enquêtes populationnelles, à portée provinciale, régionale ou locale, fournissent des données sur la base d'éléments autorapportés par les personnes répondantes. Ces enquêtes permettent de recueillir des informations non seulement sur différents états de santé, notamment d'ordre physique ou mental, sur leurs déterminants, comme des comportements ou habitudes de vie, mais également sur des données sociodémographiques et socioéconomiques. Ainsi, les indicateurs provenant d'enquêtes peuvent être croisés avec une variable de position sociale de type individuel ou géographique.

Quant aux fichiers médico-administratifs (fichier des naissances, fichier des décès, fichier du système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière [MED-ÉCHO], estimations et projections démographiques), ils ont l'avantage de fournir de façon exhaustive et systématisée des données de santé, de mortalité et de morbidité. Comme ces bases de données contiennent des informations sociodémographiques (âge, genre, etc.), mais pas d'informations sur les caractéristiques socioéconomiques des personnes, la répartition des données de santé selon un gradient social doit être réalisée avec l'indice territorial qu'est l'IRDMS. Ainsi, les indicateurs provenant de fichiers médico-administratifs peuvent être croisés avec une variable de type individuelle (démographique) ou géographique (économique).

Le **Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec (SSISSQ)**, élaboré par l'INSPQ, a pour objectif fondamental de dresser un portrait des ISS et d'en assurer le suivi temporel (sur environ deux décennies) au niveau provincial et régional (INSPQ, 2017). Il comprend actuellement 12 indicateurs disponibles à l'Infocentre de santé publique et dont 7 le sont au niveau régional. Toutefois, l'utilisation de ce système est limitée pour l'Estrie, car les indicateurs y sont présentés selon l'ancien découpage territorial (avant le 1^{er} avril 2015) et n'intègrent donc pas les données des réseaux locaux de services (RLS) de la Pommeraiie et de la Haute-Yamaska. Ces RLS représentent le tiers de la population de notre région (33,2 % en 2021). C'est pourquoi les données issues de ce système ne sont pas présentées dans ce bulletin.

Sur la base des constats de travaux antérieurs de l'équipe de surveillance de la DSPublique, de ceux issus de la littérature récente sur l'état des ISS au Québec et de l'analyse des données du SSISSQ pour la province et l'ancienne région sociosanitaire de l'Estrie, nous avons analysé un large éventail d'indicateurs issus d'enquêtes, et disponibles via l'Infocentre de santé publique, en les croisant avec différents types de variables de position sociale (individuelle et géographiques). Cette première étape nous a permis d'établir des constats étendus et nuancés, basés sur les différentes modalités de surveillance des ISS en Estrie, afin de pouvoir sélectionner les indicateurs, les croisements et les mesures d'inégalité les plus pertinentes pour répondre aux objectifs de cette publication. Des tests statistiques ont été réalisés pour juger du degré de significativité des écarts constatés entre différents groupes de la population (selon le sexe et/ou le niveau de [dé-]favorisation), différents territoires (communautés, RLS, Estrie, Québec) et entre différentes périodes temporelles.

4. RÉSULTATS

Toutes les différences notées dans ce texte sont statistiquement significatives au seuil de 1 %, sauf lorsqu'il est précisé autrement.

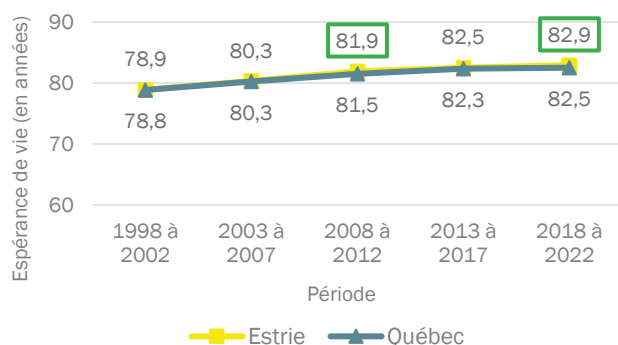
4.1. Espérance de vie

4.1.1. Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance reflète la durée moyenne de vie qu'un nouveau-né est susceptible de vivre si les taux de mortalité actuels demeurent constants pour l'ensemble de sa vie. Elle est fortement influencée par les conditions de vie dès le plus jeune âge, tel que la pauvreté, l'accès aux soins, l'environnement, l'éducation des parents, etc. (Institut de la statistique du Québec, 2025).

De la période 1983-1987 à la **période 2018-2022**, l'**espérance de vie à la naissance en Estrie** a augmenté de 7 années, passant de 75,9 ans à **82,9 ans** et a dépassé de façon significative celle de la province pour la période 2008-2012 et 2018-2022 (figure 4). Les données d'espérance de vie concernent l'entièreté de la population; donc la puissance statistique décèle de petits écarts. Un écart statistique significatif ne signifie pas que c'est cliniquement significatif.

Figure 4. Espérance de vie à la naissance (en années), sexes réunis, Estrie et Québec, 1998-2002 à 2018-2022



Note : Les valeurs estriennes avec un encadré vert sont statistiquement supérieures à celles du reste du Québec au seuil de 5 %.

Source : MSSS. (1998-2002 à 2018-2022). *Fichier des décès, Estimations et projections démographiques et Fichier des naissances.*

Selon le sexe et le territoire

Pour la dernière période (2018-2022), en Estrie, l'espérance de vie à la naissance est de **80,9 ans chez les hommes**, de **85,0 ans chez les femmes**, représentant un écart estimé de 4,1 ans. Que ce soit pour les deux sexes ou pour la donnée sexes confondus, ces niveaux d'espérance de vie **sont supérieurs à ceux du reste du Québec** (tableau 1).

Tableau 1. Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe et le territoire de résidence, Estrie, 2018-2022

RLS		Espérance de vie à la naissance			
		Espérance de vie (en année)	Écart avec l'Estrie	Écart avec le Québec	Intervalle de confiance (95 %)
Pommeraie	Homme	80,4			79,8 - 81,1
	Femme	84,1	(-)		83,5 - 84,7
	Total	82,2	(-)		81,8 - 82,7
Haute-Yamaska	Homme	80,1	(-)	(-)	79,5 - 80,6
	Femme	83,8	(-)	(-)	83,3 - 84,3
	Total	81,9	(-)	(-)	81,6 - 82,3

RLS		Espérance de vie à la naissance			
		Espérance de vie (en année)	Écart avec l'Estrie	Écart avec le Québec	Intervalle de confiance (95 %)
Memphrémagog	Homme	82,3	(+)	(+)	81,4 - 83,1
	Femme	86,2	(+)	(+)	85,5 - 86,9
	Total	84,2	(+)	(+)	83,7 - 84,8
Coaticook	Homme	81,3			80,2 - 82,5
	Femme	85,3			84,3 - 86,4
	Total	83,2			82,4 - 84,0
Sherbrooke	Homme	80,9			80,5 - 81,3
	Femme	85,4	(+)	(+)	85,0 - 85,8
	Total	83,2	(+)	(+)	82,9 - 83,5
Val Saint-François	Homme	81,3			80,4 - 82,1
	Femme	84,1	(-)		83,2 - 84,9
	Total	82,6			82,0 - 83,2
Des Sources	Homme	79,2	(-)		77,6 - 80,8
	Femme	85,4			83,6 - 87,2
	Total	82,2			80,9 - 83,4
Haut-Saint-François	Homme	80,3			79,2 - 81,4
	Femme	85,4			84,3 - 86,5
	Total	82,7			81,9 - 83,5
Granit	Homme	80,9			79,7 - 82,2
	Femme	86,7	(+)	(+)	85,6 - 87,8
	Total	83,7		(+)	82,8 - 84,5
ESTRIE	Homme	80,9		(+)	80,6 - 81,1
	Femme	85,0		(+)	84,8 - 85,2
	Total	82,9		(+)	82,8 - 83,1
QUÉBEC	Homme	80,6			80,5 - 80,7
	Femme	84,4			84,3 - 84,4
	Total	82,5			82,5 - 82,5

(-), (+) : Valeur statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5 %.

Source : MSSS. (2018-2022). *Fichier des décès, Estimations et projections démographiques et Fichier des naissances.*

À l'échelle des RLS, nous constatons quelques disparités. À titre d'exemple, **autant chez les hommes que chez les femmes, le RLS de la Haute-Yamaska est le seul territoire estrien où l'espérance de vie est inférieure à celle du reste de l'Estrie et celle du reste du Québec** (tableau 1). Il est possible de fournir quelques pistes d'explication à l'aide de données supplémentaires. En effet, chez les hommes de la Haute-Yamaska, les taux de mortalité pour des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire sont supérieurs à ceux des hommes du reste de l'Estrie et du reste du Québec. Du côté des femmes, nous observons un plus haut taux de mortalité dans ce RLS pour les maladies de l'appareil circulatoire que dans le reste de l'Estrie et un taux de mortalité supérieur pour les accidents de véhicules à moteur (qu'elles soient conductrices ou passagères) que dans le reste de l'Estrie et du Québec. Ces différences peuvent expliquer en partie pourquoi l'espérance de vie en Haute-Yamaska est inférieure comparativement au reste de l'Estrie ou du Québec (MSSS, 2025).

À l'inverse, **le RLS de Memphrémagog est le seul territoire qui présente une espérance de vie supérieure à celle du reste de l'Estrie et celle de la province pour chacun des deux sexes**. En effet, les hommes du RLS présentent un taux de mortalité inférieure à celui du reste de l'Estrie et du reste du Québec pour les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Chez les femmes du RLS, leur taux de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire est également inférieur à celui du reste de l'Estrie et de la province. Ces statistiques peuvent fournir des pistes de réflexion pour expliquer l'espérance de vie plus élevée dans le RLS de Memphrémagog (MSSS, 2025).

D'autres différences sont notées quand nous comparons les RLS avec le reste de l'Estrie. Notamment, l'espérance de vie des femmes à Sherbrooke et au Granit est supérieure à celle de la région. À l'inverse, l'espérance de vie des femmes à la Pommeraiie et au Val Saint-François et celle des hommes dans le RLS des Sources sont inférieures à celle du reste de l'Estrie.

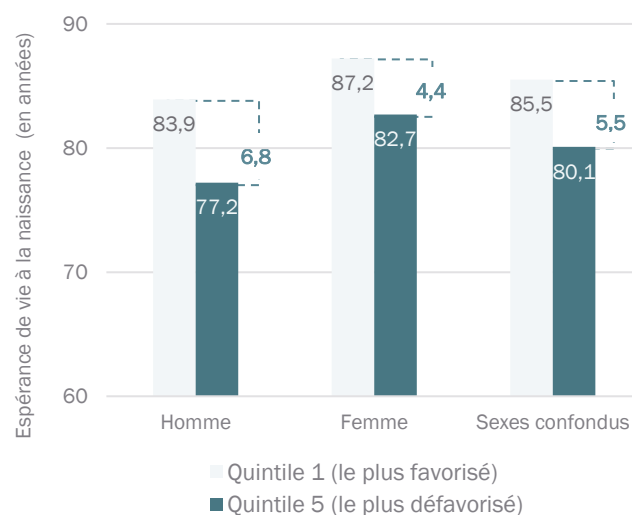
L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est connu et se retrouve sur l'ensemble du globe. Il s'explique en partie par des facteurs biologiques (exemple du rôle protecteur du taux d'œstrogène plus élevé des femmes vis-à-vis des maladies cardiovasculaires) (Kaur et Werstuck, 2021), mais aussi sociaux via les normes de construction de genre. Ainsi, les hommes adoptent plus de comportements à risque (tabac, alcool, conduite imprudente, violence, etc.) (European Institute for Gender Equality, 2025), les exposant à davantage de maladies chroniques ou de traumatismes, et occupent plus souvent des postes à fortes contraintes (contraintes physiques, travail de nuit, exposition à des produits toxiques, etc.), tout ceci augmentant les risques de mortalité prématurée. Par ailleurs, les femmes ont une plus grande tendance à avoir recours aux services de soins et de prévention.

Selon le sexe et le niveau de défavorisation

Dans cette section, l'espérance de vie moyenne, pour la période 2016-2021, a été calculée (en incluant les décès survenus en centre d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD]) pour chaque quintile de défavorisation via des données obtenues pour les 113 communautés estriennes.

De 2016 à 2021, des inégalités en matière d'espérance de vie à la naissance sont clairement observées entre nos territoires. En effet, les personnes vivant dans les territoires estriens les plus favorisés (quintile 1 [Q1]) sur les plans matériel et social présentent une espérance de vie à la naissance plus élevée en moyenne que celles vivant dans les communautés les plus défavorisées (quintile 5 [Q5]). Bien que ces écarts soient statistiquement significatifs, peu importe le sexe, nous retrouvons les plus grandes inégalités d'espérance de vie chez les hommes. Chiffre à l'appui, nous observons une **différence de 6,8 années (83,9 ans c. 77,2 ans) entre les hommes vivant dans les communautés les plus favorisées et ceux vivant dans les communautés les plus défavorisées**, alors que **cet écart est de 4,4 années (87,2 ans c. 82,7 ans) chez les femmes** (figure 5). Pour les **sexes confondus**, nous notons un écart de **5,5 années (85,5 ans c. 80,1 ans)** (tableau 2).

Figure 5. Espérance de vie à la naissance (en années) selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle et le sexe, Estrie, 2016 à 2021



Sources : MSSS, (2016-2021). *Fichier des naissances* et *Fichier des décès*. Statistique Canada. *Recensement 2016* et *Recensement 2021*. INSPQ. *Recensement 2021. Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Tableau 2. Espérance de vie à la naissance (en années) selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle et le sexe, Estrie, 2016 à 2021

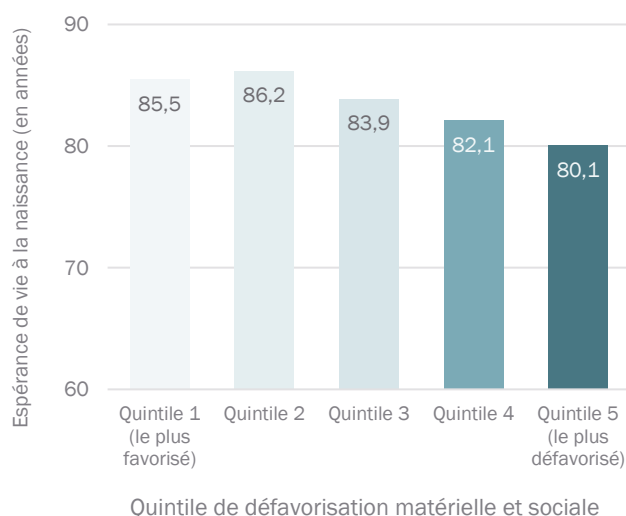
Quintile de défavorisation	Espérance de vie à la naissance		
	Homme (ans)	Femme (ans)	Sexes confondus (ans)
Quintile 1 (le plus favorisé)	83,9	87,2	85,5
Quintile 2	84,1	88,3	86,2
Quintile 3	82,1	85,7	83,9
Quintile 4	80,0	84,1	82,1
Quintile 5 (le plus défavorisé)	77,2	82,7	80,1
Écart entre Q1 et Q5*	6,8	4,4	5,5

* Écart toujours significatif au seuil de 1 % selon le test Z.

Sources : MSSS. (2016-2021). *Fichier des naissances et Fichier des décès*. Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*. INSPQ. *Recensement 2021. Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

En Estrie, de 2016 à 2021, l'espérance de vie à la naissance, sexes confondus, suit un gradient social presque linéaire. En effet, même si **l'espérance de vie à la naissance est plus grande pour le Q2 que pour le Q1 (le plus favorisé), il diminue de façon graduelle jusqu'au Q5 (le plus défavorisé)** (figure 6).

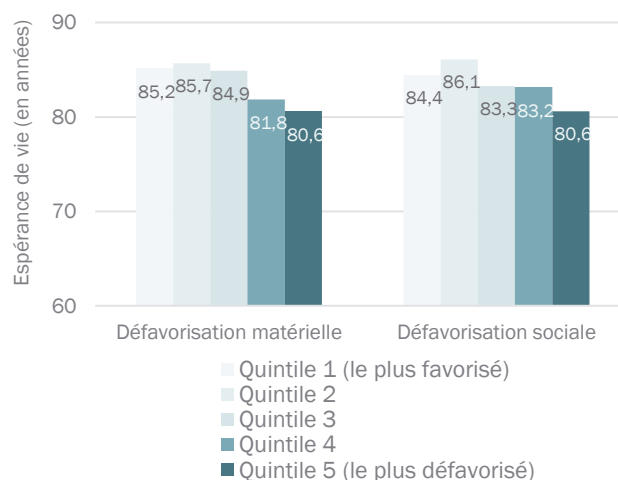
Figure 6. Espérance de vie à la naissance (en années) selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle, sexes confondus, Estrie, 2016 à 2021



Sources : MSSS. (2016-2021). *Fichier des naissances et Fichier des décès*. Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*. INSPQ. *Recensement 2021. Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Cet écart entre le Q1 et le Q2 est plus important chez les femmes (écart de 1,1 an) que les hommes (écart de 0,2 an) (tableau 2) de même que pour la dimension sociale (écart de 1,7 an) par rapport à la dimension matérielle (écart de 0,5 an) (figure 7). Il est difficile d'émettre simplement une hypothèse explicative de ces constats, mais il est possible que cela soit lié à une meilleure mixité sociale (et ses avantages pour l'ensemble de la communauté) ou encore à l'environnement de vie, avec peut-être une plus grande proximité des services et des ressources de la communauté dans les territoires du Q2. À noter qu'à part cette force du Q2-social, pour les autres écarts, la dimension matérielle a plus d'impact que la dimension sociale.

Figure 7. Espérance de vie à la naissance (en années) selon le niveau de défavorisation matérielle et le niveau de défavorisation sociale, sexes confondus, Estrie, 2016 à 2021



Sources : MSSS. (2016-2021). *Fichier des naissances et Fichier des décès*. Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*. INSPQ. *Recensement 2021. Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

4.1.2. Espérance de vie à 65 ans

L'espérance de vie à 65 ans représente la durée de vie supplémentaire qu'une personne de 65 ans peut espérer vivre selon les taux de mortalité actuels. Elle est généralement plus élevée que celle à la naissance parce que la personne a déjà survécu aux risques de mortalité des âges plus jeunes. Néanmoins, cet indicateur permet de mettre en lumière les ISS dans le vieillissement : l'accès aux soins de santé, la qualité de vie, les maladies, etc. (Institut de la statistique du Québec, 2025).

Les données de l'espérance de vie à 65 ans présentent une tendance similaire à ceux de l'espérance de vie à la naissance. Les données complètes associées à cette analyse sont fournies à l'annexe 1.

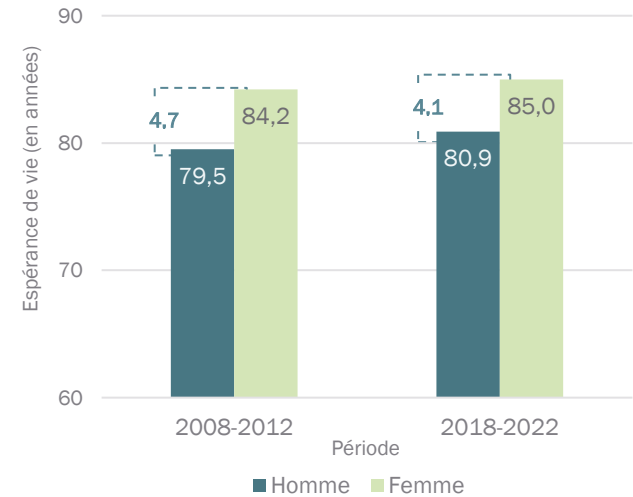


4.1.3. Évolution temporelle des écarts en matière d'espérance de vie à la naissance

Selon le sexe

Lorsque nous regardons l'évolution de l'espérance de vie selon le sexe, **entre la période 2008-2012 et la période 2018-2022**, nous constatons que **l'écart entre les deux sexes s'est réduit de façon significative, passant de 4,7 à 4,1 années**, l'augmentation d'espérance de vie ayant été plus importante pour les hommes (+ 1,4 année) que pour les femmes (+ 0,8 année)[§] (figure 8).

Figure 8. Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe, Estrie, 2008-2012 et 2018-2022



Source : MSSS. (2008-2012 et 2018-2022). *Fichier des décès, Estimations et projections démographiques et Fichier des naissances.*

En nous intéressant aux deux grands regroupements de causes de décès les plus fréquents en Estrie, soit les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire, nous remarquons que les hommes ont connu une plus grande diminution de leur taux de mortalité entre 2008-2012 et 2018-2022 comparativement aux femmes. Chiffre à l'appui, le taux de mortalité pour tumeurs est passé de 317,9 à 269,8 (pour 100 000 personnes) chez les hommes et de 219,0 à 197,8 (pour 100 000) chez les femmes. Également, le taux de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes est passé de 234,6 à 195,4 (pour 100 000) entre les deux périodes. Du côté des femmes, ce taux est passé de 175,8 à 148,8 (pour 100 000) (tableau 3) (MSSS, 2025). Malgré cette plus grande diminution chez le sexe masculin, les femmes enregistrent un taux de mortalité inférieur, expliquant

§ Différence statistiquement significative au seuil de 5 %.

pourquoi leur espérance de vie demeure supérieure à celle des hommes.

Tableau 3. Taux annuel moyen ajusté de mortalité selon le sexe pour certaines causes de décès, Estrie, 2008-2012 et 2018-2022 (pour 100 000)

Causes de décès		Taux de mortalité (pour 100 000)		Évolution temporelle
		2008-2012	2018-2022	
Tumeurs	Homme	317,9	269,8	↓
	Femme	219,0 (-)	197,8 (-)	↓
Maladies de l'appareil circulatoire	Homme	234,6	195,4	↓
	Femme	175,8 (-)	148,8 (-)	↓

(-) : Valeur statistiquement inférieure à celle des hommes au seuil de 5 %.
↓ : Valeur à la baisse comparativement à la période 2008-2012 au seuil de 5 %.

Source : MSSS. (2008-2012 et 2018-2022). *Fichier des décès et Estimations et projections démographiques.*

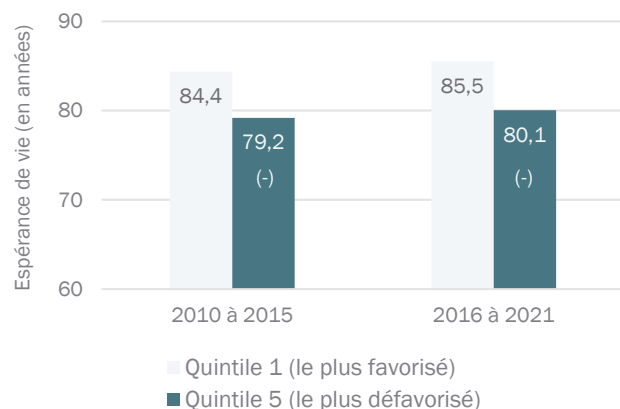
Selon la défavorisation

Dans cette section, l'espérance de vie pour 2010-2015 et 2016-2021 a été calculée (en incluant les décès survenus en CHSLD) pour chaque quintile de défavorisation, via des données obtenues pour les 113 communautés estriennes (basé sur le recensement 2016 et 2021). Ces données ont été calculées pour regarder l'évolution de l'espérance de vie entre les deux périodes. Certaines communautés sont réparties dans différents quintiles sur les deux périodes.

Lorsque nous regardons l'évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, entre la période 2010-2015 et la période 2016-2021, nous remarquons que **l'écart entre les territoires les plus favorisés (Q1) et ceux plus défavorisés (Q5) est resté stable (5,2 c. 5,5 années)** (figure 9). **Pour chacun des quintiles**, l'espérance de vie a augmenté significativement à l'exception du Q4 où l'espérance de vie est restée semblable entre les deux périodes** (données non présentées).

**À interpréter en tenant compte que la communauté de Lac-Mégantic, qui a connu une tragédie ferroviaire en 2013, appartenait au Q3 pour la période 2010-2015 (diminuant l'espérance de vie pour ce quintile sur cette période).

Figure 9. Espérance de vie à la naissance (en années) selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, Estrie, 2010-2015 et 2016-2021



(-) : Valeur statistiquement inférieure à celle du quintile 1 au seuil de 1 %.

Sources :

MSSS. (2010 à 2021). *Fichier des décès et Fichier des naissances*.

Statistique Canada. *Recensement 2011, 2016 et 2021*.

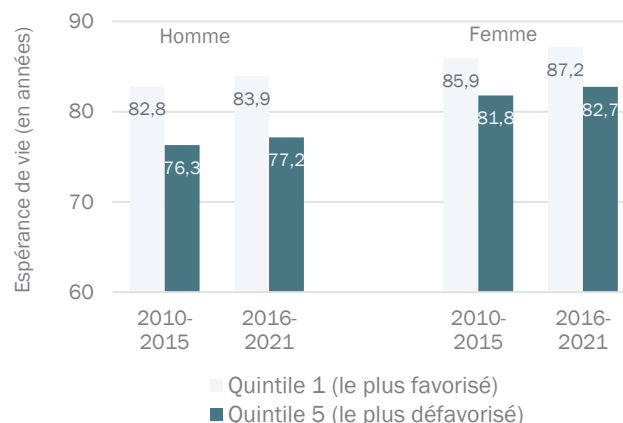
INSPQ. Recensement 2016 et 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

En analysant chacune des deux composantes de la défavorisation (matérielle et sociale) séparément, nous remarquons que **l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les territoires les plus favorisés (Q1) et ceux plus défavorisés (Q5) s'est creusé pour la composante matérielle (écart passant de 2,9 à 4,5 années)** alors que pour la composante sociale, cet écart est resté stable (4,1 c. 3,8 années) (données non présentées).

Selon le sexe et le niveau de défavorisation

En regardant l'évolution de l'espérance de vie selon le sexe entre 2010-2015 et 2016-2021, nous constatons une augmentation de l'espérance de vie chez les hommes issus des communautés du Q1 et du Q3. Chez les femmes, cette augmentation s'est produite chez celles vivant dans les territoires du Q1, du Q2 et du Q3 (données non présentées). Pour autant, **l'écart d'espérance de vie entre les communautés les plus favorisées (Q1) et les plus défavorisées (Q5) est demeuré stable autant pour les hommes que pour les femmes** (figure 10).

Figure 10. Espérance de vie à la naissance (en années) selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale et selon le sexe, Estrie, 2010-2015 et 2016-2021



Sources :

MSSS. (2010 à 2021). *Fichier des décès et Fichier des naissances*.

Statistique Canada. *Recensement 2011, 2016 et 2021*.

INSPQ. Recensement 2016 et 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

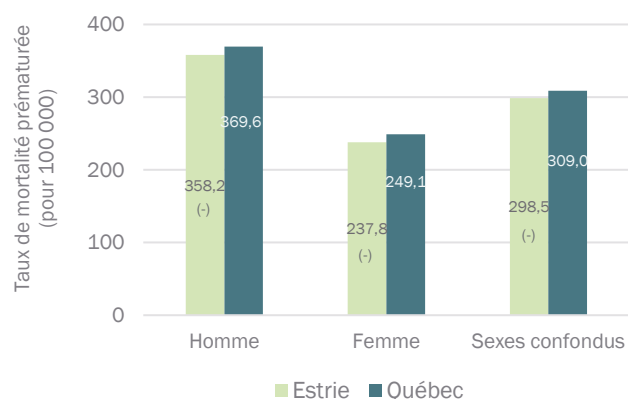
4.2. Mortalité prématurée

Nous considérons qu'un décès est prématuré lorsqu'il survient avant 75 ans (INSPQ, 2018), et ce, au regard de l'espérance de vie moyenne à la naissance au Québec qui est de 80,2 ans chez les hommes et de 83,9 ans chez les femmes en 2022.

4.2.1. Mortalité prématurée selon le sexe, période 2018-2022

En Estrie, pour la période 2018-2022, le taux annuel moyen de mortalité prématurée est de 298,5 pour 100 000 personnes. Chez les hommes, ce taux atteint 358,2 pour 100 000, contre 237,8 chez les femmes, soit une **différence de 120,4 pour 100 000. Les hommes présentent ainsi un taux de mortalité prématurée 50 % plus élevé que celui des femmes** (tableau 4). Ces taux de mortalité prématurée, plus faibles chez les femmes que chez les hommes, sont cohérents avec leur espérance de vie plus élevée (85,0 c. 80,9 ans en 2018-2022). Que ce soit pour les deux sexes ou pour la donnée sexes confondus, ces taux de mortalité sont **inférieurs à ceux du reste du Québec** (figure 11).

Figure 11. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le sexe, Estrie et Québec, 2018-2022 (pour 100 000 personnes)



(-) : Valeur statistiquement inférieure à celle du Québec au seuil de 5 %.

Source : MSSS. (2018-2022). *Fichier des décès et Estimations et projections démographiques*.

Tableau 4. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le sexe, Estrie, 2018-2022 (pour 100 000 personnes)

Sexe	Taux de mortalité prématurée (0 à 74 ans) (pour 100 000)	
	Estrie	Québec
Homme	*358,2	369,6
Femme	*237,8 (-)	249,1 (-)
Sexes confondus	*298,5	309,0
Différence (homme/femme)	120,4	120,5
Ratio (homme/femme)	1,5	1,2

* : Pour le sexe en question, valeur statistiquement inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 5 %.

(-) : Valeur statistiquement inférieure à celle des hommes au seuil de 5 %.

Source : MSSS. (2018-2022). *Fichier des décès et Estimations et projections démographiques*.

4.2.2. Mortalité prématurée et défavorisation

Dans cette section, le taux annuel moyen de mortalité prématurée, **pour la période 2016-2021**, a été ajusté selon la structure par âge (0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65-74 ans). De plus, il a été calculé (en excluant les décès survenus en CHSLD) pour chaque quintile de défavorisation, via des données obtenues pour les 113 communautés estriennes.

Selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale combinées

En Estrie, de 2016 à 2021, des inégalités en matière de mortalité prématurée sont observées selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale des communautés. En effet, **les communautés estriennes les plus défavorisées** (taux de 415,5

pour 100 000 pour le Q5) sur les plans matériel et social **présentent en moyenne un taux de mortalité prématurée plus de deux fois plus élevé (ratio de 2,13) que celles les plus favorisées** (taux de 195,5 pour 100 000 pour le Q1) (tableau 5 et figure 12). **Pour un groupe de 1 000 personnes, cela représente donc un peu plus de deux décès prématurés d'écart entre ces deux types de communautés.** Par ailleurs, nous constatons un écart du taux de mortalité prématurée entre chacun des quintiles et le plus important est entre le Q4 et le Q5, constituant la plus haute « marche d'escalier » du gradient social (figure 12).

Tableau 5. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle, Estrie, 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)

Quintile de défavorisation	Taux de mortalité prématurée (0 à 74 ans) (pour 100 000)
Quintile 1 (le plus favorisé)	195,5
Quintile 2	219,7
Quintile 3	257,4
Quintile 4	307,7
Quintile 5 (le plus défavorisé)	415,5
Différence (Q5 - Q1)*	220
Ratio (Q5 / Q1)	2,13

* Écart toujours significatif au seuil de 1 % selon le test Z.

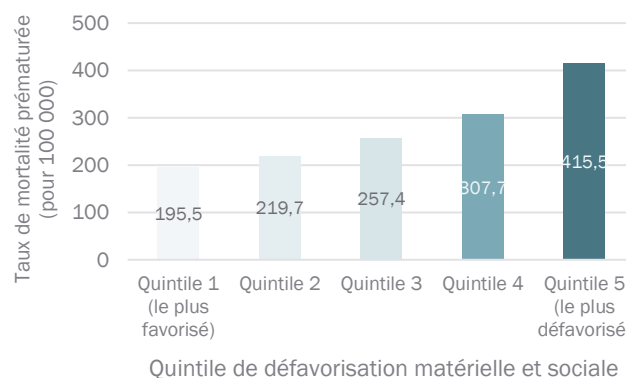
Sources :

MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.

Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.

INSPQ. Recensement 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Figure 12. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle, Estrie, 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)



Sources :

MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.

Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.

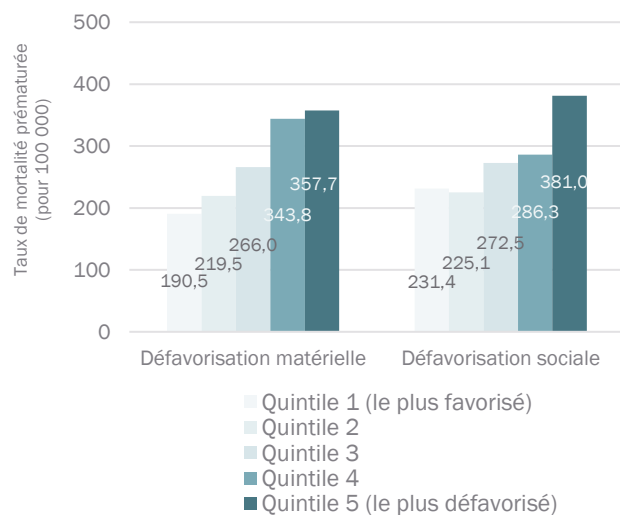
INSPQ. Recensement 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Nous estimons par ailleurs que **près du tiers des décès prématurés (30,0 %) pourraient théoriquement être évités si toutes les communautés avaient un niveau de favorisation matérielle et sociale équivalent à celui observé dans le quintile le plus favorisé.** En terme absolu, cela correspondrait à une diminution d'environ 421 décès prématurés annuellement.

Selon la défavorisation matérielle et la défavorisation sociale

En analysant chacune des deux composantes de la défavorisation (matérielle et sociale) séparément (figure 13), nous remarquons que **l'écart, absolu et relatif, de taux de mortalité prématurée entre les territoires les plus favorisés (Q1) et ceux plus défavorisés (Q5) est plus important pour la composante matérielle (écart de 167,2 décès pour 100 000, ratio de 1,88) que la composante sociale (écart de 149,7 décès pour 100 000, ratio de 1,65).** Cependant, l'écart important, constaté précédemment pour la défavorisation combinée, entre le Q4 et le Q5 semble relié à la composante sociale. Cela illustre l'importance des effets bénéfiques d'un tissu et d'un soutien social renforcé dans les communautés plus défavorisées. Pour la composante matérielle, l'écart de mortalité prématurée le plus grand se trouve lorsque l'on passe du Q3 au Q4.

Figure 13. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation sociale et le niveau de défavorisation matérielle, Estrie, 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)



Sources :
MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.
Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.
INSPQ. Recensement 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Selon le sexe et le niveau de défavorisation

En Estrie, pour la période de 2016 à 2021, les **plus grandes inégalités en matière de mortalité prématurée, comme pour l'espérance de vie, sont observées chez les hommes comparativement aux femmes.** En effet, **le taux de mortalité chez les hommes issus des communautés défavorisées est 2,3 fois plus élevé que le taux observé chez les hommes des territoires les plus favorisés** (différence de taux de 293,7 pour 100 000 personnes). **Pour les femmes des milieux les plus défavorisés, il est tout de même deux fois celui des secteurs les plus favorisés** avec un écart de taux de 152,9 pour 100 000 personnes (tableau 6 et figure 14).

Tableau 6. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle et le sexe, Estrie, 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)

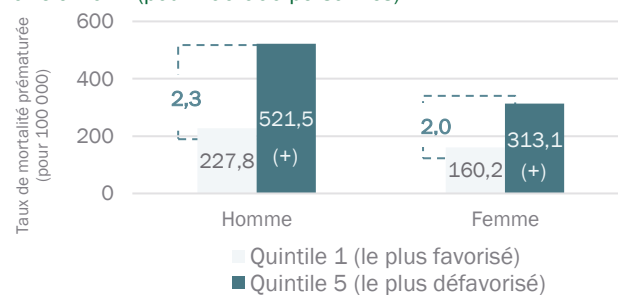
Quintile de défavorisation	Taux de mortalité prématurée (0 à 74 ans) (pour 100 000)	
	Homme	Femme
Quintile 1 (le plus favorisé)	227,8	160,2
Quintile 2	270,7	165,6
Quintile 3	305,5	207,9
Quintile 4	382,7	227,5
Quintile 5 (le plus défavorisé)	521,5	313,1
Différence (Q5 – Q1)*	293,7	152,9
Ratio (Q5 / Q1)*	2,3	2,0

* Écart toujours significatif au seuil de 1 % selon le test Z.

Sources :

MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.
Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.
INSPQ. Recensement 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Figure 14. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle et le sexe, Estrie, 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)



(+) : Valeur statistiquement supérieure à celle du quintile 1 au seuil de 1 %.

Sources :

MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.
Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.
INSPQ. Recensement 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Selon certaines causes de décès et le niveau de défavorisation

De 2016 à 2021, pour la population estrienne de moins de 75 ans, les taux de mortalité pour certains regroupements de causes observés dans les communautés les plus défavorisées sont d'environ 1,5 fois (décès par tumeurs) à 3 fois (décès par maladies de l'appareil digestif, circulatoire ou respiratoire) plus élevés que ceux des milieux plus favorisés (tableau 7 et figure 15).

Tableau 7. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle pour certaines causes de décès, Estrie, 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)

Cause de décès	Taux de mortalité prématurée (0 à 74 ans) (pour 100 000)		
	Q1	Q5	Ratio (Q5/Q1)*
Maladies de l'appareil respiratoire	12,4	33,5	2,7
Maladies de l'appareil circulatoire	31,8	87,1	2,7
Maladies de l'appareil digestif	7,1	22,5	3,2
Causes externes de morbidité et de mortalité**	21,6	52,6	2,4
Tumeurs	99,2	161,6	1,6
Ensemble des causes de mortalité	195,5	415,5	2,1

* Écart toujours significatif au seuil de 1 % selon le test Z.

** Traumatismes intentionnels et non intentionnels (CIM-10 V01-Y98).

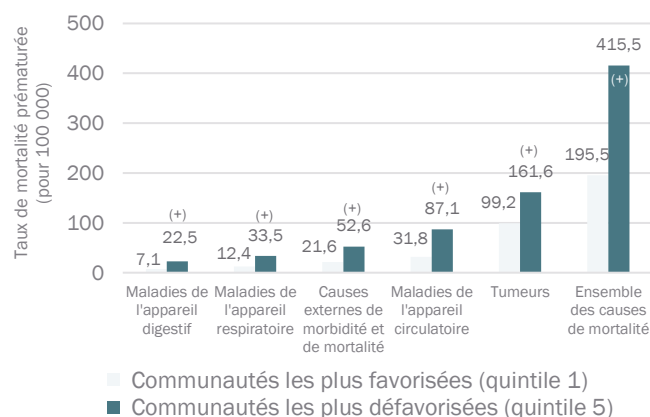
Sources :

MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.

Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.

INSPQ. *Recensement 2021. Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Figure 15. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle pour certaines causes de décès, Estrie, 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)



(+) : Valeur statistiquement supérieure à celle du quintile 1 au seuil de 1 %.

Sources :

MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.

Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.

INSPQ. *Recensement 2021. Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*

Selon le territoire

En matière d'inégalités territoriales, ce sont **29 communautés (25,7 %) qui présentent un taux de mortalité inférieur à la province** (figures 16 et 17). Ces communautés appartiennent au Q1 de défavorisation matérielle et sociale combinées (communautés les plus favorisées) pour 15 d'entre elles (donc 60 % des 25 communautés du Q1), au Q2 pour 9 autres (40,9 % des 21 communautés du Q2) et au Q3 pour les 5 communautés restantes (15,2 % des 33 communautés du Q3). En moyenne, parmi les communautés appartenant aux trois premiers quintiles de défavorisation combinée, celles qui ont un taux de mortalité prématurée significativement inférieur à celui de la province présentent un **meilleur indice pour la composante matérielle** que celles dont le taux est comparable à la moyenne provinciale. Par ailleurs, certaines communautés favorisées qui ne se démarquent pas du taux de la province ont aussi une plus faible puissance statistique au niveau de leur taux de mortalité prématurée (coefficients de variation plus élevés, donc imprécision de l'estimation plus grande).

À l'opposé, ce sont **15 communautés sur les 113 (13,3 %) qui présentent un taux de mortalité statistiquement supérieur à la moyenne provinciale** (figures 16 et 17). La grande majorité de ces communautés (14 sur 15) appartiennent au Q5 de défavorisation combinée (58,3 % des 24 communautés du Q5). Une communauté seulement, avec un taux supérieur, appartient au Q4 (11,1 % des 9 communautés du Q4). Il semble qu'ici ce soit la **composante sociale** qui joue un rôle plus important dans la significativité de l'écart des taux avec celui de la province.

Figure 16. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon les 113 communautés estriennes 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)

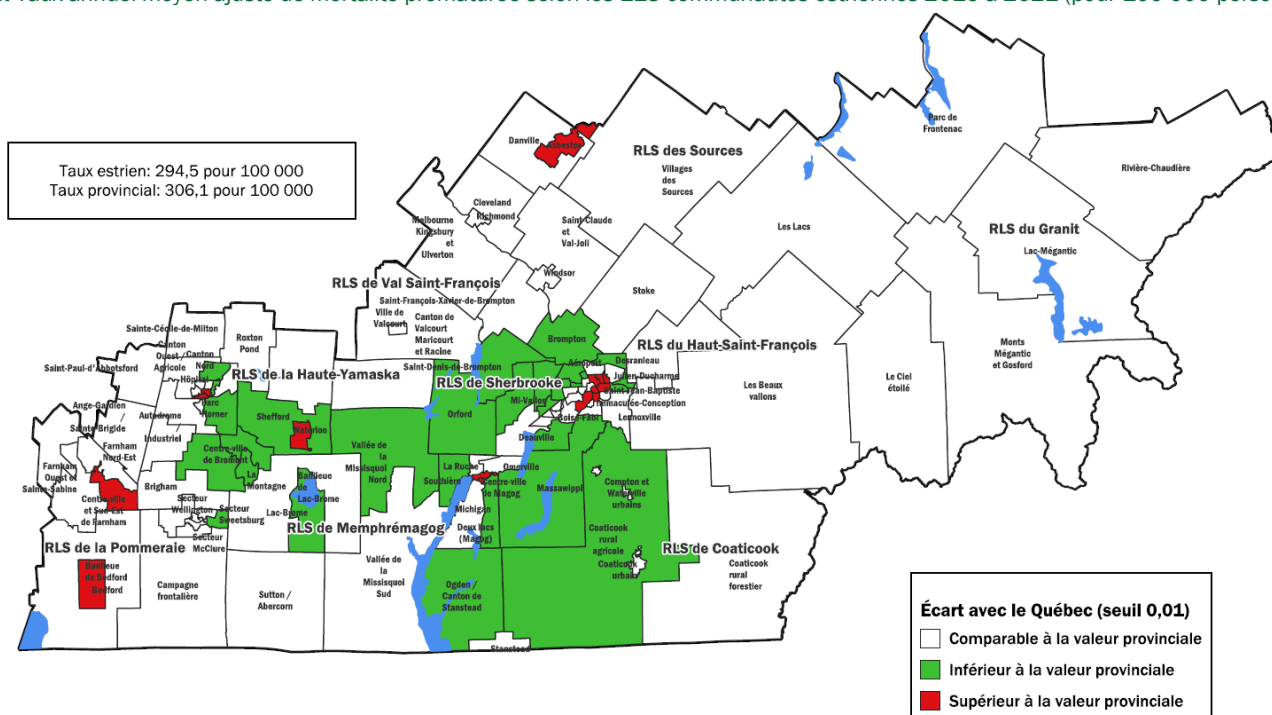
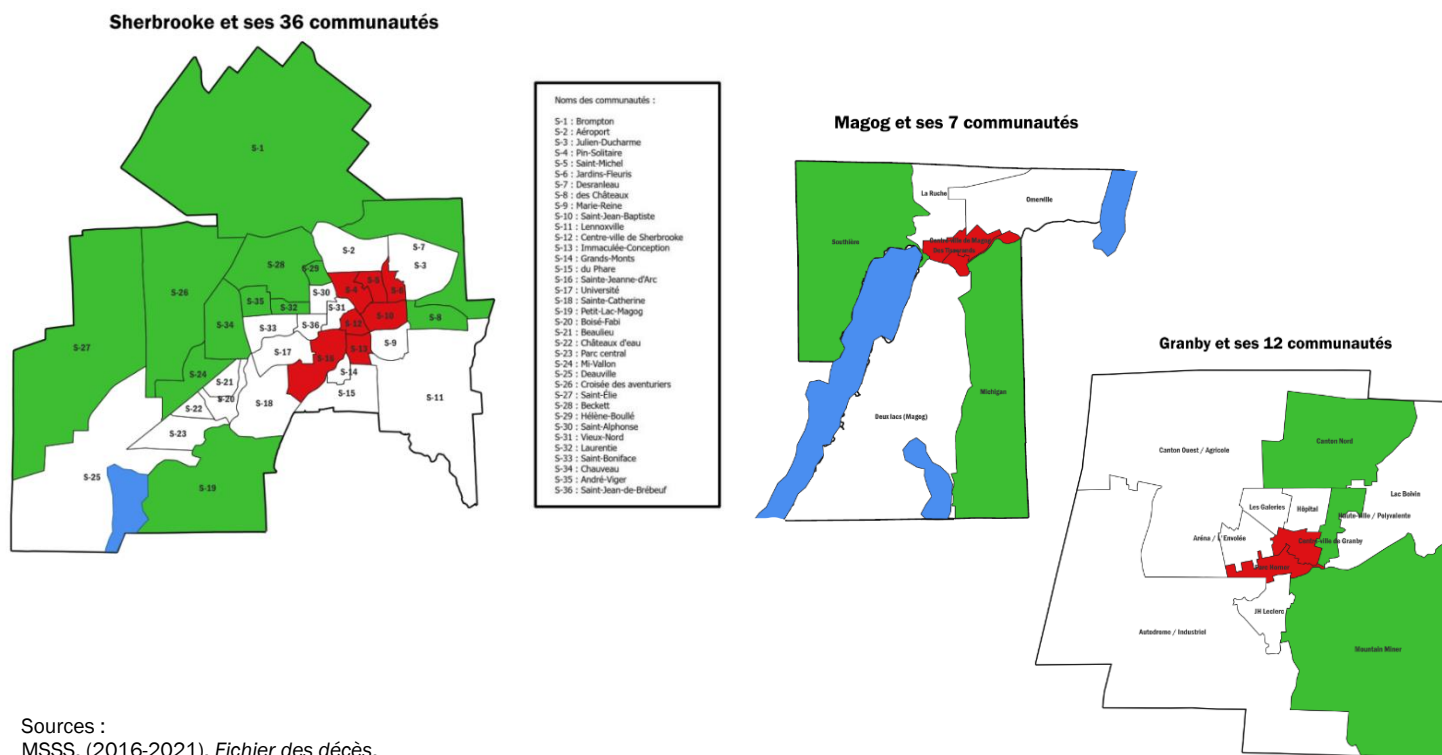


Figure 17. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée se rapportant aux communautés estriennes des villes de Magog, Granby et Sherbrooke, 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)



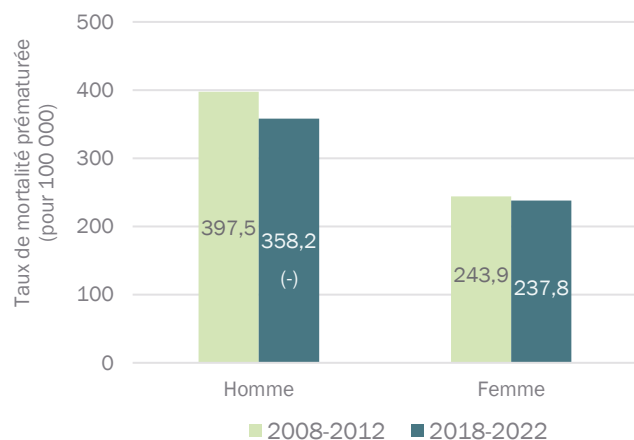
Sources :
 MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.
 Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.
 INSPQ. *Recensement 2021. Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

4.2.3. Évolution temporelle des écarts en matière de mortalité prématurée

Selon le sexe

Lorsque nous regardons l'évolution du taux de mortalité prématurée selon le sexe, entre la période 2008-2012 et la période 2018-2022, nous constatons que **l'écart entre les deux sexes s'est réduit de façon significative**, passant de 153,6 décès à 120,4 pour 100 000. Cette diminution de l'écart est attribuable à la **baisse significative du taux de mortalité prématurée chez les hommes** (397,5 c. 358,2 pour 100 000), alors que **chez les femmes, il est demeuré stable** entre les deux périodes (243,9 c. 237,8 pour 100 000) (figure 18).

Figure 18. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le sexe, Estrie, 2008-2012 et 2018-2022 (pour 100 000)



(-) : Valeur statistiquement inférieure à celle de la période 2008-2012 au seuil de 5 %.

Source : MSSS. (2008-2012 à 2018-2022). *Fichier des décès et Estimations et projections démographiques*.

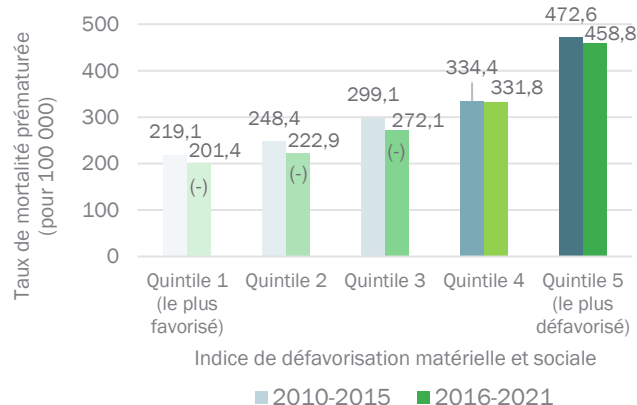
Selon la défavorisation

Dans cette section, le taux annuel moyen de mortalité prématurée, pour les périodes de 2010-2015 et 2016-2021, a été ajusté selon la structure par âge (0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65-74 ans) et il a été calculé pour chaque quintile de défavorisation, via des données obtenues pour les 113 communautés estriennes (basé sur le recensement 2016 et 2021). Ces taux ont été calculés pour regarder l'évolution de la mortalité prématurée entre les deux périodes. Certaines communautés sont réparties dans différents quintiles sur les deux périodes. Enfin, ces données incluent les décès survenus en CHSLD. En effet, il n'est pas possible de les exclure pour la période

de 2010 à 2015, car, en raison du changement de territoire de deux RLS en 2015, nous ne savons pas précisément quels décès sont survenus en CHSLD. Cette contrainte méthodologique surestime légèrement le taux de mortalité prématurée dans tous les quintiles, mais particulièrement dans le cinquième (le plus défavorisé), en raison de la plus grande concentration de CHSLD dans celui-ci. Toutefois, elle ne modifie pas la tendance sous-jacente : les communautés plus défavorisées sont généralement associées à une mortalité prématurée plus élevée.

Lorsque nous regardons l'évolution de la mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, entre la période 2010-2015 et la période 2016-2021, nous remarquons que **l'écart entre les territoires les plus favorisés (Q1) et ceux plus défavorisés (Q5) est resté stable** (253,5 c. 257,4 pour 100 000) (figure 19). **Le taux de mortalité prématurée a diminué significativement dans les Q2 et Q3^{††} au seuil de 1 % et dans le Q1 au seuil de 5 %.** Pour les territoires les plus défavorisés (Q4 et Q5), ce taux est resté semblable.

Figure 19. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, Estrie, 2010 à 2015 et 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)



(-) : Valeur statistiquement inférieure à celle de la période 2010-2015 au seuil de 1 % (Q2 et Q3) ou de 5 % (Q1).

Sources :

MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.

Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.

INSPQ. *Recensement 2016 et 2021. Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

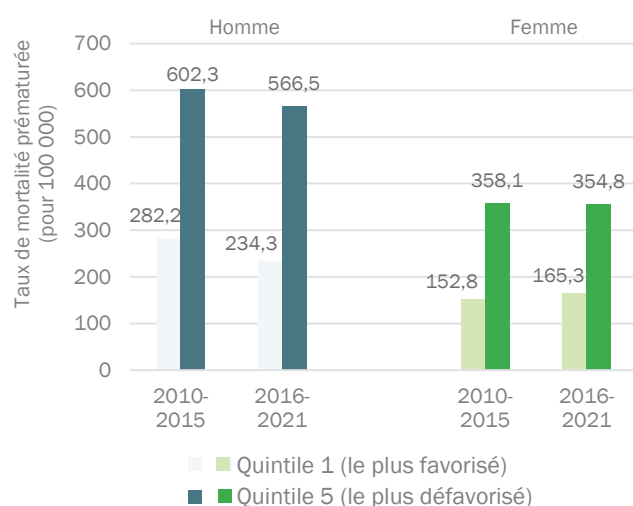
Nous pouvons donc en déduire un **échec de l'atteinte de la cible 9 de la PGPS à la fin du Plan d'action ministériel (PAI) 1**. Il sera important de faire un point de l'évolution de l'écart pour la fin de période du PAI 2 (2022-2025).

^{††} À interpréter en tenant compte que la communauté de Lac-Mégantic, qui a connu une tragédie ferroviaire en 2013, appartenait au Q3 pour la période 2010-2015 (augmentant le taux de mortalité prématurée pour ce quintile sur cette période).

Selon le sexe et le niveau de défavorisation

En analysant l'évolution de la mortalité prématurée selon le sexe et le niveau de défavorisation entre 2010-2015 et 2016-2021, nous constatons une diminution significative du taux de mortalité chez les hommes issus des communautés du Q1, du Q2 et du Q3. Chez les femmes, le taux de mortalité prématurée est demeuré stable dans l'ensemble des quintiles (données non présentées). Ainsi, **l'écart du taux de mortalité prématurée entre les communautés les plus favorisées (Q1) et les plus défavorisées (Q5) est demeuré stable autant pour les hommes que pour les femmes** (figure 20).

Figure 20. Taux annuel moyen ajusté de mortalité prématurée selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale et le sexe, Estrie, 2010 à 2015 et 2016 à 2021 (pour 100 000 personnes)



Sources :
 MSSS. (2016-2021). *Fichier des décès*.
 Statistique Canada. *Recensement 2016 et Recensement 2021*.
 INSPQ. Recensement 2016 et 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

Selon les différentes causes de mortalité prématurée

En analysant l'évolution de la mortalité prématurée selon les grands regroupements de causes, nous constatons que **l'écart entre les territoires les plus favorisés (Q1) et les plus défavorisés (Q5) est demeuré stable entre les périodes 2010-2015 et 2016-2021, et ce, pour l'ensemble des causes** (maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, les tumeurs, ainsi que les causes externes de morbidité et de mortalité).

Quelques changements entre les deux périodes méritent tout de même d'être soulignés. Le taux de mortalité prématurée lié aux maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes issus des communautés les plus favorisées (Q1) a diminué pour la composante matérielle (54,6 c. 42,4 pour 100 000)** et pour la défavorisation combinée (53,9 c. 40,8 pour 100 000)**.

En ce qui concerne les maladies de l'appareil digestif, une augmentation du taux de mortalité prématurée est observée chez les personnes issues des communautés du Q5 (défavorisation combinée), passant de 19,5 à 24,8 pour 100 000**.

Enfin, le taux de mortalité prématurée liée aux tumeurs a diminué chez les hommes ainsi que pour les deux sexes réunis dans les territoires des Q1, Q2 et Q5 selon la défavorisation combinée (diminution variant de 16,3 à 40,1 pour 100 000). Chez les femmes, cette diminution n'est observée que chez celles provenant des communautés les plus défavorisées (Q5) sur le plan socioéconomique (diminution de 22,9 pour 100 000)**.

5. AGIR EST NON SEULEMENT POSSIBLE, MAIS IMPÉRATIF

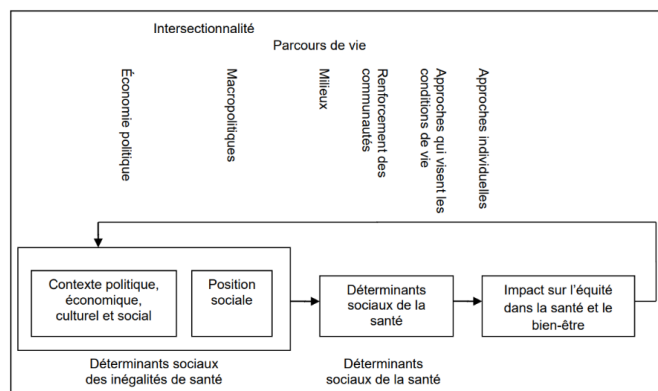
Face aux constats exposés dans les sections précédentes, la fatalité et le découragement ne sont pas de mise, car différents types et niveaux d'intervention sont possibles pour agir contre les ISS. De nombreuses actions mobilisent par ailleurs les différentes équipes de la DSPublique et ses partenaires et certaines serviront d'exemples pour illustrer la typologie d'interventions que nous allons vous exposer et qui est grandement reprise d'une publication du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Mantoura et Morrison, 2016).

Il existe trois façons, nécessairement complémentaires, d'envisager l'action au regard des inégalités de santé : **se concentrer sur les groupes défavorisés, corriger les écarts entre les plus défavorisés et d'autres groupes** (les plus nantis ou la moyenne de la population), mais **surtout s'intéresser à l'ensemble du gradient** (Mantoura et Morrison, 2016). L'action qui vise directement les personnes les plus précarisées est certes nécessaire (*approche ciblée par rapport à approche universelle ou universelle ciblée*), mais elle est loin d'être suffisante et elle comporte des risques non négligeables (stigmatisation, légitimation des désavantages économiques, oubli d'autres groupes ayant des besoins importants) (Mantoura et Morrison, 2016).

** Différence significative au seuil de 5 %.

La figure 21 schématise les types d'approche en matière de réduction des ISS et les niveaux principaux d'intervention sur leurs déterminants. Ces approches rejoignent les cinq axes de la charte d'Ottawa, qui servent souvent de base conceptuelle à l'action en promotion de la santé.

Figure 21. Les points d'entrée des différentes approches politiques de réduction des ISS



Source : Extrait de Mantoura et Morrison, 2016.

Approches qui ciblent surtout les déterminants sociaux des inégalités de santé

Ces approches ciblent le contexte macroscopique du pays et les positions sociales des individus et des groupes de la population, et donc la répartition des déterminants sociaux de la santé. Elles relèvent plutôt du niveau national (voire supranational) puisqu'elles concernent les dynamiques de pouvoir, et leur concentration, au sein de la société ainsi que les **POLITIQUES MACROSOCIALES** (comme les politiques fiscales). Ce sont les approches les plus à même d'agir sur l'ensemble du gradient des ISS et il est possible, à un niveau régional et local, d'exercer une influence sur celles-ci via **diverses stratégies de plaidoyer** (Hyppolite, 2012) ou bien « en développant des alliances intentionnelles et intersectorielles avec des organismes investis dans la justice sociale, afin de contrer les déséquilibres des pouvoirs et les facteurs structurels à l'origine des inégalités sociales de santé » (RÉFIPS et CCNDS, s. d.).

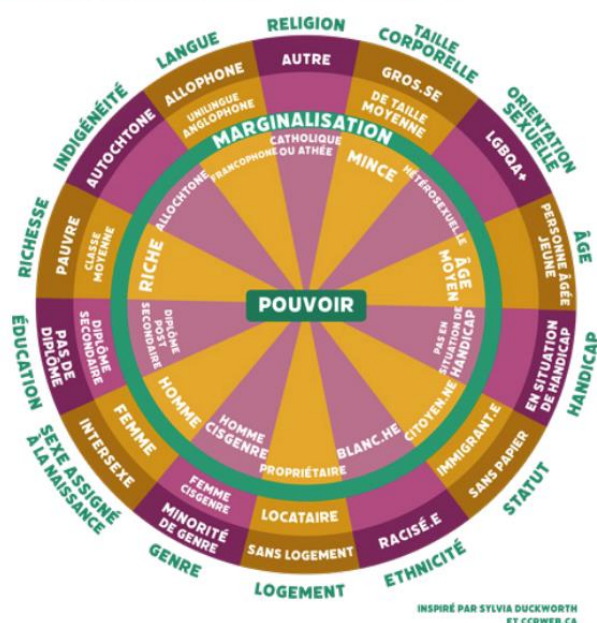
Exemple d'initiative : Demandeurs et demandeuses d'asile

Préoccupés par des enjeux d'accès à plusieurs services pour les demandeurs et demandeuses d'asile en raison de leur statut légal particulier et d'un manque de ressources locales spécialisées, les partenaires du comité intersectoriel sur les besoins et enjeux rencontrés par les demandeurs d'asile à Sherbrooke ont contribué à documenter la situation et à cartographier les services actuels. Afin d'influencer les décideurs, cette documentation a été présentée au Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) offrant des services de santé et de soutien aux demandeurs d'asile et à leur famille au Québec, qui s'est engagé à transmettre ces informations au ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI).

L'**INTERSECTIONNALITÉ** prend en considération les effets du croisement de plusieurs positions sociales défavorables (figure 22) afin de mieux comprendre la réalité vécue par les personnes et groupes concernés et agir de façon adaptée. Elle est définie par Bowleg comme « un cadre théorique permettant de comprendre comment les multiples identités sociales telles que la race, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique et les incapacités se combinent au niveau micro de l'expérience individuelle pour refléter des systèmes interdépendants de privilèges et d'oppression » (Morrison, 2015).

Figure 22. Représentation graphique d'éléments d'une l'analyse intersectionnelle des inégalités sociales

ROUE DES PRIVILÈGES ET DES MARGINALISATIONS



Source : Regroupement Naissances respectées. (2024). *Le Cahier de fondements de pratiques féministes intersectionnelles en périnatalité. Vers une expérience d'enfantement respecté pour toutes et tous.*

Exemple d'initiative : Projet de logement pour personnes en situation d'itinérance et en perte d'autonomie (Sherbrooke)

L'objectif de ce projet est d'ouvrir une maison de chambres pour les personnes vivant en situation d'itinérance et étant en perte d'autonomie. Ces chambres permettront à une quinzaine de personnes qui ne peuvent habiter dans des logements typiques d'avoir accès à un toit et un milieu de vie adapté à leur condition physique. Le Partage St-François, la Coop de Solidarité l'Autre-Toit, le Centre de jour Ma Cabane et le CIUSSS de l'Estrie - CHUS collaborent au projet.

L'**APPROCHE DES PARCOURS DE VIE** place les ISS dans une perspective temporelle longitudinale permettant de saisir les effets longs termes et cumulatifs de l'exposition à divers risques. Elle propose des politiques de long terme, renforçant le potentiel humain, et de court terme pour soutenir les personnes dans des moments charnières de vie plus propices au développement de vulnérabilités.

Exemple d'initiative : Journées d'appropriation et d'ateliers EQDEM - Haute-Yamaska

Dans le cadre de la diffusion des données de l'Enquête québécoise sur le développement des jeunes à la maternelle (EQDEM), la Table de développement Haute-Yamaska (TDHY) a voulu maximiser les retombées sur la communauté. En plus de la présentation, des ateliers, les résultats de la démarche Voir grand avec les parents et une conférence ont été proposés aux partenaires de la Haute-Yamaska qui œuvrent auprès des tout-petits, des jeunes et de leurs familles. Un des objectifs était de considérer les ISS dans la recherche collective de solutions afin d'augmenter le filet social autour des familles et des enfants.

Approches qui ciblent surtout les déterminants sociaux de la santé

Elles permettent d'agir sur les ressources du milieu, leurs accès et usages, les comportements (idéalement dans une optique d'*empowerment*) et peuvent favoriser la cohésion sociale et la participation citoyenne, tout en créant des occasions permettant à des collectifs de se structurer pour influencer les politiques. Ces actions ciblent en général les plus défavorisés ou permettent de réduire les écarts.

Les **APPROCHES VISANT L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL** ciblent les programmes, les services et les ressources essentiels tout au long de la vie (développement du jeune enfant, éducation, environnement physique, logement, parcs, transport, approvisionnement alimentaire, services de santé, etc.).

Exemple d'initiative : Solidarité Transport

Porté par la Corporation de développement communautaire (CDC) de Sherbrooke en partenariat avec la Société de transport de Sherbrooke (STS), avec le soutien du service d'organisation communautaire de la DSPublique et la mobilisation d'une cinquantaine d'organismes communautaires, le projet pilote « Solidarité Transport » a permis d'offrir depuis 2020 des titres de transport à prix réduit à des Sherbrookoises et Sherbrookoises en situation de faible revenu. Le mémoire *L'accès au transport collectif : impacts sur la santé et la qualité de vie des citoyens.nes* (2023) produit par la DSPublique ainsi que le *Mémoire de la santé publique pour l'élaboration du plan d'urbanisme de Sherbrooke* (2024) ont soutenu le plaidoyer en faveur de la poursuite de l'initiative. En février 2025, la STS et la CDC de Sherbrooke ont annoncé la pérennisation du Programme de tarification solidaire « Solidarité Transport ».

Exemple d'initiative : État de situation du logement

Initiée par la Concertation Logement Sherbrooke (CLS), la réalisation d'un état de situation du logement à Sherbrooke a influencé les engagements pris par la Ville de Sherbrooke dans sa première politique de l'habitation ainsi que dans son plan d'urbanisme 2040. Parmi les engagements et orientations, l'atteinte d'une cible de 20 % de logements hors marché est un gain majeur. Une collecte de données auprès des différentes tenures de logements hors marché et la consultation de 80 partenaires ont permis l'identification des populations les plus affectées par la crise du logement (familles monoparentales, jeunes et étudiants, personnes âgées, personnes immigrantes, personnes en situation d'itinérance, personne en situation de handicap, de façon transversale les femmes et les personnes seules) et de pistes de solutions favorisant une offre de logements diversifiée et adaptée. L'équipe de la DSPublique a contribué à cerner des liens entre le logement et la santé, lesquels sont considérés dans le plan d'urbanisme de la Ville de Sherbrooke.

Les **APPROCHES AXÉES SUR LES MILIEUX** concernent tout ce qui touche aux environnements favorables à la santé et au bien-être, et comprennent des actions individuelles et structurelles de plusieurs niveaux. Ces approches sont déployées dans des milieux où les personnes vivent, travaillent et interagissent (ex. milieu scolaire, milieu de travail, quartier, ville, communautés virtuelles).

Exemple d'initiative : Mémoire de la santé publique pour l'élaboration du plan d'urbanisme de Sherbrooke

Dans ce mémoire (2024), la DSPublique propose une série de recommandations pour que le futur Plan d'urbanisme de la Ville de Sherbrooke contribue à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, tout en réduisant les ISS. L'approche adoptée repose sur une analyse tenant compte des déterminants sociaux de la santé à travers plusieurs thématiques : logement, milieux de vie, mobilité, environnement, résilience climatique et alimentation. L'initiative intègre la lunette ISS en ciblant particulièrement les populations vulnérables, en proposant des actions de justice sociale (ex. : logement social, mixité sociale, tarification solidaire, accessibilité universelle) et en favorisant des cobénéfices pour la santé, l'environnement et l'équité.

Tenant compte des réalités locales, les **APPROCHES CIBLANT LES COMMUNAUTÉS** permettent de soutenir l'autodétermination des groupes et renforcer les environnements sociaux (souvent portés par les organismes communautaires), notamment via des pratiques locales innovantes, et de favoriser les partenariats au profit de la solidarité, du lien social, de l'inclusion et de la participation des personnes concernées par les enjeux d'inégalités sociales.

Exemple d'initiative : Politique de développement social de Memphrémagog

En favorisant l'accessibilité et la préservation des espaces naturels, l'inclusion, les initiatives solidaires et les services de proximité dans le développement de la communauté, la Politique de développement social vise à améliorer significativement la qualité de vie de l'ensemble des citoyens et citoyennes. « Cet outil permet notamment d'établir une vision partagée rassemblant les forces vives du territoire, de favoriser la mutualisation et la coordination des ressources pour améliorer l'efficacité et l'impact des initiatives locales, de renforcer la capacité d'agir des parties prenantes et bien plus » (MRC de Memphrémagog, 2024).

Exemple d'initiative : Intensification et coordination des actions de soutien à la communauté anglophone

Cet ensemble d'actions vise à réduire les ISS vécues par la communauté anglophone de Brome-Missisquoi en étant ancré dans leur réalité. Le comité *Heroes' Memorial* a favorisé la mobilisation des partenaires autour d'enjeux scolaires et communautaires avec une multitude d'actions coordonnées autour de l'école. De plus, des initiatives ont été déployées afin d'améliorer la connaissance des ressources disponibles auprès de la communauté d'expression anglaise. Entre autres, la mise en place de la foire des organismes à Massey-Vanier a permis de rendre les services plus accessibles et visibles pour la population anglophone.

Les **APPROCHES POLITIQUES VISANT À SOUTENIR LES PERSONNES** ont pour objet le rehaussement des connaissances, des compétences et des attitudes des individus, notamment via l'**éducation pour la santé**, le développement de la **littératie**, le soutien ou l'autonomisation. Si ces pratiques peuvent être bénéfiques, elles ne doivent pas se substituer aux autres paliers d'action et ne pas servir à une « dérive vers les habitudes de vie » qui attribuent aux personnes la seule responsabilité de leur situation et peuvent parfois à l'origine de creusement des écarts (Lorenc et al., 2013; White et al., 2009). La figure 23 à la page suivante illustre l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour permettre aux personnes d'adopter des comportements individuels bénéfiques à la santé et diminuer leur exposition aux risques à la santé.

Figure 23. L'impact des déterminants de la santé sur l'exposition aux risques à la santé et les comportements individuels impactant la santé



Source : Adapté de Taket, A. (1990). *Making Partners: Intersectoral Action for Health: Proceedings and Outcome of a Joint Working Group on Intersectoral Action for Health*. Copenhagen, WHO.

Exemple d'initiative : Comité d'intervenantes en insertion socioprofessionnelle

Formé d'intervenantes de la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD), d'organismes communautaires et de Service Québec, ce comité permet à celles-ci travaillant en insertion socioprofessionnelle de se réseauter et d'améliorer les services qu'elles offrent aux personnes vivant avec un trouble de santé mentale, diagnostiqué ou non, désirant faire un retour en emploi. Les échecs peuvent constituer un risque majeur d'arrêt des démarches pour ces personnes. Grâce à ces rencontres, les intervenantes peuvent diriger les personnes vers le bon service au bon moment, ce qui favorise un parcours positif et le retour en emploi ou sur le marché du travail.

Ces différentes approches peuvent avoir des effets sur la stratification sociale de la société, sur l'exposition aux facteurs de risque, sur la vulnérabilité de certains groupes à des conditions particulières, ou encore sur les conséquences inévitables des maladies elles-mêmes (Mantoura et Morrison, 2016).

Exemple d'initiative : Promotion de la santé aux Jeux olympiques spéciaux de Granby

L'exposition à la chaleur et aux rayons ultraviolets (UV) peut causer des problèmes de santé publique importants (ex. : coups de chaleur, mélanome) et peut avoir des conséquences graves allant jusqu'au décès. Les Jeux olympiques spéciaux constituent un événement sportif qui comporte un risque accru de tels troubles de santé puisque les athlètes qui y participent vivent avec soit une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Ainsi, des séances d'éducation sur les risques liés à la chaleur et aux rayons UV ont été offertes à tous les athlètes au début de l'événement (avant les compétitions) par un groupe de quatre externes en médecine. Le tout a été adapté au niveau de littératie attendue du public cible. Une brigade étudiante a par ailleurs été mise sur pied pour promouvoir sur les sites extérieurs de compétition les bonnes pratiques enseignées durant les séances et faire la distribution de crème solaire. L'initiative a été déployée grâce à la collaboration d'Olympiques spéciaux Québec, de l'Université de Sherbrooke (Faculté de médecine), de la Fondation Sauve ta peau et du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (DSPublique et Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme [DSAD-SSG-DTSA]). Les outils produits dans le cadre de cette initiative (ex. : infographies) ont été remis à des organismes œuvrant auprès de ces populations cibles, pour en assurer leur pérennité.

Figure 24. Questions clés pour améliorer son action et sa posture au profit de la réduction des ISS

Favoriser la participation des personnes concernées

(se soucier de leur parole et soutenir leur pouvoir d'agir)

- Comment impliquer les personnes les plus touchées?
- Le portrait de situation a-t-il été réalisé avec la participation de personnes concernées par le problème (mobilisation de l'expertise de vécu) pour mieux identifier leurs réalités, défis et besoins?
- Les personnes concernées participent-elles à la coconstruction des solutions et à leur mise en œuvre?
- Les risques d'instrumentalisation des personnes concernées ont-ils été évalués et mitigés?
- La reconnaissance (symbolique ou financière) de leur implication est-elle prévue?

Favoriser l'action intersectorielle et le développement des communautés

- Comment impliquer les milieux les plus touchés?
- Qui sont les acteurs et actrices :
 - concernés?
 - mobilisés?
 - alliés?
 - ayant des leviers pour agir?
- Les rapports de pouvoir entre partenaires sont-ils considérés?
- La pertinence de considérer les déterminants sociaux de la santé et ISS est-elle partagée entre les parties prenantes? Des actions de plaidoyer sont-elles à prévoir?

Mieux comprendre la situation, les besoins et les inégalités

- Qui sont les personnes ou les groupes les plus touchés par le problème?
- Quel est le contexte culturel et historique, le niveau de littératie, le mode de vie, etc., des personnes concernées?
- Quels sont les enjeux des territoires défavorisés en lien avec le problème?
- Quels sont le contexte et les principales causes/déterminants du problème?

Analyser les actions et services existants

- Quels sont les actions ou services existants en lien avec la situation ou le problème?
- Qui bénéficie le plus et le moins des actions et services existants?
- Quelles sont les barrières (structurelles ou individuelles) pour les groupes désavantagés?
- Ces actions et services :
 - sont-ils cohérents avec les objectifs poursuivis?
 - agissent-ils sur des déterminants (des causes) ou des symptômes?
 - sont-ils déployés selon une approche universelle, ciblée ou proportionnée?

Identifier les solutions à mettre en œuvre

- Peut-on adapter ou améliorer les actions existantes pour mieux tenir compte des ISS?
- Peut-on réduire les barrières d'accès aux services existants?
- De nouvelles actions peuvent-elles être développées pour agir sur l'ensemble du gradient, selon le principe d'universalisme proportionné (services universels, assortis d'actions modulées, intensifiées ou ciblées pour des groupes désavantagés)?
- Peut-on faciliter la redistribution équitable des déterminants de la santé ou des facteurs de protection?
- Si on s'adresse à toute la population, est-ce que les actions, approches, messages, canaux ou visuels sont adaptés aux diverses réalités et besoins?
- Évite-t-on la stigmatisation de certains groupes?
- Aborde-t-on les personnes dans leur globalité en misant sur leurs forces/ressources pour soutenir la participation?

S'assurer de l'atteinte durable des objectifs

- Les personnes visées ont-elles accès et utilisent-elles le service offert?
- Est-ce que l'information se rend et est comprise par les personnes les plus touchées?
- Quels bénéfices pour les personnes visées contribuent à prévenir ou réduire les ISS?
- Quels bénéfices sur les milieux contribuent à prévenir ou réduire les ISS?
- Comment l'action ou le service peut-il être pérennisé?
- Comment évaluer l'action en continu?
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré?

Sources : Questions reprises ou inspirées de différents outils existants :

Baciu, C. (2024). *Document de réflexion à bonifier*. DGAPPS, Santé publique, MSSS.

Guichard, A., Ridde, V., Nour, K. et Lafontaine, G. (2015). Outil REFLEX-ISS : mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé. Longueuil (Qc) : CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie. <https://www.equitesante.org/chaire-realisme/outils/reflex-iss>

Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes. (2025). *Mettre en place un projet qui contribue à la réduction des inégalités sociales de santé : Leviers fondés sur la littérature scientifique*. Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

ANNEXE 1. ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS

Selon le sexe et la défavorisation

Lorsque nous analysons l'espérance de vie à 65 ans de 2016 à 2021 en Estrie, nous retrouvons les mêmes constats que ceux concernant l'espérance de vie à la naissance (tableau 2), notamment quand nous analysons chacune des deux composantes de la défavorisation (matérielle et sociale) séparément (données non présentées).

Tableau 8. Espérance de vie à 65 ans (en années) selon le niveau de défavorisation sociale et matérielle et le sexe, Estrie, 2016 à 2021

Quintile de défavorisation	Espérance de vie à 65 ans		
	Homme (ans)	Femme (ans)	Sexes confondus (ans)
Quintile 1 (le plus favorisé)	22,0	24,3	23,1
Quintile 2	22,6	25,5	24,1
Quintile 3	20,7	23,4	22,1
Quintile 4	19,0	22,0	20,6
Quintile 5 (le plus défavorisé)	18,0	21,8	20,1
Écart entre Q1 et Q5*	4,0	2,6	3,1

* Écart toujours significatif au seuil de 1 % selon le test Z.

Sources :

MSSS. (2016-2021). *Fichier des naissances* et *Fichier des décès*.

Statistique Canada. *Recensement 2016* et *Recensement 2021*.

INSPQ. Recensement 2021. *Indice de défavorisation attribué aux territoires des 113 communautés estriennes*.

RÉFÉRENCES

- Aïach, P. (2000). De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. Dans *Les inégalités sociales de santé* (p. 81-91). La Découverte.
<https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2000.01.0081>
- Azevedo Da Silva, M., Gravel, N., Sylvain-Morneau, J., Blaser, C., Gamache, P., Hamel, D. et Landry, M. (2024). *Indice de défavorisation matérielle et sociale 2021. Guide d'utilisation*. Institut national de santé publique du Québec.
<http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550972327.pdf>
- Bernier, N. F. (2021). *Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2781>
- Carde, E. (2020). Les inégalités sociales de santé : décryptage d'un concept. *Revue du CREMIS*, 12(1), 43-47.
- Carde, E. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, Vol. 39(1), 5-30. <https://doi.org/10.1684/ss.2021.0189>
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [CDSS de l'OMS]. (2016). *Déterminants sociaux de la santé : Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Des Roches, M. (2016). *La défavorisation sociale et matérielle en Estrie et son lien avec la mortalité* (Vision Santé publique, bulletin d'information, vol. 31). Direction de santé publique de l'Estrie.
https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Bulletin-vision/2016/31_Vision_sante_publique_Defavorisation_sociale_materielle_Estrie.pdf
- European Institute for Gender Equality. (2025). *The main causes of premature mortality are gendered*. Gender Equality Index 2021: Health. https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/gender-equality-index-2021-report/main-causes-premature-mortality-are-gendered?language_content_entity=en
- Gamache, P., Hamel, D. et Blaser, C. (2020). *L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref. Guide méthodologique*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2639>
- Gouvernement du Québec. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population* (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2025). *La prévention, c'est la santé. Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035* (Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-04W.pdf>
- Hyppolite, S.-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Direction régionale de santé publique. https://www.ciussc-capitenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/rapportiss_versionintegrale.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2025). *Espérance de vie*. Institut de la statistique du Québec.
<https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/sante/esperance-de-vie>
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (s. d.-a). *Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011, 2016 et 2021* [En ligne]. <https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (s. d.-b). *Suivre les inégalités sociales de santé au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.qc.ca/indicateur/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec>
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (2017). *Comment utiliser le SSISQ pour étudier les inégalités sociales de santé? Version 1*, Bureau d'information et d'études en santé des populations.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/is/Aide-m%C3%A9moire-mesures-SSISQ.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (2018). *Les inégalités sociales de santé au Québec - La mortalité prématurée*. Sur le site Santescope.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/syntheses/mortalite-complet.pdf>
- Kaur, H. et Werstuck, G. H. (2021). The Effect of Testosterone on Cardiovascular Disease and Cardiovascular Risk Factors in Men: A Review of Clinical and Preclinical Data. *CJC Open*, 3(10), 1238-1248.
<https://doi.org/10.1016/j.cjco.2021.05.007>

RÉFÉRENCES (SUITE)

- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. et Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(2), 190. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201257>
- Mantoura, P. et Morrison, V. (2016). Les approches politiques de réduction des inégalités de santé. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://www.ccnpps.ca/docs/2016_Ineq_Ineq_Approches_PPNegalites_Fr.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2025). Données du Registre des événements démographiques. Fichier des décès (produit électronique) [2017-2021 : version mars 2024] [Ensemble de données inédit]. Institut national de santé publique du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (2024). *Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-228-01W.pdf>
- Morrison, V. (2015). *Inégalités de santé et intersectionnalité*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/INSPQ/9782550882305.pdf>
- MRC de Memphrémagog. (2024). *Une toute première politique de développement social dans Memphrémagog!* MRC de Memphrémagog. <https://www.mrcmemphremagog.com/actualites/une-toute-premiere-politique-de-developpement-social-dans-memphremagog>
- Pampalon, R., Hamel, D., Alix, C. et Landry, M. (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550687184.pdf>
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Philibert, M. D., Raymond, G. et Simpson, A. (2012). Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 103(2), S17-S22. <https://doi.org/10.1007/BF03403824>
- Perreault, N. (2023). *L'accès au transport collectif : impacts sur la santé et la qualité de vie des citoyens.nes* (Mémoire). Direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Portrait-population/Rapport-memoires-et-avis/Perreault-2023-L'accès-au-transport-coillectif_Impacts_sur_la_santé.pdf
- Réseau francophone international pour la promotion de la santé [RÉFIPS] et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS]. (s. d.). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. Montréal (QC) : RÉFIPS; Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier. <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>
- Trépanier, G. (2024). *Mémoire de la santé publique pour l'élaboration du plan d'urbanisme de Sherbrooke* (Mémoire). Direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Portrait-population/Rapport-memoires-et-avis/Mémoire-de-la-santé-publique-sur-l-élaboration-du-plan-d-urbanisme-de-Sherbrooke_VF.pdf
- White, M., Adams, J. et Heywood, P. (2009). How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? Dans S. J. Babones (dir.), *Social Inequality and Public Health* (p. 65-82). Bristol University Press. <https://doi.org/10.46692/9781847423221.006>

Rédaction

Stéphanie Charbonneau, Dre Laetitia Satilmis et Myrthô Ouellette
Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Collaboration

Brigitte Martin, Marie-Hélène Plante, Gabrielle Ste-Croix, Marie-Zoé Drouin, Marie-Hélène Appolon, Mylène Dugré, Mélissa St-Cyr-Morin, Diane Lapointe, Dany Gagné, Hugo Lévesque et Dre Mélissa Généreux
Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Relecture

Dre Isabelle Samson
Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Révision

Marie-Eve Brière
Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

