



## SUIVRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU QUÉBEC

Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

Québec 



Rapport de recherche

# Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Juillet 2013

## **AUTEURS**

Robert Pampalon, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Denis Hamel, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec

Carolynne Alix, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Maude Landry, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Gilles Lapointe, Naomi Brochu, Nathalie Bérubé, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Marie-Claude Clouston, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Myriam Duplain, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Réal Boisvert, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Pierrot Richard, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Carl Drouin, Édith Bergeron, Christiane Montpetit, Marie-Pierre Markon, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Annie Bourassa, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Mababou Kebe, Agence de la santé et des services sociaux de Laval

François Lapointe, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Luc Dallaire, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Hamado Zoungrana, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Patrick Owen, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James

Julie Soucy, Direction générale adjointe à la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Jérôme Martinez, Chantal Lecours, Ernest Lo, Mathieu Philibert, Mélanie St-Onge, Suzanne Gingras  
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

## **MISE EN PAGES**

Manon Dussault, technicienne en administration

Hélène Fillion, agente administrative

Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 3<sup>e</sup> TRIMESTRE 2013  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-68717-7 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-68718-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

## RÉSUMÉ

Depuis deux décennies, la réduction des inégalités sociales de santé est à l'agenda des politiques et des orientations en matière de santé au Québec. Des activités de surveillance permettent également de suivre dans le temps et dans l'espace (régional) les déterminants sociaux de la santé, l'état de santé de la population et le recours aux services de santé et aux services sociaux. Malgré ces acquis, le Québec ne dispose pas d'un plan de surveillance systématique des inégalités sociales de santé. Pourtant, ces inégalités existent et elles sont bien documentées.

Ce rapport a pour but de proposer une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé. Il résulte d'un effort conjoint de professionnels régionaux et nationaux de la surveillance au Québec, issus de la Table de concertation nationale en surveillance, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Institut national de santé publique du Québec.

Le rapport compte trois parties, une première décrivant les éléments de contexte et les concepts utiles, une seconde passant en revue les points de méthode et une troisième formulant des recommandations quant à la stratégie et aux indicateurs à retenir pour la surveillance des inégalités sociales de santé.

Pour initier la surveillance de ces inégalités, le rapport propose de retenir 18 indicateurs couvrant l'état de santé de la population (10 indicateurs) et ses déterminants (8 indicateurs). Ces indicateurs seront croisés avec un indice de défavorisation, principalement, et suivis sur environ deux décennies, à l'échelle du Québec et de chaque région. Les mesures d'inégalités proposées permettront de suivre les inégalités sociales de santé en termes relatifs et absolus, entre certains groupes dans la population et dans l'ensemble de la population québécoise et régionale.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>3</b>
1.1 Éléments de contexte.....	3
1.1.1 Les ISS dans les orientations et politiques au Québec .....	3
1.1.2 Les ISS et les activités de surveillance au Québec.....	4
1.1.3 Les ISS et les activités de surveillance hors du Québec.....	6
1.2 Fondements conceptuels .....	7
1.2.1 Les ISS : de quoi parle-t-on? .....	8
1.2.2 Les ISS : d'où viennent-elles? .....	9
1.2.3 Les ISS dans les cadres conceptuels au Québec.....	12
<b>2 MÉTHODES.....</b>	<b>15</b>
2.1 Des balises pour la surveillance des ISS.....	15
2.2 Les composantes d'un indicateur d'ISS.....	17
2.2.1 Les indicateurs de santé et de ses déterminants .....	18
2.2.2 Les variables de position sociale .....	20
2.2.3 Les mesures d'inégalités de santé.....	22
2.3 Des cibles de réduction des ISS.....	27
2.3.1 Les expériences internationales .....	27
2.3.2 Les composantes d'une cible de réduction des ISS.....	30
2.3.3 Un exemple concret de cible de réduction des ISS.....	32
2.4 La définition d'unités de voisinage.....	34
2.4.1 Contexte et finalités .....	34
2.4.2 Recension des écrits .....	35
2.4.3 Approches à la définition d'unités de voisinage .....	36
2.4.4 Avantages et limites des approches .....	39
<b>3 PROPOSITIONS.....</b>	<b>43</b>
3.1 Des indicateurs pour la surveillance des ISS.....	43
3.2 Une stratégie de production des indicateurs.....	47
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>49</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXE 1 CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE 2 REGROUPEMENTS ET TYPOLOGIES D'UNITÉS DE VOISINAGE .....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXE 3 LES INDICATEURS PROPOSÉS EN REGARD D'EXPÉRIENCES VENANT DU CANADA, DE L'OMS ET DE L'ANGLETERRE.....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 4 LES INDICATEURS PROPOSÉS EN REGARD DE POLITIQUES, PROGRAMMES ET PLANS D'INTERVENTION AU QUÉBEC.....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 5 LES INDICATEURS PROPOSÉS ET LES PLANS DE SURVEILLANCE AU QUÉBEC .....</b>	<b>79</b>





## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Les indicateurs de l'état de santé et de ses déterminants.....	19
Tableau 2	Les mesures d'inégalités .....	23
Tableau 3	Taux de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) selon le quintile de défavorisation matérielle chez les hommes du Québec, 2004-2008 .....	24
Tableau 4	Sommaire des mesures d'inégalités de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) selon la défavorisation matérielle chez les hommes du Québec, 2004-2008.....	27
Tableau 5	Propositions d'indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé .....	45

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle des déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé de l'OMS.....	10
Figure 2	Les trois composantes d'un indicateur d'inégalité sociale de santé.....	16
Figure 3	Droite de régression des taux de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) chez les hommes du Québec selon la défavorisation matérielle, 2004-2008 .....	25
Figure 4	Courbe de concentration de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) chez les hommes du Québec selon la défavorisation matérielle, 2004-2008 .....	26
Figure 5	Écart d'espérance de vie à la naissance chez les hommes, Angleterre, 1993 à 1998 .....	33



## INTRODUCTION

Il y a 20 ans, la Politique de santé et du bien-être du Québec exprimait clairement la volonté de réduire les inégalités sociales de santé (ISS) et, pour ce faire, d'agir sur les déterminants de la santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). Depuis, des lois, des politiques et des programmes de santé publique ont réitéré cette même volonté.

Parallèlement, des plans de surveillance de la santé et de ses déterminants ont été mis en place au Québec et en région. S'ils permettent un suivi de la santé et de ses déterminants, ces plans n'envisagent que rarement la surveillance proprement dite des ISS, car la santé et les déterminants y sont souvent considérés séparément, en silo, et non conjointement.

Une telle situation n'est pas particulière au Québec et c'est pourquoi la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008) et, à sa suite, la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé, 2011) recommandent que les autorités nationales instaurent des systèmes nationaux de surveillance d'équité en santé qui recueillent méthodiquement des données sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé.

L'existence d'ISS au Québec est connue depuis longtemps. Il y a plus d'un demi-siècle, on notait la présence d'inégalités sociales devant la mortalité chez les jeunes entre quartiers favorisés et défavorisés de Montréal (Henripin, 1961). Depuis, les constats d'ISS se sont multipliés partout au Québec, dans les grandes et les petites villes, dans les milieux ruraux, en même temps que se développaient les connaissances sur les facteurs et les mécanismes à la source des ISS au Québec (Frohlich *et al.*, 2008) et ailleurs (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008).

Ce rapport de recherche fait état d'une démarche visant à jeter les bases d'un système de surveillance des ISS au Québec. Dans une première partie, il est question d'éléments de contexte et de concepts utiles à la surveillance des ISS. Dans une seconde partie sont abordés les points de méthode alors qu'en troisième partie, des propositions pour un suivi des ISS au Québec sont formulées.

Ce rapport est issu d'un projet commun entre la Table de concertation nationale en surveillance (TCNS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plusieurs professionnels de la surveillance au Québec et en région ont participé au projet. Les travaux ont démarré à l'automne 2010.



# 1 PROBLÉMATIQUE

## 1.1 ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

### 1.1.1 Les ISS dans les orientations et politiques au Québec

Le contexte actuel est propice à entamer une surveillance systématique des ISS de façon à s'arrimer aux priorités nationales de lutte contre la pauvreté et aux initiatives récentes militant en faveur du développement d'une stratégie de surveillance des inégalités sociales en matière de santé.

Parmi ces initiatives, figure au premier plan le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008) qui encourage une mobilisation internationale à l'égard de cet enjeu important de santé publique et propose des stratégies d'action en vue d'atteindre l'équité en santé. Parmi les grandes stratégies de réduction des inégalités sociales en matière de santé exposées dans ce rapport figure l'importance de mesurer le problème, de l'analyser et d'évaluer l'efficacité de l'action. Dans la foulée de cette commission, des experts ont souligné le besoin de mettre en place des systèmes de surveillance qui collectent de façon méthodique et régulière des informations permettant d'orienter le développement de programmes et des politiques visant à lutter contre les inégalités sociales en matière de santé.

L'intérêt pour les ISS au Québec ne date pas d'hier. Déjà, en 1992, la Politique québécoise de la santé et du bien-être (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) plaçait l'action sur les déterminants de la santé et la réduction des inégalités sociales en matière de santé au cœur de ses stratégies en proposant une démarche intégrée reposant sur des stratégies d'ensemble qui ne sont pas sans parenté avec celles proposées par la Commission sur les déterminants sociaux : favoriser le renforcement du potentiel des personnes; soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires; améliorer les conditions de vie; agir pour et avec les groupes vulnérables; harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être et orienter le système de santé et de services sociaux.

La réduction des écarts entre les groupes sociaux constitue l'un des objectifs fondamentaux du système de santé et de services sociaux québécois, un objectif inscrit à l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 2011b). À ceci, ajoutons que le ministre et les directeurs de santé publique ont une responsabilité en la matière par la Loi sur la santé publique (Gouvernement du Québec, 2011a). En ce qui concerne la prévention de la maladie et la promotion de la santé, le ministre « doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population » (article 8). Le directeur de santé publique régional a aussi notamment pour responsabilité d'informer la population de l'état de santé général des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et

des interventions qu'il juge les plus efficaces. La surveillance, à titre de fonction essentielle, doit pouvoir l'aider à jouer ce rôle.

Le Ministère a mis de l'avant comme priorité d'action collective pour 1997-2002 quatre principes directeurs, dont la volonté de s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé. Le Programme national de santé publique 2003-2012 énonce également les activités permettant d'agir sur les déterminants de la santé et de réduire les inégalités de santé et de bien-être. La mise à jour du Programme national de santé publique 2003-2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b) réitère l'importance de prévenir et de réduire les écarts de santé entre les divers groupes de la population. Des programmes et des services adaptés aux besoins de certains groupes, tels que les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, ainsi que des stratégies d'action plus globales en soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle sont ainsi étroitement associés à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

En matière de politiques, le Québec a été un précurseur au Canada et en Amérique du Nord, en adoptant en 2002 à l'unanimité une loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Gouvernement du Québec, 2011c). Sans contenir beaucoup d'engagements précis et de mesures concrètes, cette loi propose de rejoindre en dix ans les sociétés industrialisées ayant le moins de pauvreté. Le gouvernement a par la suite lancé des plans d'action et organisé des consultations nationales et régionales. Des profils statistiques portant sur la pauvreté et l'exclusion sociale ont été produits par région (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2010). La politique de périnatalité 2008-2018 du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008a) identifie aussi comme priorité absolue la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes familles puisque les conditions socioéconomiques de la famille ont des répercussions sur la santé et sur le développement des enfants.

Notons enfin que la réduction des ISS chez les Autochtones, chez qui les écarts sociaux et de santé avec le reste de la population québécoise sont les plus prononcés, ne fait l'objet d'aucune politique particulière au Québec contrairement au palier fédéral. En 1999 en effet, le deuxième rapport sur la santé de la population canadienne soulevait la nécessité de prendre des mesures en vue d'améliorer la santé des Autochtones et suggérait plusieurs champs d'action prioritaire (Santé Canada, 1999). En 2004, le gouvernement du Canada a pris plusieurs engagements (Santé Canada, 2004) à travers un plan à long terme en vue de réduire l'écart de santé entre les Autochtones et le reste de la population canadienne.

### **1.1.2 Les ISS et les activités de surveillance au Québec**

La surveillance joue un rôle essentiel pour repérer les disparités sociales et de santé. Sans le suivi et l'analyse comparée dans l'espace et dans le temps de l'état de santé des groupes sociaux, on ne pourrait évaluer les progrès accomplis dans la réduction des inégalités sociales en matière de santé. Le suivi des ISS au Québec n'est toutefois pas inscrit formellement dans les orientations et les plans de surveillance nationaux, bien que l'intérêt soit tout à fait présent, et que plusieurs réflexions et travaux en surveillance aient fait avancer notre connaissance en cette matière.

Le Québec s'est doté d'un cadre d'orientation en surveillance qui a fait place à une réflexion sur un modèle de la santé et de ses déterminants. Ce cadre a permis notamment de se donner une compréhension commune de la surveillance et de se baser sur un modèle conceptuel global de la santé et de ses déterminants. Dans la foulée de cette initiative, une réflexion des acteurs de surveillance s'est poursuivie et a mené en 2010 à l'adoption par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'un cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (Émond *et al.*, 2009). Ce cadre permet de saisir tous les éléments nécessaires à la compréhension de la notion complexe de « santé ». Les déterminants sociaux font partie de ce cadre et nous y reviendrons plus loin, lors de la présentation de repères conceptuels pour appuyer l'élaboration d'une stratégie de surveillance des ISS.

Le dispositif québécois de surveillance est composé actuellement de deux plans de surveillance. D'une part, il y a le *Plan commun de surveillance* (PCS) du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut national de santé publique du Québec, 2005) qui est à la base des activités de surveillance de l'état de santé de la population au Québec. Le PCS couvre les six domaines d'intervention du Programme national de santé publique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b) ainsi que le champ de la surveillance générale. Il identifie des objets de surveillance requis par la majorité des régions et par le niveau provincial pour leur permettre d'exercer leur mandat de surveillance, fonction réservée au ministre et aux 18 directeurs de santé publique. En complément au PCS, le *Plan ministériel de surveillance multithématique* (PMSM) (Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut national de santé publique du Québec, 2008a) prévoit des développements importants, entre autres, de rehausser l'accessibilité des données et la capacité d'analyse en surveillance et en matière d'ISS. Articulé autour de thématiques spécifiques, ce plan inscrit la surveillance des inégalités socioéconomiques et des ISS dans les volets traitant des maladies chroniques, de la santé environnementale, des déterminants socioéconomiques et de l'état de santé globale. On prévoit intégrer l'indice de défavorisation matérielle et sociale ou un indice de revenu aux différents fichiers administratifs et à des enquêtes sociosanitaires afin d'obtenir le portrait le plus complet possible des ISS (Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut national de santé publique du Québec, 2008b). L'une des fins recherchées par ces travaux serait de pouvoir établir des cibles de réduction des inégalités sociales de santé au Québec.

Des travaux d'intégration de ces deux plans de surveillance sont en cours et visent à structurer le dispositif québécois de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants autour d'un seul plan de surveillance, soit le Plan national de surveillance. L'intégration des deux plans de surveillance s'appuie sur la volonté d'intégrer et d'alléger les processus de travail autour du développement ou de la mise en œuvre du PCS et du PMSM, de conjuguer les efforts en matière d'analyse, d'interprétation et de diffusion de l'information générée par le PCS et le PMSM et d'assurer un meilleur positionnement de la fonction au sein des organisations, de manière à favoriser une utilisation plus effective des données de surveillance pour soutenir la décision aux niveaux national, régional et local.

Quant à la place des inégalités sociales dans les productions associées à la surveillance, nous disposons de plusieurs produits : le *Portrait de santé du Québec et de ses régions* (Ministère de la Santé et des Services sociaux *et al.*, 2011), faisant état des conditions socioéconomiques de la population québécoise; les rapports de la série « Zoom Santé »

(Institut de la statistique du Québec, 2012) établissant des liens entre les conditions sociales, la santé et ses déterminants; et divers rapports de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) où la santé est reliée aux conditions sociales, et notamment à l'indice de défavorisation matérielle et sociale (Institut national de santé publique du Québec, 2012a). À ce jour, les productions les plus complètes sur les ISS au Québec restent le 3<sup>e</sup> Rapport national sur l'état de santé de la population *Riches de tous nos enfants* (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007), comptant plus d'une centaine d'indicateurs illustrant les écarts de santé chez les jeunes, et les rapports sur les ISS de directeurs régionaux de santé publique (Direction de santé publique de Montréal, 2011; Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2012; Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 2012).

Malgré ces réalisations, le Québec ne s'est pas encore doté d'un système de surveillance des ISS tel qu'on en trouve ailleurs et comme on le verra sous peu. Toutefois, le site web de l'INSPQ propose maintenant une rubrique sur les ISS au volet « Santéscope » (Institut national de santé publique du Québec, 2012b). On y trouve une quarantaine d'indicateurs de santé ventilés selon les indices de défavorisation matérielle et sociale du Québec.

En région, la surveillance des ISS n'est pas non plus systématique et formalisée dans des plans de surveillance. Toutefois, les travaux pour suivre systématiquement les inégalités issues de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) ou selon les écarts observés entre les territoires locaux sont très largement répandus. Des régions choisissent de suivre des objets ou des indicateurs comportant des spécificités régionales ou locales, pour cerner les disparités de santé selon les territoires. D'autres encore inscrivent dans les plans d'analyse le croisement de données de santé avec un indicateur du statut socioéconomique. À l'instar de ce qui se fait au niveau provincial, plusieurs régions produisent, dans le cadre de portraits de surveillance ou de rapports annuels des directeurs de santé publique, des analyses sur les déterminants sociaux et la santé, la santé globale principalement, mais ces productions ne sont pas systématiques et régulières. Enfin, des régions font le suivi de la défavorisation matérielle et sociale sur leur territoire (via des atlas ou tableaux de bord).

### **1.1.3 Les ISS et les activités de surveillance hors du Québec**

Des inégalités sociales de santé existent dans tous les pays industrialisés. Une recension des politiques publiques de santé de 13 pays industrialisés (incluant le Canada), réalisée en 2005, rapporte que tous ces pays reconnaissent que les inégalités de santé constituent un problème majeur (Crombie *et al.*, 2005). Aussi, pour tous ces pays, s'attaquer aux inégalités de santé est le but central de leurs politiques publiques. Certains pays vont même jusqu'à proposer des cibles ambitieuses de réduction des inégalités, dont nous reparlerons. Les approches quant à la réduction des inégalités de santé peuvent différer entre les pays. Si tous reconnaissent le rôle des déterminants sociaux et la nécessité d'une intervention intersectorielle, les voies politiques pour y parvenir varient considérablement. Seule l'Angleterre dispose d'une politique spécifique pour lutter contre les inégalités de santé. Ailleurs, des politiques sur la pauvreté, l'inclusion et la justice sociale côtoient des politiques de santé et les liens entre les unes et les autres s'avèrent plus ou moins explicites.



Pour assurer le suivi des ISS et des cibles à atteindre, plusieurs pays se sont dotés de systèmes de surveillance, comportant une batterie d'indicateurs sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé. Donnons quelques exemples. Au Royaume-Uni, l'Observatoire de santé de Londres (qui fait partie d'un réseau de douze observatoires) exerce un rôle de leader national concernant les ISS en développant des outils de surveillance des ISS, dont le « *Local basket of indicators* » (London Health Observatory, 2012). Les indicateurs de ce « basket » permettent de suivre les cibles et les priorités nationales, mais aussi de rendre compte de particularités et de priorités locales. En Nouvelle-Zélande, 71 indicateurs sont mis à jour annuellement alors que la population maorie vulnérable y reçoit une attention particulière (Hayward *et al.*, 2008). En Suède, plusieurs déterminants de la santé sont aussi suivis à l'aide d'indicateurs. Selon une recension récente (Hayward *et al.*, 2008), les systèmes de surveillance du Royaume-Uni, de la Suède et de la Nouvelle-Zélande sont les plus avancés et peuvent donc servir de modèle.

Mise à part la diffusion d'informations sur les ISS via internet, les gouvernements produisent aussi des rapports ou des bilans de façon régulière. En Angleterre, le Secrétariat à la santé a d'ailleurs publié récemment le rapport d'un comité indépendant dont le mandat était de faire le point sur les ISS dans ce pays et de recommander les meilleures stratégies pour s'attaquer aux ISS à compter de 2010 (Marmot *et al.*, 2010).

### *Conclusion*

Ce bref tour d'horizon permet de dégager les constats suivants. Il y a au Québec dans les politiques publiques de santé une préoccupation réelle pour les ISS, mais celle-ci ne mène pas à des engagements concrets, notamment par la proposition de cibles de réduction des inégalités comme cela a pu être observé ailleurs. Il y a aussi au Québec de nombreuses productions illustrant la présence d'ISS et des plans de surveillance permettant de décrire les déterminants sociaux de la santé. Le Québec ne dispose cependant pas d'un plan de surveillance des ISS qui permettrait de relier systématiquement la santé à ses déterminants sociaux. Des exemples de tels plans existent à l'étranger.

## **1.2 FONDEMENTS CONCEPTUELS**

Pour l'élaboration d'un plan de surveillance des ISS, il est nécessaire au départ de préciser la notion même d'inégalité sociale en matière de santé et de comprendre comment ces inégalités se façonnent et se perpétuent. Un cadre de référence est donc indispensable à la fois pour clarifier les liens entre les multiples déterminants contribuant aux ISS et pour justifier le choix d'indicateurs pour la surveillance des ISS. Les propos qui suivent s'appuient sur une abondante littérature (Bernard *et al.*, 2007; Braveman, 2006; Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008; Gordon, 2003; Kawachi *et al.*, 2002; Macintyre *et al.*, 2002; Mackenbach, 2006; Shaw *et al.*, 2007; Solar & Irwin, 2007; Whitehead & Dahlgren, 2006; Wilkinson & Pickette, 2010; Lévesque *et al.*, 2007) et reprennent pour l'essentiel les propositions de la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008).

### 1.2.1 Les ISS : de quoi parle-t-on?

On retrouve plusieurs définitions des inégalités sociales en matière de santé<sup>1</sup>. Deux d'entre elles résument bien ce dont il s'agit :

« Une différence de santé entre des individus liée à des facteurs ou critères sociaux de différenciation (classes sociales, catégories socioprofessionnelles, catégories de revenu, niveaux d'études) » Pierre Aiach (Aiach, 2000)

« ... différences inutiles, évitables... et injustes »

Ces différences résultant :

« de comportements nocifs pour la santé quand le choix de ces comportements est sévèrement limité; d'expositions à des conditions de vie et de travail néfastes pour la santé; d'un accès inadéquat aux services de santé essentiels et autres services publics. » [Traduction libre] Margaret Whitehead (Whitehead, 1990)

Les définitions proposées dans la littérature reflètent toutes les relations entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale; elles débordent le seul champ de la santé au profit du fonctionnement global de la société : les rapports de force, les différences selon le genre, la structure de distribution de revenus, les conditions de vie dans le milieu local ou au travail, l'accessibilité aux services, etc.

Les ISS se définissent comme des écarts entre les hommes et les femmes, des groupes socioéconomiques ou des territoires, en regard de nombreux aspects de la santé des populations. Elles sont pour la plupart évitables et injustes.

Elles sont évitables, car elles résultent de processus sociaux sur lesquels il est possible d'agir en réduisant les écarts dans l'exposition ou la distribution de certains déterminants de la santé. Elles sont injustes, car dans notre société, tous devraient avoir une chance égale de bonne santé ou de survie, quel que soit son statut social. Les inégalités sociales en matière de santé reflètent donc une iniquité dans la répartition des déterminants sociaux à la base de la santé (scolarité, revenu, sécurité, accès aux soins de santé, etc.). Elles produisent des écarts de santé entre groupes sociaux, mais également un « gradient de la santé », selon lequel plus les individus sont désavantagés socialement, plus ils le sont sur le plan de la santé.

Ce gradient de la santé peut être plus ou moins abrupt, selon l'inégalité qui prévaut dans une société, et les différences entre les groupes qui se situent à l'extrême des positions socioéconomiques, en haut et en bas de l'échelle. Ainsi, les inégalités sociales en matière de santé devraient d'abord être mesurées à partir des positions extrêmes de l'axe d'une mesure socioéconomique quelconque (Braveman, 2006). Cela étant, entre les pôles de l'axe se détache un continuum des inégalités, une suite ininterrompue dont les différents paliers constituent un gradient bien continu faisant en sorte qu'à chaque échelon, ceux d'en haut

---

<sup>1</sup> L'expression « Iniquités en matière de santé » est aussi utilisée pour signifier le caractère modifiable et injuste des inégalités observées. Dans ce rapport, l'expression « inégalités sociales de santé » est synonyme d'iniquités en matière de santé.

sont en meilleure position que ceux d'en bas. Les mesures doivent donc aussi permettre de saisir cette réalité du continuum entre les extrêmes.

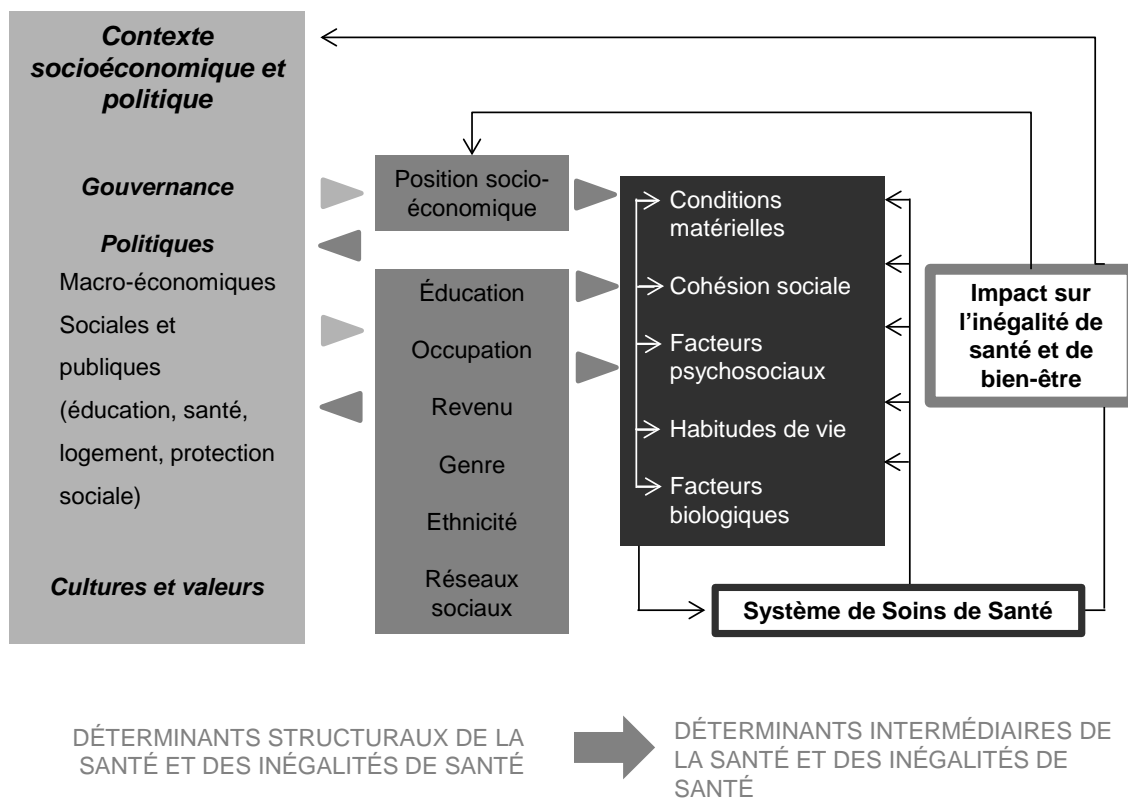
Ceci étant, les inégalités sociales de santé sont évitables. Elles peuvent être réduites par des politiques de partage de la richesse et par des programmes d'accès universel à des services de santé et d'éducation notamment. Lorsque les moyens qui accompagnent ces politiques et ces programmes sont suffisants, ils donnent des résultats. Mais à eux seuls, politiques et programmes ne suffisent pas. Il importe également de miser sur la participation des individus et des communautés et, ainsi, de soutenir leurs efforts pour mettre en valeur leur potentiel de développement et leur capacité d'agir en vue de maintenir et d'améliorer leur santé.

### **1.2.2 Les ISS : d'où viennent-elles?**

Comme le représente le modèle conceptuel adopté par la Commission sur les déterminants de la santé de l'OMS (figure 1) (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008; Solar & Irwin, 2007; Lévesque *et al.*, 2007), plusieurs facteurs contribuent à façonner des inégalités sociales de santé.

#### *Déterminants structureaux et position socioéconomique*

Les ISS résultent d'abord de déterminants structureaux comme la prospérité économique globale et les mécanismes de protection mis en place par les États. Certaines politiques sociales ou publiques (éducation, travail, logement, transport, protection sociale, santé) et autres filets de sécurité (impôts sur le revenu, transferts) peuvent faire une différence en matière d'inégalités économiques.



**Figure 1** **Modèle des déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé de l'OMS**

La position socioéconomique de chacun joue aussi un grand rôle sur les ISS. Chaque individu a un revenu, un statut social et une position de classe qui le situe de façon relative par rapport aux autres dans une société. Là où les différences de revenu sont grandes, les distances sociales le sont également et la stratification sociale plus importante. Or, il s'avère que les gens sont sensibles aux inégalités à tous les échelons. Dans les pays riches où les revenus sont plus inégalement répartis, les problèmes sociaux et de santé sont plus fréquents à mesure que l'inégalité s'accroît.

La position socioéconomique est souvent présentée comme une « cause des causes », car elle conditionne d'autres facteurs qui agissent sur la santé.

#### *Les déterminants intermédiaires*

La position de chacun est d'abord intimement liée aux **conditions matérielles** des milieux de vie, au travail, à la maison et dans le quartier. C'est le cas, par exemple, des conditions de travail, comportant des risques variables pour la santé. Dans les emplois au bas de l'échelle sociale et pour lesquels peu de qualifications scolaires sont requises, on fait face souvent à des risques plus importants pour la santé : travail épuisant, répétition des gestes, exposition aux produits chimiques, position debout, manutention manuelle des charges, risques de blessures et d'accidents, etc. C'est le cas également du lieu de résidence, présentant à la fois ressources (installations récréatives et sportives, aliments santé, etc.) et risques pour la santé, qu'il s'agisse de la densité de la population, de la circulation automobile ou de la qualité du logement. Outre ces caractéristiques matérielles, la

**dimension sociale** des milieux de vie, via la solidarité et la cohésion sociale, la confiance mutuelle et la vie communautaire est tout autant associée à la santé.

Des **facteurs psychosociaux** plus globaux ont aussi une incidence sur la santé. Une position socioéconomique défavorable est génératrice de stress psychosocial au travers des événements négatifs de la vie, les difficultés financières entraînant des soucis quotidiens, et à travers une balance inégale entre l'effort consenti (p. ex., au travail) et les récompenses matérielles ou symboliques. Les facteurs reliés à l'organisation du travail, comme la pression liée au travail, jouent un rôle important dans l'explication des inégalités de santé cardiovasculaire. Le fait de ne pas travailler ou encore l'insécurité liée à la crainte de perdre son travail ou aux périodes de chômage ont des effets sur la santé mentale, en favorisant l'anxiété et la dépression, tout comme ils ont des effets sur la santé cardiovasculaire. Ces situations engendrent, en retour, une réduction des ressources matérielles, et une source supplémentaire de stress. Toutes ces formes de stress psychosocial peuvent mener à une mauvaise santé, soit à travers des mécanismes biologiques (en affectant le système endocrinien ou immunitaire), soit en induisant des mécanismes comportementaux à risque. Le stress psychosocial conduit en effet à adopter plus de comportements à risque, comme le tabagisme ou une consommation excessive d'alcool.

**Les habitudes de vie** ou comportements de santé contribuent de façon importante aux inégalités de morbidité et de mortalité. C'est le cas notamment du tabagisme. La prévalence du tabagisme est en effet fortement associée au statut socioéconomique, tant sur le plan du revenu et de la scolarité que de l'occupation. L'activité physique et l'alimentation sont aussi des facteurs de risque importants, corrélés à l'obésité et à l'hypertension qui contribuent aux inégalités de morbidité et de mortalité. De façon générale, le tabagisme, l'abus d'alcool, une consommation moins fréquente d'aliments sains, un manque d'activité physique et d'autres comportements défavorables à la santé sont plus fréquents dans les groupes de faible position socioéconomique, bien qu'il y ait des différences selon les contextes et les personnes concernées.

Notons que **des facteurs biologiques**, tels que l'âge, le sexe et le bagage génétique des individus peuvent interagir avec les habitudes de vie et moduler l'impact de ces habitudes sur les inégalités sociales de santé. C'est le cas aussi d'interactions entre ces facteurs biologiques et les risques reliés à l'environnement physique, les personnes âgées et les tout-petits étant plus sensibles à ces risques.

Enfin, les inégalités dans l'accès aux **services et soins de santé** peuvent exacerber les écarts de santé. L'accessibilité aux services de première ligne au Québec, par exemple, est fonction de différents facteurs, dont le revenu, l'âge ou le statut d'immigrant récent. Le système de santé peut jouer le rôle de médiateur en ce qui concerne les différentes conséquences de la maladie sur la vie des personnes. Il peut veiller à ce que des problèmes de santé ne mènent pas à une détérioration subséquente sur le plan physique et social. Le système peut aussi, au travers de services préventifs (p. ex., la vaccination et la mammographie), protéger les personnes contre des risques pour la santé.

### *Le cumul des déterminants de la santé*

Les déterminants de la santé peuvent être considérés séparément, mais, dans la réalité ceux-ci se combinent et interagissent tout au long du parcours de vie des personnes selon leur position socioéconomique. Ainsi, un bas revenu peut aller de pair avec abus d'alcool, milieu de travail nocif, logement insalubre, etc. C'est par le cumul des déterminants de la santé et dans une perspective de trajectoire de vie qu'il faut appréhender les ISS. Une telle vision peut donner lieu à diverses approches de surveillance : par déterminants de la santé, par problèmes de santé et par groupes dits vulnérables, en raison du cumul de déterminants et de problèmes de santé (p. ex., Autochtones, immigrants récents, familles monoparentales, enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu, personnes avec limitations d'activités, personnes seules). Le cumul de déterminants peut produire des écarts parfois considérables de santé, de santé générale ou de problèmes spécifiques de santé physique ou mentale. Il est nécessaire de disposer de mesures générales et spécifiques de l'état de santé et de faire appel à divers indicateurs de position sociale.

Les inégalités ne constituent pas un phénomène statique, elles sont construites socialement par le jeu des oppositions entre les personnes défavorisées et les mieux nanties. Ainsi, en exerçant les tâches les plus difficiles, les individus défavorisés concentrent sur eux tous les facteurs de risque (Baudelot, 2010). Cela entraîne un « transfert de temps de vie » au profit des plus favorisés. Autrement dit, la différence d'espérance de vie observée ne s'explique pas qu'en matière d'années perdues, mais en années données (McAil, 2008).

### *Santé et déterminants de la santé*

Si des déterminants structuraux et intermédiaires de la santé peuvent générer des ISS, à l'inverse, une mauvaise santé peut entraîner des conséquences économiques et sociales néfastes, telles que la perte d'un emploi, l'isolement ou l'exclusion sociale et une rupture avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et modes de vie dominants dans une société donnée. Et ces conséquences peuvent nuire à leur tour encore davantage à la santé.

Les personnes de statut socioéconomique élevé sont en général mieux protégées contre les conséquences négatives de la maladie. Des études montrent que ces personnes s'en sortent mieux en cas de maladie, notamment parce qu'elles disposent d'assurances ou de la sécurité d'emploi. Ces situations individuelles peuvent avoir des répercussions sur l'ensemble de la société, en matière de productivité, par exemple.

### **1.2.3 Les ISS dans les cadres conceptuels au Québec**

Les cadres conceptuels appuyant la surveillance de la santé au Québec et au Canada sont des schémas descriptifs et ne traitent pas spécifiquement des ISS. Ils visent à catégoriser les déterminants de la santé selon des dimensions spécifiques. Ils sont utiles toutefois pour l'identification des grandes catégories de déterminants de la santé à considérer en lien avec la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec. Ces cadres sont utiles pour identifier rapidement certains indicateurs comparables dans le temps et dans l'espace via les Indicateurs de la santé de Statistique Canada (Statistique Canada & Institut Canadien d'Information sur la santé, 2004). Enfin, comme ces cadres conceptuels orientent la pratique

de la surveillance et le recueil de données, ils sont aussi très utiles pour l'intégration de déterminants qui sont spécifiques aux contextes québécois et canadien.

Au Québec, le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants développé récemment (Émond *et al.*, 2009) l'a été pour cerner l'ampleur des champs d'informations à couvrir et des déterminants à surveiller en lien avec la santé de la population. Le but de la proposition de ce cadre conceptuel est, entre autres, de progressivement bonifier l'exercice de la surveillance, en particulier la surveillance de certains objets moins couverts, de faire en sorte que les données nécessaires soient rendues accessibles et que les méthodes d'analyse soient diversifiées.

Ce cadre (annexe 1) met en lumière les champs, les catégories et les sous-catégories de ces champs qui se rattachent à chaque domaine de surveillance. Comme on peut le constater, ce cadre comporte les principaux éléments présentés précédemment pour comprendre les déterminants des ISS. Dans les cercles extérieurs, on retrace les déterminants structuraux de la santé (contexte global et systèmes variés – sanitaire, scolaire, professionnel, etc.). Le cercle central permet d'envisager une intégration de la position socioéconomique des individus et des déterminants intermédiaires de la santé sous l'angle de milieux de vie (familial, scolaire, travail, résidentiel et local). Ces déterminants intermédiaires (biologie, habitudes de vie, compétences parentales) se trouvent regroupés dans le cercle précédant immédiatement l'état de santé de la population. Ce cadre peut aussi être d'une grande utilité pour une approche des ISS par groupe vulnérable, qu'il s'agisse de populations autochtones ou encore de familles monoparentales.

### *Conclusion*

Tels sont les repères conceptuels nous permettant d'envisager une stratégie et des indicateurs de surveillance des ISS au Québec. Dans un premier temps, ces repères peuvent servir à intégrer des indicateurs généraux de l'état de santé qui existent, et qui ont même fait l'objet d'analyses en lien avec les conditions socioéconomiques de la population, mais qui n'ont pas encore été envisagés sous l'angle d'une surveillance systématique. Dans un second temps, ces repères peuvent orienter des développements conceptuels et méthodologiques pour la mesure de certains déterminants structuraux ou intermédiaires ou pour le suivi de populations dites vulnérables.





## 2 MÉTHODES

Passer d'orientations politiques ou de cadres théoriques à la pratique de la surveillance n'est pas chose facile, mais chose possible. Des revues internationales de littérature permettent en effet de constater que des approches et des outils permettant la mesure et le suivi des inégalités sociales de santé existent (Bonney *et al.*, 2007; Hayward *et al.*, 2008; Mackenbach *et al.*, 2007). De même, les propositions d'un groupe de travail et les réalisations d'une équipe manitobaine suggèrent la pertinence de tels outils à l'échelle canadienne (Martens & *et al.*, 2010; Population Health Promotion Expert Group & Healthy Living Issue Group, 2009). Enfin, ici même au Québec, certains rapports de directeurs de santé publique sont de bons exemples de productions larges et intégrées de mesures d'inégalités sociales de santé (Direction de santé publique de Montréal, 2011; Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007).

Le présent chapitre a pour objectif de passer de la théorie à la pratique de la surveillance des inégalités sociales de santé (ISS) au Québec, en proposant un état des lieux en matière de méthodes. Le chapitre compte quatre sections. La première fixe certaines balises pour le choix d'indicateurs et d'approches analytiques alors que la seconde propose un tour d'horizon des outils disponibles, en traitant successivement des indicateurs de santé, des catégories sociales et des mesures d'inégalité. La troisième section explore une application particulière de ces outils, soit l'élaboration de cibles de réduction des ISS. Enfin, une dernière section s'intéresse à la définition d'unités de voisinage dont le groupement peut devenir un outil de surveillance des inégalités de santé à l'échelle infrarégionale. Ces observations à caractère méthodologique permettront, au chapitre suivant, de formuler des recommandations concrètes quant au suivi des ISS au Québec.

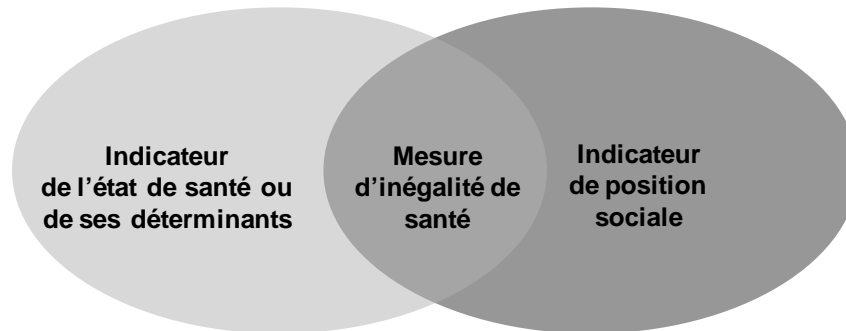
### 2.1 DES BALISES POUR LA SURVEILLANCE DES ISS

Si on a pu définir sommairement au premier chapitre les ISS comme des écarts de santé ou de ses déterminants selon certaines catégories sociales, des écarts qui soient injustes et évitables, dans la mesure où ils sont le produit de la société, il importe d'abord de préciser ce qu'est un indicateur d'inégalités sociales de santé et comment il se distingue d'indicateurs de santé ou de ses déterminants (Graham & Kelly, 2004; Hayward *et al.*, 2008).

Un indicateur de santé ou de déterminant de la santé exprime le niveau moyen de cet indicateur dans l'ensemble de la population. Il s'agit, par exemple, de l'espérance de vie ou de la proportion de fumeurs. Une amélioration de ces indicateurs dans la population peut cependant masquer un accroissement des écarts entre les différents groupes formant cette population. Un indicateur d'inégalités sociales de santé rendra compte de l'inégale distribution de la santé ou de ses déterminants selon certains groupes sociaux (parfois territoriaux) dans la population. Il traduira par exemple, les écarts d'espérance de vie à la naissance ou de fumeurs réguliers selon le revenu, la scolarité, l'emploi ou d'autres indicateurs sociaux.

De façon plus formelle, un indicateur d'inégalités sociales de santé compte trois composantes, indissociables (figure 2) (Braveman, 2006), soit :

- un indicateur de santé ou de déterminant de la santé, qui soit modifiable<sup>2</sup>,
- un indicateur de position sociale,
- une mesure d'inégalité de santé, exprimant la distribution d'un indicateur de santé (ou son déterminant) selon la position sociale.



**Figure 2 Les trois composantes d'un indicateur d'inégalité sociale de santé**

Ces trois composantes d'un indicateur d'inégalité sociale de santé seront détaillées tour à tour dans la prochaine section.

La mesure des inégalités sociales de santé peut se faire selon deux approches, principalement, l'une s'intéressant à l'ensemble de la population, l'autre à des groupes vulnérables (Hayward *et al.*, 2008). Dans le premier cas, la production d'indicateurs couvre toutes les catégories sociales et on s'intéresse alors à leurs variations dans l'ensemble de la population. Dans le second cas, la production d'indicateurs est restreinte à un groupe vulnérable, aux Autochtones ou aux familles monoparentales, par exemple. Dans l'un et dans l'autre cas, on pourra faire appel aux mêmes indicateurs ou retenir des mesures plus spécifiques aux groupes vulnérables considérés. Ces deux approches sont possibles au Québec.

Enfin, quelle que soit l'approche retenue, il importe de préciser certains critères devant présider au choix d'indicateurs d'inégalités sociales de santé. Ces critères sont de nature diverse, à la fois théorique et méthodologique, et s'appliquent aux trois composantes formant un indicateur d'inégalités sociales de santé. Ils résultent autant de propositions faites dans la littérature (Bonney *et al.*, 2007; Exworthy *et al.*, 2006; Hayward *et al.*, 2008; Kunst *et al.*, 2001; Marmot *et al.*, 2010; Population Health Promotion Expert Group & Healthy Living Issue Group, 2009; Frank & Haw, 2011) que de considérations propres à la surveillance de la santé et de ses déterminants telle que pratiquée au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut national de santé publique du Québec, 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007; Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut

---

<sup>2</sup> Sur lequel il est possible d'agir grâce à des actions de promotion, de prévention et de protection de la santé ou encore par des actions visant d'autres domaines d'activités, tels le transport, le logement ou une meilleure répartition des revenus.

national de santé publique du Québec, 2008a; Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut national de santé publique du Québec, 2008b).

Un indicateur d'inégalités sociales de santé doit ainsi :

- Refléter une réalité sanitaire ou sociale importante et rendre compte de l'essence du problème considéré (validité de contenu).
- Avoir une interprétation claire, en matière d'association entre les déterminants sociaux et la santé et de compréhension par les décideurs et les praticiens du domaine concerné (validité apparente).
- Être associé à des actions et à des organismes susceptibles d'intervenir pour réduire les inégalités observées.
- Posséder certaines propriétés statistiques telles que la précision (puissance), souvent reliée à un nombre minimal de cas, la fiabilité (reproductibilité) et la sensibilité (percevoir des changements).
- Être simple à calculer, à partir de bases de données (administratives, enquêtes de santé, etc.) déjà existantes au Québec.
- Pouvoir être produit à l'échelle du Québec et de chaque région sociosanitaire, et permettre un suivi temporel des inégalités. Des comparaisons hors Québec, à l'échelle du Canada, par exemple, sont aussi un atout.
- Proposer une vision complète et nuancée des inégalités, en recourant à diverses sources de données, mais aussi à diverses variables de position sociale et mesures d'inégalités entre les groupes extrêmes et tous les groupes formant l'ensemble de la population.

Pour amorcer la surveillance des inégalités sociales de santé, il est suggéré de recourir à des indicateurs généraux de l'état de santé et de ses déterminants ainsi qu'à des mesures d'inégalités simples, descriptives de leur étendue, avant de s'engager dans des analyses plus complexes visant à mettre en lumière des gradients dans la population ou encore des relations de nature causale. C'est avec cette vision en tête que les outils utiles à la surveillance des ISS sont ici présentés.

## **2.2 LES COMPOSANTES D'UN INDICATEUR D'ISS**

Trois composantes d'un indicateur d'ISS seront brièvement décrites, dans l'ordre : 1) les indicateurs de santé ou de déterminants de la santé; 2) les variables de position sociale; et 3) les mesures d'inégalités de santé. Cette revue ne prétend pas être exhaustive. Elle s'appuie sur un certain nombre de guides de pratique et d'expériences en matière de mesure des ISS, ici au Québec, au Canada et ailleurs (Benach *et al.*, 2003; Bonnefoy *et al.*, 2007; Boström & Rosen, 2003; Braveman, 2006; Department of Health, 2007b; Department of Health, 2007c; Department of Health, 2007a; Havard *et al.*, 2008; Hayward *et al.*, 2008; Krieger *et al.*, 2003; Kunst & Mackenbach, 1994; Kunst *et al.*, 2001; Marmot *et al.*, 2010; Martens & *et al.*, 2010; Morris & Carstairs, 1991; Pampalon & Raymond, 2000b; Pampalon & Raymond, 2003; Pampalon *et al.*, 2009b; Population Health Promotion Expert Group & Healthy Living Issue Group, 2009; Rehkopf *et al.*, 2006; Salmond *et al.*, 1998; Schuurman *et*

*al.*, 2007; Stafford *et al.*, 2008; Tello *et al.*, 2005; Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé, 2009; Ross *et al.*, 2000). Le lecteur désireux d'en apprendre davantage peut obtenir, sur demande, l'ensemble des fiches de lecture des ouvrages et articles consultés.

### **2.2.1 Les indicateurs de santé et de ses déterminants**

Les indicateurs permettant de caractériser la santé et ses déterminants peuvent être regroupés selon le modèle conceptuel illustré à la figure 1. Des indicateurs peuvent ainsi être associés à la santé et au bien-être de la population, d'autres à ses déterminants intermédiaires et ses déterminants structureaux (tableau 1).

#### *Les indicateurs de santé et de bien-être*

Ces indicateurs traduisent l'état de santé et de bien-être de la population. Plusieurs d'entre eux font déjà l'objet d'une surveillance assidue au Québec, sans être toutefois inclus dans une stratégie de surveillance systématique des ISS. Ces indicateurs sont liés principalement à la mortalité et à la morbidité, diagnostiquée ou perçue. Certains indicateurs s'adressent à l'ensemble de la population et proposent une vision synthétique de la santé, au travers de l'espérance de vie ou de santé, par exemple. D'autres indicateurs visent des groupes particuliers, tels les enfants et les jeunes, ou des thématiques spécifiques comme la santé mentale, le cancer ou le diabète. Tous ces indicateurs proviennent de registres administratifs ou d'enquêtes générales de santé et sont disponibles à l'échelle du Québec et des régions, de manière récurrente.

**Tableau 1 Les indicateurs de l'état de santé et de ses déterminants**

<b>Santé et bien-être</b>	
<p><b>Santé et bien-être global</b></p> <p>Espérance de vie à la naissance et à divers âges Espérance de santé (sans incapacité) à la naissance et à divers âges Perception de la santé Perception de la santé mentale et du bien-être psychologique Santé fonctionnelle (indice de l'état de santé) Satisfaction de la vie</p> <p><b>Mortalité</b></p> <p>Mortalité générale Mortalité périnatale, infantile et chez les jeunes (&lt; 5 ans) Mortalité prématurée (&lt;75 ans) Mortalité selon la cause (cancer, cancer du poumon, accident routier, suicide, appareil circulatoire, tabagisme) Années potentielles de vie perdues (0-74 ans)</p> <p><b>Morbidité hospitalière</b></p> <p>Hospitalisation générale Hospitalisation selon la cause (troubles mentaux, tuberculose, traumatismes intentionnels et non intentionnels)</p>	<p><b>Morbidité</b></p> <p>Prévalence de limitations à long terme Prévalence de maladies chroniques (cancer, MCV, asthme, diabète, arthrite, sclérose multiple, maladies mentales et démence) Prévalence d'infections au VIH, à la chlamydia Prévalence de tentatives de suicide Prévalence de la santé buccale, d'extraction dentaire</p> <p><b>Autres</b></p> <p>Développement chez l'enfant Ajustement social et émotionnel chez les jeunes Apprentissage chez les jeunes enfants Grossesse et fécondité chez les adolescentes Faible poids à la naissance</p>
<b>Déterminants intermédiaires</b>	
<p><b>Conditions matérielles</b></p> <p>Logement (qualité, coût, sans-abri) Exposition à la fumée secondaire Qualité de l'eau et de l'air Accès à des espaces verts Accès à des facilités récréatives (terrains de jeu, piscines, etc) Accès aux médias (internet ou téléviseur à la maison)</p> <p><b>Système de soins de santé</b></p> <p>Dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus Mammographie et test Pap Vaccination (DCT, RRO) Visite à un médecin généraliste ou spécialiste Visite à un dentiste (et présence d'assurance dentaire) Chirurgie d'un jour Intervention CLSC Continuité des soins (suivi des visites médicales) Amputation liée au diabète Prescription de bêta-bloquant à la suite d'un infarctus Hébergement en CHSLD Aide à domicile</p>	<p><b>Habitudes de vie</b></p> <p>Tabagisme (fumeurs réguliers) Consommation excessive d'alcool Consommation de drogues Pratique d'activités physiques (marche rapide) Marche ou vélo pour se rendre au travail Insécurité alimentaire Allaitement au sein du nouveau-né Alimentation (consommation de fruits et légumes) Embonpoint et obésité (indice de masse corporelle)</p> <p><b>Facteurs biologiques</b></p> <p>Âge et sexe</p> <p><b>Facteurs psychosociaux</b></p> <p>Sentiment de sécurité dans le milieu local Stress au travail Demande psychologique et autonomie décisionnelle au travail</p> <p><b>Cohésion sociale</b></p> <p>Sentiment d'appartenance à la communauté Stabilité (ou mobilité) résidentielle</p>
<b>Déterminants Structuraux (Position socio-économique)</b>	
<p><b>Éducation</b></p> <p>Scolarité (niveau atteint, diplôme obtenu) Décrochage scolaire</p> <p><b>Occupation</b></p> <p>Statut d'emploi (activité-inactivité) Bénéficiaires de l'assurance emploi Chômage chronique</p> <p><b>Réseaux sociaux</b></p> <p>Mères monoparentales, à faible revenu</p>	<p><b>Revenu</b></p> <p>Revenu et distribution des revenus des personnes et ménages Avoirs et distribution des avoirs des personnes et ménages Pauvreté (enfants pauvres, travailleurs pauvres)</p> <p><b>Ethnicité</b></p> <p>Statut d'immigration Origine ethnique ou religieuse Population autochtone</p> <p><b>Défavorisation</b></p> <p>Indices</p>

NOTE: Cette typologie n'est pas définitive. Elle s'inspire du cadre conceptuel de la figure 1 et des indicateurs pourraient être classés différemment.

### *Les indicateurs de déterminants intermédiaires*

Ces indicateurs caractérisent d'abord les conditions matérielles d'existence de la population, le logement, le milieu physique et l'accès aux services. Ils traduisent également les habitudes de vie des gens telles le tabagisme, la consommation d'alcool ou de drogues, l'alimentation et la pratique d'activités physiques. Ils concernent tout autant le système de soins, ses activités préventives (dépistage et vaccination) et curatives (p. ex., visite médicale, chirurgie d'un jour et continuité des soins), l'hébergement et l'aide à domicile. Ils font enfin état de facteurs biologiques (âge et sexe des personnes), de facteurs psychosociaux (p. ex., stress au travail) et de cohésion sociale dans la communauté. Tous ces indicateurs proviennent de registres administratifs ou d'enquêtes générales de santé et sont, pour la plupart, disponibles au Québec et en région, de manière récurrente.

### *Les indicateurs de déterminants structuraux*

Les indicateurs repérés ne couvrent qu'un champ particulier des déterminants structuraux de la santé, soit celui de la position socioéconomique ou de l'appartenance à une catégorie de l'échelle sociale. La littérature consultée est en effet largement muette quant aux indicateurs concernant la gouvernance, les politiques macroéconomiques sociales et publiques, la culture et les valeurs sociétales.

Les indicateurs traduisant la position socioéconomique des individus dans la population se rapportent à la scolarité, l'occupation, le revenu, l'ethnicité, les réseaux sociaux ou à des formes agrégées de conditions socioéconomiques tels que des indices de défavorisation. Dans un contexte de surveillance des ISS, ces indicateurs peuvent être utilisés de deux façons. La première est de suivre ces indicateurs dans le temps et dans l'espace (p. ex. la région). Il est alors question d'écarts de revenu ou de l'évolution du taux de chômage dans une population. Cette façon de mesurer les inégalités sociales est largement répandue dans les pratiques actuelles. La seconde façon est de croiser ces indicateurs avec des indicateurs de l'état de santé de la population. Il sera alors question d'écarts de santé selon le revenu ou le statut d'emploi dans la population. Cette seconde utilisation est cruciale pour la mesure des ISS et constitue l'objet de la prochaine section.

## **2.2.2 Les variables de position sociale**

Afin d'identifier des inégalités sociales de santé au sein d'une population, il est en effet primordial de croiser des indicateurs de santé avec des variables de position sociale. Plusieurs variables peuvent servir à cette fin. Nous distinguons ici deux grandes catégories de telles variables, selon le type d'unité d'observation : les variables individuelles et les variables géographiques.

### *Les variables individuelles*

Les variables individuelles sont celles pouvant être directement associées aux caractéristiques de l'individu. Parmi celles-ci, on retrouve des variables traduisant le statut socioéconomique de la personne ou son appartenance à l'une ou l'autre des catégories de l'échelle sociale ou classe sociale. Ces classes sont souvent décrites à l'aide du revenu, de la scolarité, du statut d'emploi (activité/inactivité sur le marché du travail), de la position sur le marché du travail, de l'occupation (profession) de l'individu ou de son statut de

propriétaire/locataire. Les variables le plus souvent utilisées sont le revenu individuel (brut, net, moyen, ajusté, par tranches, etc.) et le niveau de scolarité (plus haut niveau atteint/complété, plus scolarisé comparé au moins scolarisé, etc.).

D'autres variables caractérisent la famille à laquelle appartient la personne considérée. Il peut s'agir, par exemple, du revenu, de la scolarité ou de la position/classe sociale (occupation et profession) des parents, de la disponibilité d'une assurance maladie ou même de la qualité du domicile de résidence.

Des variables sociodémographiques comme le genre, l'âge, l'origine ethnique ou religieuse, la race, le statut d'immigrant ou le statut autochtone sont parfois utilisées comme variables de croisement pour la mise en évidence d'ISS.

Ces variables individuelles sont principalement issues d'enquêtes de santé, sauf exception. C'est le cas, par exemple, de la scolarité de la mère que l'on retrouve dans le *Fichier des naissances vivantes du Québec* (Genereux *et al.*, 2008; Luo *et al.*, 2006) ou encore de la profession dans les certificats de décès de certains pays européens (Curtin *et al.*, 1998; Minder, 1993; Vallin *et al.*, 2001).

#### *Les variables géographiques (simples ou composites)*

Les variables géographiques sont celles qui témoignent des caractéristiques du territoire de résidence de la personne considérée. Elles sont souvent utilisées en l'absence de variables individuelles et ont alors pour fonction de s'y substituer. Les variables géographiques peuvent être simples (VGS) ou composites (VGC).

Parmi les VGS, on trouve le revenu moyen des résidents d'un territoire donné (quartier, milieu rural, milieu urbain) et plusieurs indicateurs concernant leur niveau de scolarité, également agrégé par territoire (proportion de personnes âgées de 25 ans et plus avec moins d'un diplôme d'études secondaires; proportion de personnes âgées de 25 ans et plus avec une formation collégiale de 4 années). Enfin, la proportion de personnes sous le seuil de la pauvreté est parfois utilisée comme VGS.

Les VGC intègrent plusieurs variables permettant de qualifier un territoire donné. C'est en Grande-Bretagne que le recours à de telles variables et des indicateurs dits de défavorisation, est le plus répandu (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005). Après le développement d'indicateurs simples (Carstairs & Morris, 1989; Jarman *et al.*, 1991; Townsend, 1987), des mesures plus complexes ont vu le jour (Noble *et al.*, 2008), dont l'*Index of multiple deprivation*. Cet indice, composé de 37 indicateurs, permet d'obtenir un score unique de défavorisation pour chacun des territoires étudiés en Angleterre. L'indice de défavorisation matérielle et sociale construit à partir de 6 variables associées aux caractéristiques des aires de diffusion du Québec est aussi un indicateur de position sociale territorial composite (Pampalon & Raymond, 2000a; Pampalon *et al.*, 2009a).

### *D'autres variables géographiques*

D'autres types de variables géographiques permettent des comparaisons entre les territoires sans que ces territoires soient nécessairement associés ou regroupés selon un indicateur de position sociale. C'est le cas de régions, de quartiers, de lieu de résidence, de milieu de vie (urbain vs rural) ou le fait de vivre sur un petit territoire.

### *Les variables de position sociale utilisées au Québec*

Plusieurs indicateurs de position sociale sont disponibles au Québec. Le recours à un type particulier d'indicateur dans l'analyse des ISS est souvent lié à la source de données utilisée. Ainsi, dans le cas d'analyse de données d'enquêtes, ce sont les variables individuelles (revenu ou scolarité) qui sont le plus souvent mises à profit alors que dans le cas d'analyses de données médico-administratives, c'est principalement l'indice défavorisation matérielle et sociale qui est employé.

Les travaux du groupe GPI Atlantic recommandent d'utiliser un large éventail de variables de position sociale afin d'avoir une vue d'ensemble complète et nuancée des ISS (Hayward *et al.*, 2008). Au Québec, peu de travaux illustrent cette façon de faire. Le rapport *Riches de tous nos enfants* du Directeur national de santé publique portant sur la santé des enfants et des jeunes constitue cependant un excellent exemple de la possibilité des croisements disponibles au Québec pour la production de mesures d'inégalités sociales de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007). Ce rapport dévoile, à partir de plusieurs sources de données, les inégalités de santé auxquelles sont confrontés les enfants québécois sur la base de plusieurs indicateurs de santé et de variables de position sociale, tant individuels que géographiques.

### **2.2.3 Les mesures d'inégalités de santé**

Afin d'estimer les écarts de santé reliés à la position sociale d'individus ou de groupes dans la population, il est nécessaire de recourir à certaines mesures statistiques, traduisant la nature et l'ampleur de ces écarts. Celles présentées ici s'appliquent au contexte québécois, les données utiles à cette fin étant disponibles. Elles sont aussi complémentaires et permettent de tracer un portrait complet et nuancé des ISS (Couffinhal *et al.*, 2003; Hayward *et al.*, 2008; Mackenbach & Kunst, 1997; Martens & *et al.*, 2010; Munoz-Arroyo & Sutton, 2007; The World Bank, 2011; Koolman & Van Doorslaer E., 2004). Le tableau 2 résume les mesures d'inégalités retenues. Certaines décrivent les inégalités en termes absolus, d'autres en termes relatifs. Certaines s'intéressent à certains groupes dans la population alors que d'autres concernent l'ensemble de la population.



**Tableau 2 Les mesures d'inégalités**

		Inégalités absolues	Inégalités relatives
<b>Inégalités entre certains groupes</b>	Le plus souvent entre groupes extrêmes	Différence de taux ( <i>Rate difference</i> )	Ratio de taux ( <i>Rate ratio</i> )
<b>Inégalités entre tous les groupes dans la population</b>	Indices fondés sur une régression linéaire	Indice d'inégalité absolue (IIA) ( <i>Slope index of inequality</i> )	Indice d'inégalité relative (IIR) ( <i>Relative index of inequality</i> )
	Autre indice		Indice de concentration (IC) ( <i>Concentration Index</i> )
	Mesure d'impact si tous les groupes affichaient les valeurs du groupe le plus avantagé	Risque attribuable dans la population (RAP) ( <i>Population attributable risk</i> )  Réduction en nombre	Risque attribuable dans la population (RAP) ( <i>Population attributable risk</i> )  Réduction en %

Pour faciliter la compréhension de ces mesures, un exemple est utilisé. Celui-ci porte sur la mortalité prématurée chez les hommes du Québec en lien avec la défavorisation matérielle pour la période 2004-2008. Le tableau 3 présente les taux de mortalité prématurée<sup>3</sup> des hommes selon les quintiles de défavorisation et pour l'ensemble du Québec. Le quintile 5 (Q5) correspond au groupe le plus défavorisé sur le plan matériel alors que le quintile 1 (Q1) correspond au groupe le plus favorisé.

<sup>3</sup> La mortalité prématurée correspond aux décès survenus avant l'âge de 75 ans.

**Tableau 3 Taux de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) selon le quintile de défavorisation matérielle chez les hommes du Québec, 2004-2008**

Quintile de défavorisation matérielle	Taux de mortalité prématurée (100 000 habitants)
Q5 (le plus défavorisé)	431
Q4	376
Q3	341
Q2	305
Q1 (le plus favorisé)	256
<b>Le Québec</b>	<b>346</b>

Source : MSSS, Fichiers des décès 2004-2008.

#### *Différence de taux (Q5-Q1)*

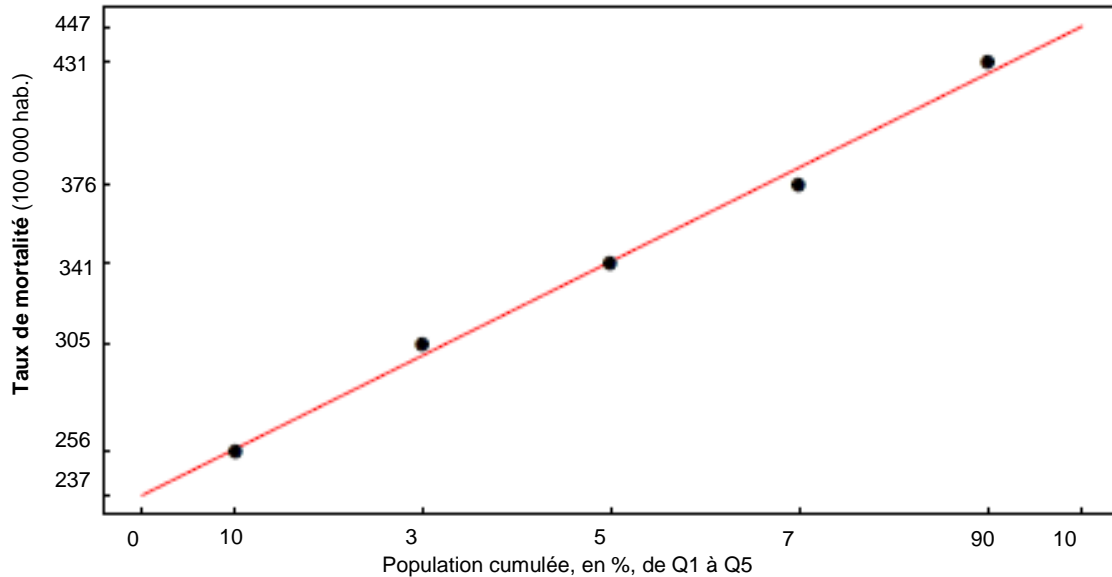
La différence de taux correspond ici à la différence entre les taux des groupes extrêmes de défavorisation, soit le groupe le plus défavorisé (Q5) et le groupe le plus favorisé (Q1). Cette différence représente l'écart absolu entre le taux de ces deux groupes. Si le taux de mortalité prématurée dans le quintile le plus défavorisé (Q5) est de 431 pour 100 000 habitants et que celui du quintile le plus favorisé (Q1) est de 256, la différence entre ces taux est de 175 décès pour 100 000 habitants ( $431 - 256$ ). En d'autres termes, il y a 175 décès (pour 100 000 personnes) de plus dans le groupe le plus défavorisé (Q5) que dans le groupe le plus favorisé (Q1).

#### *Ratio de taux (Q5/Q1)*

Le ratio des taux correspond ici à la division du taux du groupe le plus défavorisé (Q5) par celui du groupe le plus favorisé (Q1). Ce ratio indique le nombre de fois que vaut le taux du groupe le plus défavorisé par rapport à celui du groupe le plus favorisé. Le taux de mortalité prématurée dans le quintile le plus défavorisé (Q5) est de 431 pour 100 000 habitants alors que celui du quintile le plus favorisé (Q1) est de 256. Ainsi, le ratio des taux est de 1,68 ( $431 \div 256$ ) et signifie que le taux du groupe le plus défavorisé (Q5) est 68 % plus élevé que celui du groupe le plus favorisé (Q1).

#### *Indice d'inégalité absolue (IIA) et indice d'inégalité relative (IIR)*

Contrairement aux indices précédents, ces indices traduisent la progression de la mortalité selon les quintiles de défavorisation dans l'ensemble de la population et ne comparent pas seulement les extrêmes de la défavorisation. Ils sont calculés à partir d'une analyse de régression linéaire des taux de mortalité de chaque quintile de défavorisation, du plus favorisé au plus défavorisé. Le résultat de l'analyse peut être illustré à l'aide d'une ligne droite résumant la progression de la mortalité selon la défavorisation (figure 3).



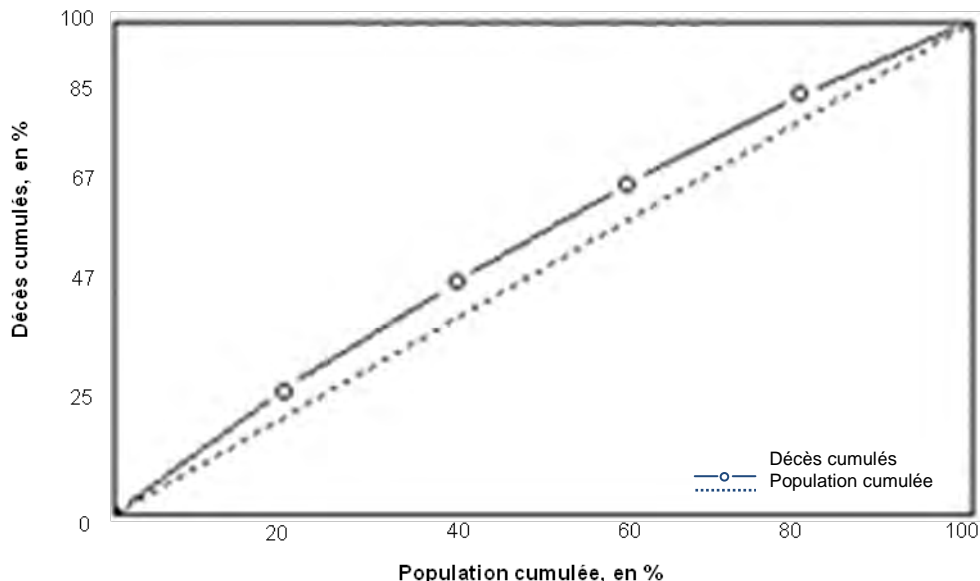
**Figure 3** Droite de régression des taux de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) chez les hommes du Québec selon la défavorisation matérielle, 2004-2008

Note : La population cumulée correspond au point milieu de chaque quintile de défavorisation; p. ex. : 10 % pour Q1, 30 % pour Q2, ..., 90 % pour Q5.

L'indice d'inégalité absolue (IIA) correspond à la différence entre le taux de mortalité le plus élevé (à 100 %) et le plus faible (à 0 %) de la population, soit 210 décès pour 100 000 habitants (447 – 237). C'est l'écart absolu de mortalité qui sépare l'individu le plus et le moins défavorisé dans cette population. L'indice d'inégalité relative (IIR), pour sa part, met en rapport cette différence de mortalité et le taux de mortalité moyen dans l'ensemble de la population. Cet indice correspond à 0,607 (210 / 346). Exprimé en pourcentage, cet indice signifie que l'ampleur des écarts de mortalité selon la défavorisation équivaut à environ 60 % du taux moyen de mortalité. Plus ce pourcentage sera élevé, plus les inégalités seront fortes en regard du phénomène à l'étude.

#### *Indice de concentration (IC)*

Cet indice traduit également la progression de la mortalité selon le quintile de défavorisation dans l'ensemble de la population. Cet indice est fondé sur une comparaison entre le cumul des décès et le cumul de la population selon le quintile de défavorisation et peut être illustré par une courbe (figure 4).



**Figure 4** Courbe de concentration de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) chez les hommes du Québec selon la défavorisation matérielle, 2004-2008

Note : Les décès et la population sont cumulés selon le quintile de défavorisation du plus défavorisé (Q5) au plus favorisé (Q1).

Si cette courbe correspond à une diagonale, il y a égalité parfaite des décès prématurés selon le quintile de défavorisation. Ainsi, chaque quintile de défavorisation, comptant 20 % de la population, obtient 20 % des décès. Si cette courbe s'éloigne de la diagonale vers le haut, il y a concentration des décès dans les quintiles défavorisés (Koolman & Van Doorslaer E., 2004). Dans l'exemple retenu, le quintile le plus défavorisé compte pour 25 % des décès et les deux quintiles les plus défavorisés pour 47 % des décès.

L'indice issu de cette comparaison peut varier de -1 (tous les décès se retrouvent dans le quintile le plus défavorisé) à +1 (tous les décès se retrouvent dans le quintile le plus favorisé). Dans l'exemple retenu, l'indice est de -0,0984, et dénote une certaine concentration des décès dans les groupes défavorisés. En multipliant cet indice par 75 ( $0,0984 \times 75 = 7,34$ ), on peut lui donner sens, en disant que les inégalités de mortalité prématurée selon la défavorisation disparaîtraient si environ 7,4 % des décès passaient des quintiles le plus défavorisés aux quintiles le plus favorisés (Koolman & Van Doorslaer E., 2004).

#### *Risque attribuable dans la population (RAP)*

Le risque attribuable dans la population (RAP) représente la réduction de la mortalité prématurée qu'il serait possible d'atteindre si tous les individus étaient soumis au taux de mortalité d'un groupe de référence, le plus souvent le groupe le plus favorisé. Dans notre exemple, c'est le quintile 1 qui fait office de groupe de référence.

Cette réduction peut être estimée en termes absolus (nombre de décès) ou relatifs (pourcentage de décès). Le RAP en nombre est obtenu en calculant la différence entre le nombre de décès observés dans la population et le nombre de décès que l'on observerait si

l'ensemble de la population bénéficiait du taux de mortalité du quintile le plus favorisé (Q1). Pour la population masculine du Québec, cette différence correspond à une moyenne annuelle de 3 185 décès au cours de la période 2004-2008. Ces décès sont donc ceux que l'on peut attribuer à la défavorisation matérielle et que l'on éviterait si tous les hommes du Québec étaient soumis au taux de mortalité du groupe le plus favorisé (Q1). En reportant ce nombre sur le nombre total de décès dans la population masculine (3 185 / 12 794), on obtient le RAP en pourcentage, ici 25 %. C'est donc le quart des décès prématurés chez les hommes du Québec que l'on peut attribuer à la défavorisation matérielle.

Le tableau 4 résume l'ensemble des mesures d'inégalités illustrées ici, concernant la mortalité prématurée des hommes du Québec pour la période 2004-2008. Ces mesures offrent plusieurs points de vue sur les inégalités observées, une condition nécessaire pour établir un portrait complet et nuancé de la situation.

**Tableau 4 Sommaire des mesures d'inégalités de mortalité prématurée (décès avant 75 ans) selon la défavorisation matérielle chez les hommes du Québec, 2004-2008**

<b>Différence de taux</b> (taux 100 000 habitants)	175
Ratio des taux	1,68
Indice d'inégalité absolue (IIA) (Taux pour 100 000 habitants)	210
Indice d'inégalité relative (IIR)	60 %
Indice de concentration (IC)	-0,0984
<b>Risque attribuable dans la population (RAP)</b>	
<b>Nombre de décès</b>	<b>3 185</b>
<b>Pourcentage de décès</b>	<b>25 %</b>

Ces mesures peuvent s'appliquer comme ici à des taux de mortalité, mais également à d'autres types de taux, taux de morbidité hospitalière, taux d'incidence ou de prévalence de certaines maladies par exemple. Certaines peuvent aussi s'appliquer à des proportions et à des mesures générales de la santé telles que l'espérance de vie.

## 2.3 DES CIBLES DE RÉDUCTION DES ISS

### 2.3.1 Les expériences internationales

Dans le contexte actuel où la plupart des pays développés reconnaissent la présence d'ISS sur leur territoire, plusieurs se sont dotés de stratégies et de politiques nationales afin de les réduire (Judge *et al.*, 2006; Norwegian Ministry of health and Care Services, 2007). Cependant, le niveau d'engagement envers les ISS diverge selon les pays passant de l'engagement législatif à des engagements plus explicites comme le suivi d'indicateurs dans le temps, dont il a été question au point 1.1.3, ou l'adoption de cibles de réduction des ISS (Judge *et al.*, 2006).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), pour la région de l'Europe, a été le premier organisme à suggérer une cible « quantifiable » de réduction des ISS. Ainsi, en 1985, l'OMS-Europe proposait de réduire les différences d'état de santé entre pays et groupes de la région d'au moins 25 %, en améliorant le niveau de santé des pays et groupes les plus désavantagés (World Health Organization - Regional Office for Europe, 1985). Plus récemment, soit en 1999, « SANTÉ21 – La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS » (World Health Organization - Regional Office for Europe, 1999), suggère deux cibles de réduction des ISS : 1) « D'ici 2020, l'écart de santé entre les états membres de la région européenne devrait être réduit d'au moins un tiers »; 2) « D'ici 2020, l'écart de santé entre groupes socioéconomiques dans les pays devrait être réduit d'au moins un quart dans tous les états membres en améliorant nettement le niveau de santé des groupes défavorisés ».

En continuité avec ces engagements globaux, plusieurs pays ont adopté des cibles de réduction des ISS. Quelques-uns suivent les recommandations de l'OMS ou ne proposent qu'une ou deux cibles. Les pays constituant le Royaume-Uni et l'Irlande proposent un éventail plus large de cibles de réduction des ISS (Judge *et al.*, 2006).

Les quatre pays qui composent le **Royaume-Uni** ont une approche commune consistant à réduire les ISS à long terme. Cependant, les cibles de réduction diffèrent entre les pays et reflètent le contexte et les besoins de chacun (Hayward *et al.*, 2008).

Le système de surveillance des ISS développé en **Angleterre** s'appuie sur des cibles de réduction nationales (Department of Health, 2003; Department of Health, 2008). Ces cibles proposaient la réduction, jusqu'en 2010, d'au moins 10 % des écarts de mortalité infantile entre le groupe socioéconomique des occupations routinières et manuelles et la population entière ainsi que la réduction, du même pourcentage de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le groupe le plus défavorisé, le « *Spearhead Group* », et la population entière. Ce pays préconise aussi des cibles de réduction « intermédiaires » des ISS qui sont intégrées dans des objectifs d'amélioration de la santé pour la population générale. Par exemple, on proposait, jusqu'en 2010, de réduire d'au moins 20 % l'incidence du cancer chez les moins de 75 ans, tout en réduisant d'au moins 6 % les écarts entre le quintile le plus défavorisé et l'ensemble de la population. Les maladies du cœur et le tabagisme étaient aussi ciblés par ces objectifs de réduction.

Le **Pays de Galles** propose également des cibles de réduction des ISS (Hayward *et al.*, 2008). De façon globale, ces cibles visent à augmenter la santé et réduire les ISS entre les régions les plus et les moins favorisées à l'intérieur de son territoire. Plus spécifiquement, les cibles concernent la réduction de l'écart de mortalité entre les 20 % les plus défavorisés et les 20 % les plus favorisés en ce qui a trait à la mortalité par tumeurs et par maladies du cœur pour la période 2004-2012. Il y a aussi une cible concernant plus spécifiquement les enfants qui vise à réduire l'incidence, la sévérité et la mortalité des blessures subies par les piétons entre les 20 % de la population le plus défavorisée et les 20 % le plus favorisée. Chez les personnes plus âgées, on vise une augmentation du niveau d'activité physique de modéré à élevé chez les 50-65 ans. Il y a finalement une cible concernant l'amélioration de la santé mentale chez les aidants naturels (Welsh Assembly Government, 2005).

L'**Écosse**, propose des cibles de réduction générales qui visent, de 2010-2012, à augmenter l'espérance de vie et l'espérance de vie en santé à la naissance pour tous les hommes et les femmes vivant dans toutes les régions d'Écosse et à réduire les inégalités entre les groupes le plus et le moins favorisés. Ces cibles seront maintenues pour 10 années supplémentaires, soit jusqu'à 2020-2022 (Scottish Executive, 2003).

Pour la période 2000-2010, l'**Irlande-du-Nord** proposait une réduction de 50 % de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les personnes vivant dans les régions le plus et le moins favorisées ainsi qu'une réduction de 20 % de l'écart entre le groupe socioéconomique le plus faible et le plus élevé quant à la proportion de la population souffrant d'une maladie chronique de long terme (Hayward *et al.*, 2008).

En 2002, la **République d'Irlande** proposait une réduction de 10 %, jusqu'en 2007, de la mortalité prématurée entre le groupe socioéconomique le plus faible et le plus élevé pour les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, les blessures et les empoisonnements de même que la réduction de l'écart entre le groupe socioéconomique le plus faible et le plus élevé quant aux naissances de faible poids. Elle proposait aussi une réduction de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre la population indigène minoritaire « *Traveller Community* » et la population entière (Government of Ireland - Social, 2002).

Les **Pays-Bas** se sont inspirés des recommandations de la division européenne de l'OMS (World Health Organization - Regional Office for Europe, 1999) pour élaborer leur principale cible de réduction des ISS qui vise la réduction, d'ici 2020, de l'écart d'espérance de vie en santé à la naissance de 25 % entre les personnes de faible statut socioéconomique et celles de niveau plus élevé, et ce, par une hausse des valeurs du groupe le plus défavorisé (Bonney *et al.*, 2007; Hayward *et al.*, 2008). Ce pays propose aussi une série de cibles de réduction « intermédiaires » qui sont aussi quantifiables. On vise notamment une augmentation de l'entrée au secondaire des jeunes issus des classes sociales les plus pauvres, le maintien des inégalités de revenu telles qu'elles s'observaient en 1996, une diminution de la proportion des ménages qui ont un faible revenu, le maintien des compensations financières liées à un problème de santé au travail au niveau où ces compensations se situaient en 2000 et l'augmentation de la proportion de malades chroniques dans des emplois rémunérés. De plus, on propose de réduire de moitié l'écart qui existe entre les personnes peu et fortement scolarisées quant au tabagisme, à la sédentarité, à l'obésité. Toujours entre les deux groupes situés aux extrêmes, on veut réduire de moitié l'écart entre le pourcentage de plaintes liées à un niveau élevé d'efforts physiques au travail et augmenter le sentiment de contrôle au travail chez les moins scolarisés. Finalement, on vise le maintien de l'écart entre les personnes peu et fortement scolarisées quant au recours aux services de santé au niveau où il était en 1998 (Bonney *et al.*, 2007).

La **Finlande** a pour cible de réduire les différences de mortalité selon le genre, le niveau de scolarité et la profession de 20 % d'ici 2015 (Judge *et al.*, 2006).

Depuis deux décennies, les **États-Unis**, via « *Healthy People* », proposent de réduire les disparités de santé, les disparités ayant trait à la race, l'ethnie, le genre, l'âge, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique et la localisation géographique. S'il a d'abord été

question de réduire puis d'éliminer ces disparités, les buts ciblés pour 2020 sont d'atteindre l'équité en santé, de réduire les disparités et d'améliorer la santé de tous les groupes (United States Department of Health and Human Services, 2011). Aucun objectif chiffré (ou cible) de réduction des disparités n'est suggéré. Toutefois, les écarts concernant 7 cibles générales et 26 cibles spécifiques à des secteurs d'intervention, des cibles chiffrées, seront suivis. Les cibles générales portent sur l'espérance de vie et de vie en santé à la naissance, les limitations d'activité et la prévalence des maladies chroniques alors que les cibles spécifiques visent l'accès aux services, de prévention notamment, l'environnement, la santé maternelle et infantile, les habitudes de vie et les déterminants sociaux (le décrochage scolaire).

D'autres pays tels que le **Danemark**, la **France**, la **Hongrie**, l'**Italie**, la **Norvège**, la **Pologne**, la **Slovaquie** et la **Suède** proposent également des stratégies pour réduire les ISS, sans avoir de cibles quantifiables (Judge *et al.*, 2006; Norwegian Ministry of health and Care Services, 2007). Ces pays produisent de façon plus ou moins systématique des rapports permettant d'apprécier l'évolution de plusieurs indicateurs d'ISS. En Suède, par exemple, le suivi d'une série d'indicateurs d'ISS est fait via des rapports de santé publique qui sont publiés tous les 4 ans.

### 2.3.2 Les composantes d'une cible de réduction des ISS

La plupart des cibles identifiées sont composées de dimensions communes qui concernent le choix d'un indicateur de santé et de bien-être, d'une variable de position sociale, d'une mesure d'inégalité de santé, d'un groupe de référence ainsi que d'un horizon temporel. Ces composantes sont par ailleurs influencées par des limites associées aux données et au système de suivi des ISS (Marmot *et al.*, 2010).

#### *Les indicateurs de santé et de bien-être*

Les indicateurs de santé et de bien-être à privilégier dans les cibles de réduction des ISS devraient être ceux pour lesquels les ISS entre les groupes persistent malgré une amélioration du niveau moyen de l'indicateur de santé dans l'ensemble de la population. Par ailleurs, afin d'assurer la pertinence et la stratégie des cibles de réduction des ISS, ces indicateurs devraient être modifiables dans le temps en s'adaptant aux nouvelles priorités. Enfin, dans la construction des cibles de réduction des inégalités, le choix des indicateurs de santé et de bien-être ne devrait pas se limiter à un seul indicateur, et ce, dans le but de refléter les différentes dimensions des ISS ainsi que différents horizons temporels (court, moyen et long termes) (Marmot *et al.*, 2010).

Les indicateurs de santé et de bien-être associés aux cibles de réduction des ISS concernent des indicateurs globaux comme la mortalité infantile (Department of Health, 2008) et l'espérance de vie (Department of Health, 2008; Government of Ireland - Social, 2002; Scottish Executive, 2003), l'espérance de vie en bonne santé (Bonney *et al.*, 2007; Scottish Executive, 2003; United States Department of Health and Human Services, 2011) et la mortalité prématurée (Government of Ireland - Social, 2002). D'autres cibles réfèrent à des causes de mortalité importantes (Government of Ireland - Social, 2002; Judge *et al.*, 2006; Welsh Assembly Government, 2005) comme les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les blessures ou les empoisonnements ou à des facteurs de risque importants comme le



tabagisme, l'obésité ou l'inactivité physique (Bonney *et al.*, 2007; United States Department of Health and Human Services, 2011).

Enfin, certains pays proposent des cibles qui touchent plus particulièrement des groupes vulnérables comme les enfants, les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques à long terme, etc. (Bonney *et al.*, 2007; Government of Ireland - Social, 2002; Hayward *et al.*, 2008; Welsh Assembly Government, 2005; United States Department of Health and Human Services, 2011).

#### *Les variables de position sociale*

Les variables de position sociale définies par les caractéristiques individuelles de revenu, de niveau de scolarité atteint, de classe sociale ou de profession sont les plus souvent utilisées dans les cibles de réduction des ISS. Dans les pays nordiques et le Royaume-Uni, des mesures écologiques sont cependant mises à contribution (Hayward *et al.*, 2008). Par exemple, en Angleterre, un indice de défavorisation construit à partir de regroupements de territoires (autorités locales) est utilisé. Ces regroupements de territoires sont classés en fonction de 5 indicateurs, soit : 1) l'espérance de vie à la naissance pour les hommes; 2) l'espérance de vie à la naissance pour les femmes; 3) le taux de mortalité par cancer chez les moins de 75 ans; 4) le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les moins de 75 ans; et, 5) le score moyen de l'indice de défavorisation multiple en 2004. Ces regroupements de territoires sont par la suite fragmentés en quintiles (Department of Health, 2007b; Department of Health, 2007c).

#### *Les mesures d'inégalités de santé*

Les mesures d'inégalités de santé utilisées dans les cibles de réduction des ISS diffèrent aussi d'un pays à l'autre. Comme pour le choix d'un indicateur de santé et de bien-être, il n'y a pas de mesure d'inégalité de santé « parfaite ». Les cibles de réduction recensées sont calculées à partir de mesures d'inégalités relatives ou absolues. Comme il a été mentionné dans la section 2.2.3. Les mesures d'inégalités de santé, le fait de présenter plusieurs indicateurs d'inégalités sociales de santé, permettent d'avoir un portrait complet et nuancé des ISS. C'est pourquoi les cibles de réduction des ISS devraient avoir des objectifs de réduction à la fois relatifs et absolus (Marmot *et al.*, 2010). Or, ces différentes façons de mesurer les ISS peuvent parfois créer de la confusion dans l'interprétation des résultats (Marmot *et al.*, 2010).

#### *Le groupe de référence utilisé dans les cibles*

Dans les cibles recensées, la plupart des pays visent la réduction de l'écart de santé entre le groupe le plus défavorisé et un groupe de référence (le plus souvent la population la plus favorisée ou la moyenne de la population). L'Écosse et le Pays de Galles proposent cependant de réduire cet écart en améliorant la position du groupe le plus défavorisé (Judge *et al.*, 2006). Or, ces approches ne prennent pas en compte l'impact du gradient social sur la santé. Les cibles de réduction des ISS devraient ainsi porter sur les différences de santé entre tous les groupes sociaux et non pas seulement entre les extrêmes de la défavorisation. Cette lacune n'est pas sans conséquence. Lorsqu'un groupe particulier de la population (le plus défavorisé) est ciblé, plusieurs autres groupes défavorisés dans la population se voient exclus de « l'action prioritaire » (Marmot *et al.*, 2010). À notre connaissance, aucun des pays

européens recensés ne propose de cible pour réduire le gradient existant entre la position socioéconomique et la santé à travers l'ensemble de la population (Judge *et al.*, 2006).

Enfin, la définition du groupe de référence peut poser des difficultés non négligeables. C'est le cas, par exemple, de l'hétérogénéité au sein même du groupe ciblé (le plus souvent, le plus défavorisé) qui n'est pas prise en compte. C'est le cas également de l'évolution du groupe « cible » à travers le temps (mobilité géographique, changements dans le marché du travail, etc.). Finalement, la réduction de l'écart affectant le groupe cible peut souvent être atteinte en ciblant simplement le plus grand nombre d'individus, sans nécessairement que ceux-ci soient les plus défavorisés (Marmot *et al.*, 2010).

#### *L'horizon temporel et le suivi des cibles*

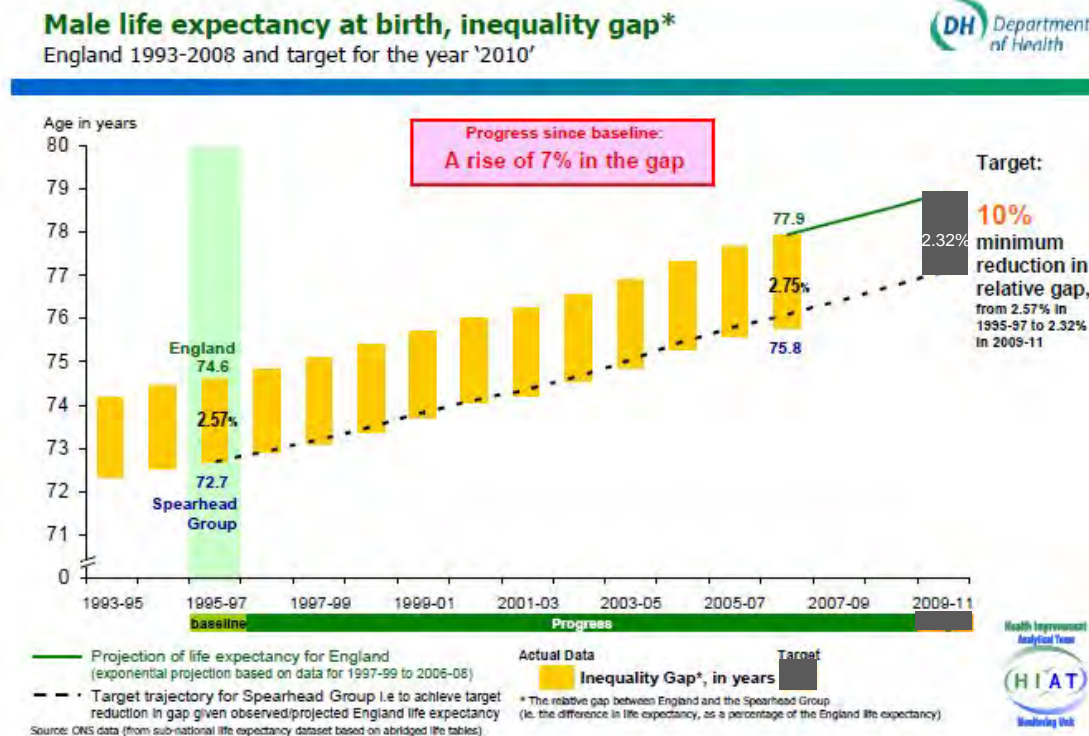
Les cibles de réduction des ISS recensées sont formulées en fonction d'un horizon temporel variable selon le pays, se situant entre 15 et 25 ans. Ainsi, l'horizon ciblé par l'espérance de vie à la naissance en Angleterre va de 1995-1997 à 2010 (Department of Health, 2008), celui associé aux cibles proposées par l'OMS ou l'Écosse, de 1995 à 2020 (Department of Health, 2008; Scottish Executive, 2003; World Health Organization - Regional Office for Europe, 1999) et celui retenu par les États-Unis, du milieu des années 2000 à 2020 (United States Department of Health and Human Services, 2011).

Certaines cibles font aussi l'objet d'un suivi systématique. Le suivi des cibles dépend cependant de l'indicateur de santé et de bien-être qui a été privilégié et par conséquent de la disponibilité des données liées à cet indicateur (Marmot *et al.*, 2010). Certains pays produisent des rapports qui font état du suivi des cibles et permettent de savoir si les cibles ont été atteintes. C'est le cas notamment en Angleterre qui a fait le suivi de ces cibles de réduction des ISS en 2005, 2007 et 2009 (Department of Health, 2008; Department of Health, 2009; Department of Health, 2007b; Department of Health, 2007c; Department of Health, 2007a).

En somme, les cibles de réduction des ISS sont utiles afin d'attirer l'attention, de mobiliser le secteur de la santé et ses multiples partenaires et de donner un sens à l'action. Elles s'imprègnent dans l'esprit des décideurs et augmentent la probabilité de développer et de mettre en place des plans d'action appropriés (Judge *et al.*, 2006).

### **2.3.3 Un exemple concret de cible de réduction des ISS**

En Angleterre, parmi les cibles de réduction des ISS proposées, il est suggéré de réduire, entre 1995-1997 et 2010, au moins de 10 % l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le groupe le plus défavorisé, le « *Spearhead Group* », et la moyenne nationale pour l'ensemble de l'Angleterre (figure 5).



**Figure 5 Écart d'espérance de vie à la naissance chez les hommes, Angleterre, 1993 à 1998**

Source : Department of Health (2009).

L'indicateur de santé et de bien-être qui est suivi pour cette cible est l'espérance de vie à la naissance. Dans le cas particulier de cette cible, l'espérance de vie à la naissance est calculée à partir d'une moyenne annuelle mobile de 3 ans pour la période allant de 1995-1997 à 2009-2011. La variable de position sociale qui est utilisée pour cette cible est un regroupement de territoires, soit d'autorités locales de santé classées en quintile en fonction d'indicateurs de santé et de défavorisation (décrits plus haut). Le groupe de référence qui est retenu pour cette cible est l'ensemble des autorités locales de santé (tous quintiles confondus). La mesure d'inégalité de santé utilisée pour cette cible est l'écart relatif d'espérance de vie, soit la différence de pourcentage entre l'espérance de vie à la naissance du groupe le plus défavorisé, ici le « *Spearhead Group* », et l'espérance de vie à la naissance de l'ensemble de l'Angleterre, chez les hommes uniquement. L'horizon temporel pour cette cible de réduction des ISS est la période allant de 1995-1997 à 2010. L'espérance de vie est évaluée en fonction de sa position au cours de la période de référence (1995-1997) et le suivi est fait en fonction de la disponibilité de nouvelles données. Le dernier rapport faisant état du suivi de cette cible présente les données les plus récentes pour l'espérance de vie à la naissance, soit pour la période 2006-2008, et montre une évolution de l'espérance de vie dans tous les groupes. Cependant, l'augmentation de l'espérance de vie dans le « *Spearhead Group* » n'a pas été aussi importante que dans les autres groupes, ce qui a entraîné un accroissement des écarts. Par conséquent, les cibles fixées pour 2010 demeurent des défis (Department of Health, 2009).

## *Conclusion*

Cette brève revue des cibles de réduction des ISS a permis de constater que de telles cibles ont été proposées dans plusieurs pays. La connaissance de ces cibles, de leurs composantes et de leur mise en forme, peut s'avérer utile si le Québec souhaite proposer de telles cibles. De fait, au plan méthodologique, le Québec dispose de tous les outils nécessaires à la fixation de cibles de réduction des ISS à l'échelle du Québec et de ses régions (sources de données, indicateurs et mesures d'inégalité).

## **2.4 LA DÉFINITION D'UNITÉS DE VOISINAGE**

La définition d'unités de voisinage est une façon d'appréhender les inégalités sociales de santé (ISS), par le biais du territoire. Ces unités sont en effet des réalités construites socialement (qu'il s'agisse du milieu physique ou du milieu social) et dont le profil variable d'unité en unité n'est pas sans lien avec la santé. Ainsi, dans le contexte de notre projet, la définition d'unités de voisinage peut-être vue comme une variable de position sociale (traitée à la section 2.2) à partir de laquelle on peut observer les inégalités de santé. Dans une démarche de surveillance des ISS à l'échelle régionale, la définition d'unités de voisinage ajoute une nouvelle grille de lecture des ISS, faisant intervenir non seulement les caractéristiques sociales et économiques de la population, mais également celles de leur milieu de vie. Elle permet aussi de rapprocher la connaissance de l'action à l'échelle de communautés locales. C'est pour cela que de tels exercices ont été réalisés tant à l'échelle internationale que dans plusieurs régions du Québec. C'est aussi parce que ces exercices répondent au Québec à la responsabilité populationnelle dévolue aux régions et aux centres de santé et de services sociaux (CSSS).

### **2.4.1 Contexte et finalités**

Conformément à la Loi sur la santé publique, les agences de la santé et des services sociaux, par le biais de leur direction de santé publique (DSP), réalisent un portrait qui décrit les différences de santé selon certaines caractéristiques de la population, incluant le territoire de résidence. De façon traditionnelle, les acteurs de surveillance présentent divers indicateurs de santé et de bien-être ou leurs déterminants, à l'échelle de territoires administratifs ou institutionnels tels les régions sociosanitaires (RSS), réseaux locaux de santé (RLS), municipalités régionales de comté (MRC), centres locaux de services communautaires (CLSC), municipalités ou, pour les grandes municipalités, les arrondissements.

Particulièrement au cours des dernières années, les acteurs du domaine de la surveillance au Québec manifestent un intérêt grandissant pour des informations sociosanitaires à une échelle géographique fine. Nombreuses sont en effet les régions à avoir cherché à mieux connaître, à caractériser des petites populations, qu'elles soient appelées unités de voisinage, communautés locales ou autres. De même, on assiste à un suivi des inégalités territoriales de santé (ITS) sur la base de ces regroupements sans que, toutefois, un tel suivi fasse intervenir des mesures d'inégalités de santé.

De plus, dans plusieurs régions, les CSSS demandent aux DSP de produire des données à la plus petite unité géographique possible. La responsabilité populationnelle, dévolue aux RLS et coordonnée par les CSSS, nécessite une connaissance des populations des différents territoires et accentue cette demande ainsi que la pertinence d'alimenter en données l'action locale. En sensibilisant les acteurs locaux, la connaissance fine des milieux suscite des projets, visant à améliorer les conditions de vie.

Enfin, l'engouement pour traiter une information sociosanitaire à petite échelle n'est pas sans lien avec le fait que, trop souvent, le découpage administratif utilisé regroupe des populations hétérogènes, aux caractéristiques diversifiées. Les informations fournies ne peuvent rendre compte alors de la diversité à l'échelle locale.

La présente section vise à faire le point sur les différentes expériences de découpage de territoire en unités plus fines afin d'identifier des communautés locales ou unités de voisinage aux caractéristiques relativement homogènes<sup>4</sup>. Notre but est de tracer un bilan sommaire de ces expériences, d'en examiner les forces et les faiblesses, et d'en tirer des recommandations à l'intention des instances régionales qui souhaiteraient s'engager dans la définition d'unités de voisinage.

De telles unités permettent d'améliorer la connaissance des ISS à l'échelle locale et de soutenir la prise de décision favorisant le développement des communautés et l'amélioration de la santé des populations concernées.

#### **2.4.2 Recension des écrits**

Le point sur la définition d'unités fines, dites de voisinage, fut réalisé grâce à une recherche documentaire de la littérature scientifique<sup>5</sup> et à une recension des expériences régionales, publiées ou non, réalisées par les équipes en surveillance des directions régionales de santé publique au Québec.

La recension de la littérature scientifique a été effectuée à l'aide de la base de données PubMed. Une requête<sup>6</sup> ayant pour objectif d'identifier les articles faisant référence aux frontières des unités de voisinage a généré 320 résultats. De ce nombre, 309 articles ont été exclus, car ils décrivent des études dont l'objectif n'était pas de délimiter des unités de voisinage pour des analyses sanitaires dans un pays industrialisé. Un article a été exclu parce que la méthodologie n'était pas décrite (Tatalovich *et al.*, 2006). Dix articles ont été retenus (Cutchin *et al.*, 2011; Drackley *et al.*, 2011; Flowerdew *et al.*, 2008; Glazier *et al.*, 2005; Haynes *et al.*, 2007; Lebel *et al.*, 2007; Riva *et al.*, 2008; Ross *et al.*, 2004; Stafford *et al.*, 2008; Weiss *et al.*, 2007). À ce nombre se sont ajoutés deux articles connus des

---

<sup>4</sup> Pour les besoins du présent document, le terme « unité de voisinage » est utilisé indifféremment pour nommer une unité géographique fine, souvent plus petite qu'une municipalité, mais plus grande qu'une aire de diffusion (AD).

<sup>5</sup> L'expression « littérature scientifique » vise à distinguer des études sur la base du type de publication et ne veut en aucun cas suggérer que les expériences régionales québécoises ne sont pas scientifiques au sens épistémologique.

<sup>6</sup> La requête suivante a été limitée aux titres et résumés d'articles publiés en anglais ou en français depuis 1990 : *(delineation OR boundary OR boundaries) AND (neighbourhood OR neighborhood OR "local area" OR local-area OR residential OR milieu)*.

membres de l'équipe et jugés pertinents, mais qui n'ont pas été identifiés par la requête dans PubMed (Cockings & Martin, 2005; Wilkins, 1980). Des douze articles retenus, six décrivent des études canadiennes (dont quatre québécoises), quatre des études réalisées au Royaume-Uni et deux des études américaines.

La recension des expériences régionales récentes a été réalisée par le biais des membres régionaux de la Table de concertation nationale en surveillance (TCNS) qui regroupe des représentants des équipes régionales en surveillance de l'état de santé dans les 18 directions de santé publique du Québec. Chaque membre a été interrogé sur l'existence, dans leur équipe de surveillance, d'expériences de délimitation d'unités de voisinage (ou communautés locales). Le cas échéant, une description de l'expérience régionale a été effectuée. Des 18 régions sociosanitaires au Québec, 16 répondants des équipes régionales de surveillance ont complété l'information. L'information pour une dix-septième région a été obtenue grâce à une collecte déjà réalisée par le Comité de travail sur la démarche de caractérisation et de mobilisation des communautés (comité issu de la TCNS) en mars 2011 (Groupe de travail sur la démarche de caractérisation et de mobilisation des communautés de la TCNS, 2011). Cette information a été compilée dans une grille, puis validée par les répondants régionaux, permettant ainsi de dégager les critères utilisés pour délimiter les unités de voisinage ou communautés locales. Parmi ces 17 régions, huit ne se sont pas engagées dans une démarche de délimitation d'unités de voisinage. Parmi les régions engagées dans une démarche de délimitation de communautés locales, cinq régions ont terminé cette démarche et pour quatre régions cette démarche est en cours.

Chaque étude et expérience régionale considérée dans cette revue de littérature a fait l'objet d'une fiche de lecture, accessible sur demande. De même, la grille ayant servi à l'intégration puis à la validation des informations en provenance des répondants régionaux est disponible sur demande.

### **2.4.3 Approches à la définition d'unités de voisinage**

#### *Informations de base*

Toutes les études publiées dans les revues scientifiques et quatre expériences régionales ont délimité des unités de voisinages en tenant compte du statut socioéconomique des populations locales, soit en ayant recours à des variables du recensement (p. ex., scolarité, revenu, ethnicité, structure familiale) ou encore à un indice dérivé de données du recensement (p. ex., défavorisation (Ministère de l'Éducation, 2012; Pampalon *et al.*, 2009a) ou dévitalisation (Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, 2010). Certaines démarches ou études ont couplé des informations socioéconomiques à des informations géographiques de diverses natures, soit des cartes de l'utilisation du sol (Weiss *et al.*, 2007), de frontières naturelles (p. ex. : voies ferrées, grandes artères, plans d'eau (Glazier *et al.*, 2005; Ross *et al.*, 2004; Stafford *et al.*, 2008) ou des frontières administratives utilisées dans d'autres contextes que le recensement (par exemple : districts municipaux (Glazier *et al.*, 2005; Lebel *et al.*, 2007; Ross *et al.*, 2004) ou encore une photographie aérienne (Cutchin *et al.*, 2011). D'autres expériences régionales ont plutôt croisé ce type d'information géographique aux effectifs de population sans toutefois avoir recours à des données socioéconomiques.

### *Limites territoriales*

Les unités spatiales servant à la délimitation de voisinages étaient souvent des territoires de petite taille choisis pour favoriser l'homogénéité socioéconomique de la population locale. Les études canadiennes, incluant toutes les expériences régionales du Québec recensées, ont utilisé les aires de diffusion (AD) (Dallaire & Bourassa, 2012; Lebel *et al.*, 2007; Riva *et al.*, 2008) ou les secteurs de recensement (SR), avant 2006 (Drackley *et al.*, 2011; Glazier *et al.*, 2005) définis par Statistique Canada. Une démarche régionale au Québec a été faite à une échelle plus fine que celle des aires de diffusion, en délimitant des unités de voisinage par un regroupement d'îlots du recensement.

Dans certaines études, les découpages administratifs municipaux ont été privilégiés. Wilkins a basé ses regroupements sur les « quartiers de planification » définis par la Ville de Montréal et sur les limites des municipalités avoisinantes (Wilkins, 1980), tandis que Ross *et al.* ont fait de même, mais en utilisant plutôt les « quartiers d'habitation » pour subdiviser la Ville de Montréal (Ross *et al.*, 2004). Les études faites au Royaume-Uni ont eu recours à des découpages par « *Enumeration districts* » (Cockings & Martin, 2005; Flowerdew *et al.*, 2008; Haynes *et al.*, 2007) ou « *wards* » (Stafford *et al.*, 2008); les « *Enumeration districts* » et les « *wards* » peuvent être considérés respectivement équivalents aux aires de diffusion et aux secteurs de recensement canadiens. L'étude de Weiss *et al.* (Weiss *et al.*, 2007), menée aux États-Unis, a quant à elle utilisé les secteurs de recensement américains. Une seule étude n'a pas basé la délimitation de voisinages sur un découpage préexistant puisqu'elle a utilisé une photographie aérienne (Cutchin *et al.*, 2011).

### *Critères*

La recherche de l'homogénéité de la population locale est l'élément le plus souvent rencontré dans les études publiées dans des revues scientifiques ou les expériences recensées (Drackley *et al.*, 2011; Flowerdew *et al.*, 2008; Glazier *et al.*, 2005; Haynes *et al.*, 2007; Riva *et al.*, 2008; Stafford *et al.*, 2008; Weiss *et al.*, 2007). Deux études ont aussi considéré la cohérence interne des milieux sur le plan du bâti et de l'utilisation du sol (Cutchin *et al.*, 2011; Weiss *et al.*, 2007) alors que deux autres études mentionnent l'importance de définir des unités en maximisant l'hétérogénéité entre elles (Riva *et al.*, 2008; Weiss *et al.*, 2007). Dans le cas d'expériences régionales, elles ont toutes souhaité que la délimitation géographique des unités de voisinages tienne également compte de la notion de « territoire vécu », faisant référence à la perception par la population de leur milieu de vie (Boisvert, 2007).

La taille de la population (moyenne ou minimale) est un critère fréquemment rencontré dans les études publiées dans les revues scientifiques (Cockings & Martin, 2005; Drackley *et al.*, 2011; Flowerdew *et al.*, 2008; Lebel *et al.*, 2007; Wilkins, 1980). Certaines ont imposé un nombre maximal d'unités créées (Flowerdew *et al.*, 2008; Stafford *et al.*, 2008; Wilkins, 1980). Dans la majorité des cas d'expériences régionales, alors qu'une taille de population était fréquemment souhaitée (de 1000 à 5000 personnes), il ne s'agissait pas d'un critère incontournable.

Dans plusieurs études et expériences régionales, il était souhaité que les frontières des unités de voisinage coïncident avec celles des unités de recensement (Cockings & Martin, 2005; Flowerdew *et al.*, 2008; Haynes *et al.*, 2007; Lebel *et al.*, 2007) ou avec la présence de frontières dites naturelles, telles que les plans d'eau, les voies ferrées ou les voies routières (Cutchin *et al.*, 2011; Drackley *et al.*, 2011; Glazier *et al.*, 2005). Notons que sans en faire un critère explicite, plusieurs démarches étaient fondées sur l'utilisation de données du recensement ce qui assurait la correspondance aux territoires de recensement. Certaines démarches ont imposé des critères géométriques de forme ou de compacité des unités, par exemple, pour éviter l'effet « trou de beigne » ou les péninsules (Cockings & Martin, 2005; Flowerdew *et al.*, 2008; Haynes *et al.*, 2007; Stafford *et al.*, 2008). Enfin, une seule étude a fondé la définition d'unités de voisinage sur l'homogénéité de la population en regard de l'objet d'analyse. Ainsi, une analyse des écarts de mortalité a été produite.

### *Méthodes utilisées*

Différentes méthodes ont permis de produire des unités de voisinages dans les études publiées dans des revues scientifiques. La plupart de ces méthodes pourraient être classées en trois catégories : méthodes statistiques (Drackley *et al.*, 2011; Lebel *et al.*, 2007; Riva *et al.*, 2008), agrégation géographique automatisée (Cockings & Martin, 2005; Flowerdew *et al.*, 2008; Haynes *et al.*, 2007; Stafford *et al.*, 2008) et interprétation humaine (Cutchin *et al.*, 2011; Glazier *et al.*, 2005; Lebel *et al.*, 2007; Ross *et al.*, 2004; Weiss *et al.*, 2007; Wilkins, 1980). Certaines études ont eu recours à plus d'une méthode. Les expériences régionales recensées ont toutes opté pour une démarche fondée sur l'interprétation humaine.

Les méthodes statistiques visent à identifier des similitudes entre les unités territoriales de base, mais sans considérer leur localisation ou leur proximité. L'analyse en composante principale (ACP) et les analyses de groupement sont les méthodes statistiques les plus couramment employées. L'ACP vise à synthétiser différentes caractéristiques du milieu : elle produit un ou plusieurs facteurs qui permettent de décrire une tendance observée sur plusieurs variables simultanément. Les facteurs produits par une ACP sont des variables continues qui peuvent ensuite être catégorisées pour former un certain nombre de groupes. L'analyse de groupement permet de catégoriser en un nombre prédéfini de groupes des unités territoriales selon leur similitude sur plusieurs variables simultanément. Des unités de voisinages peuvent ainsi être formées en fusionnant les unités contigües appartenant à un même groupe.

Les méthodes automatisées d'agrégation géographique peuvent différer quelque peu entre elles, mais elles ont en commun une démarche itérative et le recours à de petites unités territoriales qui seront agrégées les unes aux autres. Elles se distinguent des méthodes statistiques décrites ci-dessus par le fait que la localisation (contiguïté) des unités est prise en compte. À chaque itération, deux unités territoriales contigües sont fusionnées. Le choix des unités qui seront fusionnées dépend des critères imposés préalablement par l'analyste. Par exemple, il peut s'agir d'obtenir les voisinages les plus compacts et le plus près d'une taille de population cible. À une itération donnée, les deux territoires qui seront fusionnés seront choisis parmi l'ensemble des paires de territoires contigus et la paire qui sera retenue sera celle qui permet de produire le découpage qui répond le mieux aux critères préétablis.



Les itérations cesseront lorsque les fusions possibles ne permettront plus d'améliorer le découpage selon les critères préétablis.

Les études qui ont fait appel à une interprétation humaine l'ont fait de différentes façons. Toutefois, pour les démarches régionales, les façons de faire sont semblables à certains égards. En effet, les démarches régionales et la plupart des études recensées ont eu recours au jugement d'acteurs locaux ou d'experts pour déterminer un découpage sur la base de leur connaissance du milieu (Bourassa & Dallaire, 2012; Lebel *et al.*, 2007; Ross *et al.*, 2004). Dans trois études (Cutchin *et al.*, 2011; Glazier *et al.*, 2005; Wilkins, 1980), le découpage des voisinages était plutôt établi sur la base du jugement des analystes (chercheurs). Weiss *et al.* (Weiss *et al.*, 2007) ont par ailleurs procédé à des observations sur le terrain, appuyées par des cartes de la population et du type d'utilisation du sol.

En général, dans les expériences régionales recensées, les acteurs locaux devaient conjuguer des représentations cartographiques du territoire et leur connaissance du milieu afin d'identifier des communautés de façon consensuelle. Il est à noter que le type d'acteur local impliqué dans ces rencontres varie d'une expérience à l'autre, voire même d'un sous-territoire à l'autre dans une même région. Ce pouvait être des citoyens ou des intervenants issus des milieux universitaires, communautaires et institutionnels.

Plusieurs études, rapports et expériences régionales (14 partenaires incluant l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2011; Boisvert, 2007; Boisvert *et al.*, 2010; Bourassa *et al.*, 2010; Dallaire, 2012; Glazier *et al.*, 2005; Loslier, 1976; Loslier, 1977; Richard, 2011; Wilkins, 1980) ont fait mention de regroupements ou de typologie/classification des unités territoriales. Les regroupements consistaient à amalgamer diverses unités territoriales (SR, municipalités, zones, régions, unités de voisinage ou communautés locales) en d'autres unités plus grandes (aires sociales, classes, régions, pôles, secteurs ruraux). Concernant les expériences régionales, les regroupements étaient parfois motivés par des impératifs de puissance statistique et parfois par la pertinence de caractériser des communautés rurales à une échelle intermédiaire supérieure au village tout en demeurant inférieure au CLSC. Dans une expérience régionale (Dallaire, 2012), la consultation d'acteurs locaux visait simultanément la délimitation de communautés locales et leur regroupement en unités territoriales plus grandes. Les exercices de typologie rapportés consistaient principalement en une classification socioéconomique. Plusieurs expériences régionales ont rapporté une typologie en sept catégories basées sur une corrélation entre les variables de l'indice de défavorisation matérielle et sociale et « l'indice sociosanitaire proposé dans le dispositif national de surveillance » (Boisvert, 2007). Pour plus de détails, se référer au tableau présenté en annexe 2.

#### **2.4.4 Avantages et limites des approches**

Malgré des différences parfois importantes dans la nature de l'approche, la presque totalité des exercices visait la création d'unités de voisinage composées de populations homogènes sur le plan socioéconomique et d'une taille suffisante pour assurer une puissance statistique adéquate à l'analyse de phénomènes sanitaires courants. Les frontières fixées tentent d'intégrer le plus possible de petits territoires associés au recensement. La correspondance avec des frontières naturelles (ex. : plans d'eau, routes) est également souvent souhaitée,

parfois explicitement, mais aussi implicitement par l'utilisation de territoires de recensement, eux-mêmes définis en considérant ces frontières naturelles. Outre ces similitudes, des différences font en sorte que certaines méthodes comportent des avantages et des limites pour la confection d'unités de voisinage.

Certaines études (Institut national de santé publique du Québec, 2012a; Ross *et al.*, 2004; Stafford *et al.*, 2008) font la démonstration que les différents découpages ne donnent pas lieu à des différences sanitaires importantes bien qu'une étude (Cockings & Martin, 2005; Stafford *et al.*, 2008) suggère que des découpages administratifs établis sans lien avec l'homogénéité socioéconomique des populations pourraient sous-estimer les ISS.

### *Avantages*

- L'utilisation de frontières calquées sur celles du recensement facilite la production de profils socioéconomiques des populations locales en permettant un lien direct avec les profils produits par Statistique Canada; ceci limite les frais d'acquisition de données. Il serait toutefois possible de commander des tableaux à Statistique Canada (prévoir des frais d'acquisition) pour des découpages qui ne correspondraient pas aux frontières des AD, mais il faudrait qu'ils correspondent minimalement aux limites des îlots.
- Il peut être avantageux de combiner des méthodes, notamment en fonction de la densité de la population (unités de voisinage urbaines de population importante comparées aux communautés locales rurales de faible population).
- Il peut être avantageux de procéder à des exercices de regroupement de communautés locales à faible population à des fins de puissance statistique. Un tel exercice, entraînant une réduction du nombre d'unités territoriales à caractériser, pouvant également faciliter la production d'indicateurs de surveillance des ISS.
- Les exercices de groupement ou de typologie des unités de voisinage permettraient aux régions de disposer d'un 2<sup>e</sup> indicateur de stratification sociale (territoriale, en fait) qui comporte un nombre restreint de groupes.
- Avantages des méthodes statistiques.
- Les méthodes statistiques ont l'avantage d'être plus faciles à comprendre et exigent des logiciels et une expertise plus facilement accessible que les méthodes d'agrégation géographique automatisée.
- Les méthodes statistiques peuvent alimenter, servir de point de départ, à des interprétations humaines (ex. : acteurs locaux). Toutefois, elles peuvent aussi être exploitées sans avoir recours à des consultations qui nécessitent de mobiliser un certain nombre de personnes.

### *Avantages des méthodes d'agrégation géographique*

- Les méthodes d'agrégation géographique peuvent alimenter, servir de point de départ, à des interprétations humaines (ex. : acteurs locaux). Toutefois, elles peuvent aussi être exploitées sans avoir recours à des consultations qui nécessitent de mobiliser un certain nombre de personnes. À noter qu'une étude (Haynes *et al.*, 2007; Stafford *et al.*, 2008)

rapporte que le découpage automatisé performerait aussi bien qu'un découpage établi sur la base de perceptions d'acteurs locaux.

- Avantages des exercices d'interprétation humaine.
- Une étude (Cutchin *et al.*, 2011; Stafford *et al.*, 2008) suggère que des découpages établis par l'interprétation humaine produisent des voisinages plus homogènes que ceux obtenus sur la base de découpages administratifs ou arbitraires.
- Les exercices d'interprétation humaine ont l'avantage de produire des découpages qu'on pourrait qualifier de multicritères puisqu'ils tablent sur des synthèses que font les individus en considérant simultanément plusieurs types d'informations.
- Lorsqu'ils sont élaborés en faisant appel à des consensus d'acteurs locaux, les exercices d'interprétation humaine produisent des découpages cohérents à la fois avec les déterminants socioéconomiques de la santé et avec l'intervention.
- Les exercices d'interprétation humaine peuvent être tout aussi « scientifiques » que celles privilégiant un appareillage statistique. De plus, ces méthodes favorisent l'implication des gens du milieu et une appropriation des résultats.

#### *Limites*

- L'imposition de la correspondance avec les frontières de recensement peut limiter la capacité à représenter des espaces correspondant à des territoires vécus. Ce phénomène est particulièrement observable dans les milieux ruraux où les territoires de recensement à l'échelle la plus fine, les aires de diffusion (AD), ont une superficie plus grande que dans les milieux urbains.
- La délimitation de communautés locales de faible population (p. ex. : milieu rural) peut générer un nombre élevé d'unités territoriales à caractériser, que ce soit en matière de profils ou d'indicateurs de surveillance des ISS.

#### *Limites des méthodes statistiques*

- La localisation géographique des unités territoriales (c.-à-d. leur proximité ou contiguïté) n'est pas prise en compte et ceci donne lieu à des groupes de territoires qui ne sont pas nécessairement contigus.
- Comme elles ne font pas nécessairement appel à des consensus d'acteurs locaux, elles risquent de produire des découpages non cohérents avec les déterminants socioéconomiques et, conséquemment, de moins favoriser l'implication des gens du milieu, leur appropriation des résultats et l'intervention qui en découleraient.

#### *Limites des méthodes d'agrégation géographique*

- L'automatisation de plusieurs critères est probablement fastidieuse, voire impossible dans la mesure où plusieurs critères sont de nature qualitative et perceptuelle.
- Les méthodes d'agrégation géographique automatisée ont le désavantage d'être plus difficiles à comprendre et exigent des logiciels et une expertise moins facilement accessible que les méthodes statistiques.

- Ne faisant pas nécessairement appel à des consensus d'acteurs locaux, elles risquent de produire des découpages non cohérents à la fois avec les déterminants socioéconomiques de la santé et avec l'intervention.

#### *Limites des exercices d'interprétation humaine*

- Les exercices d'interprétation humaine requièrent d'avoir recours à des consultations qui nécessitent de mobiliser un certain nombre de personnes.
- Faisabilité au Québec et en région.
- Les trois méthodes présentées ici sont complémentaires et peuvent très bien être mises à profit simultanément, comme cela a pu être fait en région.
- Les démarches régionales réalisées au Québec semblent compatibles avec la production d'indicateurs de surveillance des ISS à l'échelle des unités de voisinage. Un équilibre adéquat entre la taille des unités territoriales et leur nombre apparaît être un facteur qui sera déterminant. Les exercices de regroupement et de typologie existants semblent constituer des facteurs facilitants.

#### *Conclusion*

Cette revue des expériences de délimitation d'unités de voisinage (ou communautés locales) a permis de constater que de telles unités ont été délimitées et caractérisées dans plusieurs pays et régions du Québec. Cet effort de recherche sur les communautés locales est central dans la démarche du Groupe SISS, car ces communautés pourront devenir une variable de position sociale (un stratificateur) pour les indicateurs de santé et de ses déterminants.

### 3 PROPOSITIONS

Dans le présent rapport, on a vu que la volonté de réduire les inégalités sociales au Québec est bien présente dans les orientations et politiques gouvernementales du secteur de la santé et d'autres secteurs ayant un lien étroit avec la santé. On a aussi pu constater que la présence d'inégalités sociales de santé (ISS) au Québec est bien documentée. Malgré ces acquis, le Québec ne procède pas encore à une surveillance systématique des ISS, et ce, par la production, l'analyse et la diffusion d'indicateurs tant à l'échelle du Québec que de ses régions sociosanitaires.

Cette troisième partie du rapport comporte des propositions visant à jeter les bases d'une surveillance systématique des ISS au Québec. Ces propositions incluent une sélection d'indicateurs et une stratégie de surveillance des ISS, laquelle précise les étapes de réalisation et les produits attendus.

#### 3.1 DES INDICATEURS POUR LA SURVEILLANCE DES ISS

Pour instaurer la surveillance des ISS au Québec, le Groupe SISS propose de mettre en place un système d'indicateurs et de mesures couvrant l'ensemble du Québec et chacune des régions sociosanitaires. Ce système comportera les éléments suivants, en lien avec les trois composantes d'un indicateur d'ISS.

##### *Les indicateurs de santé et de bien-être*

Le Groupe SISS suggère de démarrer la mise en place du système avec un « tronc commun » de 18 indicateurs (tableau 5), auquel pourront venir se greffer d'autres mesures<sup>7</sup> à la faveur de travaux sur la surveillance des ISS, tels que ceux menés par le Centre Léa-Roback. L'ordre des indicateurs proposés reprend le modèle conceptuel de l'OMS (figure 1) et la typologie retenue pour la recension des écrits (tableau 1). Le Groupe SISS propose dix indicateurs de santé et de bien-être : des indicateurs globaux et des indicateurs plus spécifiques à des problématiques sanitaires ou à des groupes (les jeunes, notamment). Sont aussi suggérés sept indicateurs de déterminants intermédiaires, reliés aux habitudes de vie, et un indicateur ciblant les déterminants structurels de la santé. Ces indicateurs, pour la plupart, font l'objet de recommandations ou d'une surveillance systématique ailleurs au Canada et sur la scène internationale (annexe 3).

Les indicateurs ont été choisis en fonction de critères dont il a été fait mention précédemment (partie 2.1). Le premier était que ces indicateurs devaient refléter une réalité sociosanitaire qui soit importante au Québec. Ainsi, les indicateurs sélectionnés devaient pouvoir être associés à des politiques, des programmes ou des plans d'intervention (annexe 4) et des ISS démontrées et non négligeables (en se basant par exemple sur des mesures de risque relatif entre groupes extrêmes de  $\pm 1,5$ ). De fortes ISS ont en effet été notées au Québec pour l'espérance de vie en bonne santé (Pampalon, 2002; Pampalon &

---

<sup>7</sup> Le Groupe SISS suggère de considérer, dans un second temps, des indicateurs tels que l'espérance de santé à 65 ans, l'incapacité, la mortalité évitable, le sentiment d'appartenance à sa communauté, l'indice de détresse psychologique, la maturité et le décrochage scolaire et des mesures témoignant de l'accès au système de soins (p. ex., accès à un médecin de famille, vaccination, dépistage du cancer du sein, services dentaires et examens de la vue gratuits chez les jeunes).

Raymond, 2003), la mortalité prématurée (Pampalon *et al.*, 2008a; Pampalon *et al.*, 2009a; Pampalon *et al.*, 2008b), la mortalité par suicide et par accident de la route (Hamel & Pampalon, 2002; Pampalon *et al.*, 2008b; Burrows *et al.*, 2010; Burrows *et al.*, 2011), l'hospitalisation pour traumatisme sévère chez les jeunes (Gagne & Hamel, 2009), la prévalence du diabète (Gagne & Hamel, 2009; Schmitz *et al.*, 2009; Ouhoummane *et al.*, 2009; Institut national de santé publique du Québec, 2012d; Émond *et al.*, 2005) et l'incidence du cancer du poumon (Institut national de santé publique du Québec, 2012c), les naissances prématurées (Auger *et al.*, 2012), la fécondité chez les adolescentes (Institut national de santé publique du Québec, 2012e; Pampalon & Raymond, 2003) et les jeunes pris en charge en protection de la jeunesse (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007; Pampalon & Raymond, 2003). Des inégalités appréciables ont également été relevées pour l'obésité (Lamontagne & Hamel, 2009; Lamontagne & Hamel, 2012; Nolin *et al.*, 2008; Agence de la santé publique du Canada, 2011) et l'insécurité alimentaire (Blanchet & Rochette, 2011; Dubois, 2006), le tabagisme (Dubé.G *et al.*, 2011; Lasnier B *et al.*, 2012; Institut Canadien d'Information sur la santé, 2008) et la consommation excessive d'alcool (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2008; Du Mays & Bordeleau, 2011), les conditions de logement, la mobilité résidentielle et le décrochage scolaire chez les jeunes, ici illustré par l'absence de diplôme (Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé, 2009; Pampalon *et al.*, 2011; unité Études et analyses de l'état de santé de la population, 2012).

**Tableau 5 Propositions d'indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé**

<b>Santé et bien-être</b>	
<p><b>Santé et bien-être global</b></p> <p>1 <b>Espérance de vie en bonne santé à la naissance</b> Sources de données : Fichier des décès et enquêtes de santé (perception de la santé, passable-mauvaise)</p> <p><b>Mortalité</b></p> <p>2 <b>Mortalité prématurée (&lt; 75 ans)</b> Source de données : Fichier des décès</p> <p>3 <b>Mortalité par suicide</b> Source de données : Fichier des décès</p> <p>4 <b>Mortalité par accident de la route</b> Source de données : Fichier des décès</p> <p><b>Hospitalisation</b></p> <p>5 <b>Traumatisme sévère chez les jeunes (&lt; 15 ans)</b> Source de données : Fichier des hospitalisations</p> <p><b>Habitudes de vie</b></p> <p>11 <b>Obésité (IMC ≥ 30)</b> Source de données : Enquêtes de santé</p> <p>12 <b>Insécurité alimentaire</b> Source de données : Enquêtes de santé</p> <p>13 <b>Tabagisme (fumeurs réguliers)</b> Source de données : Enquêtes de santé</p> <p>14 <b>Consommation excessive d'alcool</b> Source de données : Enquêtes de santé</p> <p><b>Scolarité</b></p> <p>18 <b>Jeunes sans certificat ou diplôme (20 à 34 ans)</b> Source de données : Recensement</p>	<p><b>Morbidité</b></p> <p>6 <b>Prévalence du diabète</b> Source de données : Fichier des maladies chroniques</p> <p>7 <b>Incidence du cancer du poumon</b> Source de données : Registre des tumeurs</p> <p><b>Autres</b></p> <p>8 <b>Naissances prématurées (&lt; 37 semaines)</b> Source de données : Fichier des naissances</p> <p>9 <b>Fécondité chez les adolescentes (&lt; 20 ans)</b> Source de données : Fichier des naissances</p> <p>10 <b>Prise en charge en protection de la jeunesse (&lt; 18 ans)</b> Source de données : Banque commune CJ-LPJ</p> <p style="text-align: center;"><b>Déterminants intermédiaires</b></p> <p><b>Conditions matérielles</b></p> <p>15 <b>Logement en piètre état (réparations majeures)</b> Source de données : Recensement</p> <p>16 <b>Logement peu abordable (+ de 30 % du revenu brut)</b> Source de données : Recensement</p> <p><b>Cohésion sociale</b></p> <p>17 <b>Mobilité résidentielle (&lt; 5 ans)</b> Source de données : Recensement</p> <p style="text-align: center;"><b>Déterminants structureux (Position socio-économique)</b></p>

Note : Ce classement d'indicateurs peut varier. Des indicateurs d'habitudes de vie peuvent être considérés comme des indicateurs de morbidité (p. ex. l'obésité) ou de conditions matérielles (par ex. l'insécurité alimentaire).

Pour être retenus, les indicateurs devaient également faire partie des plans de surveillance actuellement en vigueur au Québec (annexe 5) et répondre à des impératifs liés aux activités de surveillance, soit de production, d'analyse et d'interprétation de statistiques. Ainsi, pour la production d'indicateurs, on doit s'assurer que des sources de données soient disponibles, que les indicateurs puissent être suivis sur une période de temps conséquente ( $\pm 20$  ans), que la définition de ces indicateurs soit stable au fil du temps et que des mesures précises, au plan statistique, puissent être produites à la fois pour le Québec et ses régions sociosanitaires. Les variations de ces indicateurs dans le temps et dans l'espace doivent enfin pouvoir être interprétées, de façon intelligible, en soulignant les facteurs susceptibles d'y contribuer. Des travaux en cours visent à préciser si les indicateurs proposés répondent en tout ou en partie à ces impératifs.

### *Les variables de position sociale*

Pour la lecture des inégalités sociales de santé et de ses déterminants, le Groupe SISS suggère de stratifier les indicateurs de santé et de ses déterminants selon deux variables, l'une sociale, l'autre territoriale.

La variable sociale sera l'indice de défavorisation matérielle et sociale lorsque l'indicateur de santé ou de ses déterminants est issu de sources administratives ou un choix d'indicateurs individuels (p. ex., revenu, scolarité, emploi, structure du ménage ou de la famille) lorsque les données proviennent d'enquêtes. Des travaux seront menés pour identifier ces indicateurs individuels et comparer les inégalités observées entre ces indicateurs individuels et l'indice de défavorisation<sup>8</sup>.

À des fins de surveillance des ISS, et pour offrir une base commune de comparaisons entre les régions et l'ensemble du Québec, la variable sociale sera privilégiée dans la production et la diffusion d'indicateurs.

La variable territoriale correspond aux communautés locales ou voisinages tels que définis par les autorités régionales. Plusieurs régions ont déjà procédé à la délimitation de telles unités et certaines les ont même regroupées en nombre plus restreint (voir la section 2.4). Les indicateurs de santé ou de ses déterminants peuvent être produits par communauté locale ou voisinage, mais, pour l'obtention de données fiables, il est préférable dans la plupart des cas de regrouper ces unités ( $\approx 7$  groupes par région, bien que le nombre puisse varier selon la taille de la région). Pour les régions qui souhaiteraient s'engager dans un processus de découpage ou de regroupement d'unités infrarégionales et la production d'indicateurs sur cette base, des travaux s'inspirant d'expériences réalisées en région pourront être menés, avec le soutien de l'INSPQ.

Pour les régions Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik, il est difficile d'envisager de telles stratifications compte tenu de la faible taille des populations concernées. Si les 18 indicateurs sont produits pour chacune de ces régions, il faudra, s'il y a lieu, les stratifier à l'échelle infrarégionale et, le cas échéant, vérifier de quelle façon il serait possible d'y parvenir.

---

<sup>8</sup> Il sera aussi possible, dans un second temps, d'explorer une mesure de revenu, à l'échelle territoriale, comme complément à l'indice de défavorisation matérielle et sociale.



### *Les mesures d'inégalités*

Le Groupe SISS propose de recourir à diverses mesures afin de dresser un portrait complet et nuancé des ISS. Ces mesures permettront de suivre l'évolution des ISS dans l'ensemble de la population québécoise et des populations régionales, mais aussi entre groupes de populations (groupes extrêmes), en termes relatifs et absolus.

Deux mesures d'inégalités dans l'ensemble de la population seront mises à contribution, soit l'indice de concentration et le risque attribuable dans la population. La première indique le pourcentage (%) d'événements ou de situations reliées à l'état de santé ou à ses déterminants qu'il faudrait redistribuer entre groupes de la population pour obtenir une répartition équitable (ou égale) entre tous les groupes. Des analyses réalisées à partir de la mortalité prématurée ont montré que les résultats de l'indice de concentration étaient équivalents à ceux de l'indice relatif d'inégalités. Le risque attribuable à la population indique le nombre et la proportion de tels événements ou situations qu'il serait possible d'éviter si l'ensemble de la population profitait des taux observés chez le groupe le plus avantagé. Ce risque témoigne ainsi des gains possibles si toute la population du Québec (ou d'une région) bénéficiait des meilleures conditions socioéconomiques.

Deux mesures d'inégalités entre groupes extrêmes seront retenues, soit le ratio et la différence de taux. Ces deux mesures permettent d'estimer respectivement les écarts relatifs et les écarts absolus entre groupes extrêmes, soit les groupes le moins et le plus avantagés selon la variable de position sociale retenue. Ces mesures témoignent de l'ampleur du fossé qui sépare certains groupes dans la population.

## **3.2 UNE STRATÉGIE DE PRODUCTION DES INDICATEURS**

Pour donner suite à ces propositions et jeter les bases de la surveillance des ISS au Québec, la production d'indicateurs débutera par deux projets pilotes, chaque projet visant un indicateur spécifique. Auparavant, nous précisons les étapes de production d'un indicateur et proposons un regroupement d'indicateurs.

### *Les étapes de production d'un indicateur*

Pour la production des indicateurs à des fins de surveillance des ISS au Québec, plusieurs étapes sont nécessaires. La première concerne la source de données. Si celle-ci existe, est-elle accessible? Permet-elle un suivi spatio-temporel de l'indicateur selon une définition stable de l'indicateur dans le temps? Permet-elle de relier cet indicateur à l'indice de défavorisation ou autres caractéristiques socioéconomiques? Les étapes suivantes sont la collecte des données utiles, l'arrimage des sources de données, puis le calcul des taux et des indices d'inégalités prévus au projet. Suivent l'analyse des résultats, pour juger de leur validité, au plan statistique, puis leur interprétation à la lumière d'études réalisées au Québec, de facteurs de risque connus ou de politiques et programmes associés à l'indicateur. Puis vient la mise en forme de l'indicateur, soit la rédaction d'une fiche simple et illustrée, comportant une brève mise en contexte, une description des données et méthodes utilisées, une analyse et une discussion des résultats, et des références sur l'indicateur. Enfin, cette fiche sera validée auprès d'utilisateurs pour s'assurer qu'elle répond à leurs besoins.

### *Un regroupement d'indicateurs*

Pour la production des indicateurs, il peut être utile de les regrouper selon la source de données. En effet, chaque source soulève des défis particuliers, qu'il s'agisse d'accès aux données, de modifications dans la définition de l'indicateur au fil du temps ou des possibilités d'en réaliser un suivi spatio-temporel, avec précision. Les 18 indicateurs proposés peuvent être regroupés selon cinq sources : le fichier des décès (indicateurs 1 à 4), le fichier des naissances (indicateurs 8 et 9), les enquêtes de santé (indicateurs 1, 11 à 14), le recensement canadien (indicateurs 15 à 18) et divers registres du secteur de la santé et des services sociaux (indicateurs 5, 6, 7 et 10).

## CONCLUSION

Les propositions de ce rapport ont pour but de jeter les bases d'un système de surveillance des ISS au Québec. Elles concernent 18 indicateurs de l'état de santé et de ses déterminants, stratifiés selon la position sociale et le territoire, qu'il est possible de suivre dans le temps et dans l'espace (québécois, régional et infrarégional). Ces propositions et leur implantation constituent une contribution inédite à la connaissance des ISS, car actuellement aucun suivi systématique et concerté des ISS n'est réalisé au Québec à l'échelle régionale. Jusqu'à maintenant, les rapports nationaux ou régionaux portant sur les ISS s'appuient sur une production ponctuelle d'indicateurs.

Ces propositions ne constituent cependant qu'un point de départ, forcément limité et partiel, devant mener à un système de surveillance des ISS au Québec. Ainsi, un tel système doit prévoir la mise à jour régulière des indicateurs proposés et l'ajout de nouveaux indicateurs, à la lumière de travaux de recherche tels que ceux menés par le Centre Léa-Roback. Un tel système doit aussi permettre des comparaisons avec le reste du Canada ou d'autres pays, si possible. Un tel système, enfin, doit intégrer tous les indicateurs pertinents à la surveillance des ISS, non seulement ceux qui expriment l'ampleur des ISS (les 18 indicateurs proposés), mais également ceux associés à certains déterminants sociaux de la santé (p. ex., revenu, scolarité, emploi, structure de la famille) dont il importe de suivre l'évolution et les variations au Québec et en région. Plusieurs de ces indicateurs font déjà l'objet d'un suivi (Portraits de santé du Québec et de ses régions).



## RÉFÉRENCES

- 14 partenaires incluant l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (2011). *Portrait des communautés*.
- Agence de la santé publique du Canada (2011). *Obésité au Canada*. Agence de la santé publique du Canada, Institut canadien d'information sur la santé.
- Aïach, P. (2000). *De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques*. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, & T. Lang (Eds.), *Les inégalités sociales de santé* (Paris: Éditions La Découverte/INSERM).
- Auger, N., Park, A. L., Gamache, P., Pampalon, R., & Daniel, M. (2012). *Is material area deprivation more strongly associated with preterm birth than social area deprivation?* Social Science & Medicine, Submitted.
- Baudelot, C. (2010). *Les inégalités de santé : le point de vue d'un sociologue*. Actualité et dossier en santé publique, 73.
- Benach, J., Yasui, Y., Borrell, C., Pasarín, M. I., Martínez, J. M., & Daponte, A. (2003). *The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain*. *Prev Med*, 36, 300-308.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y., & Potvin, L. (2007). *Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood*. *Soc Sci Med*, 65, 1839-1852.
- Blanchet, C. & Rochette, L. (2011). *Sécurité et insécurité alimentaire chez les Québécois : Une analyse de la situation en lien avec leurs habitudes alimentaires*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Boisvert, R. (2007). *Les indicateurs de développement des communautés : Vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance*. Trois-Rivières : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Boisvert, R., Pepin, Y., & Lemay, F. (2010). *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : Une analyse écologique (Phase III)*. Trois-Rivières: Direction de santé publique, Agence de santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Bonnefoy, J., Morgan, A., Kelly, P. K., Butt, J., Bergman, V., & et al. (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. Geneva: UK, National Institute for Health and Clinical Excellence. Chile, Universidad del Desarrollo.
- Boström, G. & Rosen, M. (2003). *Measuring social inequalities in health - politics or science?* *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 211-215.
- Bourassa, A., Brunet, L., & Veilleux, S. (2010). *Caractérisation des communautés locales : connaître et mobiliser pour mieux intervenir. Portrait sommaire*. Sainte-Marie, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

- Bourassa, A. & Dallaire, L. (2012). *Résumé des démarches auprès des régions de délimitation et de caractérisation des communautés locales et unités de voisinage.*
- Braveman, P. (2006). *Health disparities and health equity: concepts and measurement.* *Annu Rev Public Health*, 27, 167-194.
- Burrows, S., Auger, N., Gamache, P., St-Laurent, D., & Hamel, D. (2011). *Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians: a prospective study.* *BMC Public Health*, 11, 577.
- Burrows, S., Auger, N., Roy, M., & Alix, C. (2010). *Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Quebec, Canada, 1990-2005.* *Public Health*, 124, 78-85.
- Carr-Hill, R. & Chalmers-Dixon, P. (2005). *The Public Health Observatory handbook of Health Inequalities Measurement.* Oxford: South East Public Health Observatory.
- Carstairs, V. & Morris, R. (1989). Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales. *BMJ*, 299, 886-889.
- Cockings, S. & Martin, D. (2005). *Zone design for environment and health studies using pre-aggregated data.* *Soc.Sci.Med*, 60, 2729-2742.
- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.* Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Couffinhal, A., Dourgnon, P., & Tubeuf, S. (2003). *Outils de mesure des inégalités de santé: où en est la recherche?* CREDES.
- Crombie, I. K., Irvine, L., Elliot, L., & Wallace, H. (2005). *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective.* WHO Europe. University of Dundee. NHS Health Scotland.
- Curtin, F., Morabia, A., & Bernstein, M. (1998). *Lifetime exposure to environmental tobacco smoke among urban women: differences by socioeconomic class.* *Am J Epidemiol*, 148, 1040-1047.
- Cutchin, M. P., Eschbach, K., Mair, C. A., Ju, H., & Goodwin, J. S. (2011). *The socio-spatial neighborhood estimation method: an approach to operationalizing the neighborhood concept.* *Health Place*, 17, 1113-1121.
- Dallaire, L. (2012). *Contribution d'indicateurs de surveillance au développement des communautés locales en Montérégie, Communication personnelle.* Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Dallaire, L. & Bourassa, A. (2012). *Tableau résumé des démarches régionales de délimitation et de caractérisation des communautés locales et unités de voisinage.*
- Department of Health (2003). *Tackling health inequalities. A programme for action.* London: Department of Health, UK.

- Department of Health (2007a). *Health Inequality Target Monitoring - Infant Mortality*. London, UK: Department of Health.
- Department of Health (2007b). *Health Inequality Target Monitoring - Life expectancy at birth*. London, UK: Department of Health.
- Department of Health (2007c). *Health Inequality Target Monitoring - Mortality*. London, UK: Department of Health.
- Department of Health (2008). *Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action*. London: Department of Health, UK Government.
- Department of Health (2009). *Tackling Health Inequalities: 2006-08 Policy and Data Update for the 2010 national Target*. London: Department of Health.
- Direction de santé publique de la Capitale-Nationale (2012). *Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé. Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2012). *Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec. Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y !* Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Direction de santé publique de Montréal (2011). *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Drackley, A., Newbold, K. B., & Taylor, C. (2011). *Defining socially-based spatial boundaries in the region of Peel, Ontario, Canada*. *Int.J Health Geogr.*, 10, 38.
- Du Mays, D. & Bordeleau, M. (2011). *La consommation d'alcool au Québec : évolution et portrait régional*. Québec: Institut de la Statistique du Québec.
- Dubé, G., Traoré, I., & Bordeleau, M. (2011). *La prévention du tabagisme chez les jeunes : Le poids de certains facteurs sociaux*. Institut de la statistique du Québec.
- Dubois, L. (2006). Food, Nutrition and Population Health: From Scarcity to Social Inequalities. In J. Heymann, C. Hertzman, M. L. Barer, & R. G. Evans (Eds.), *Healthier Societies. From Analysis to Action*. (pp. 135-172). New-York: Oxford University Press.
- Émond, A., Gosselin, J. C., & Dunnigan, L. (2009). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. Québec: Direction de la surveillance de l'état de santé. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Émond, V., Ouhoumane, N., Rochette, L., Pampalon, R., & Hamel, D. (2005). *Regional, local and socioeconomic variations in diabetes prevalence and complications in Québec*. In CDA/CSEM Professional Conference and Annual Meeting (Association canadienne du diabète).

- Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé (2009). *La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction: Le rôle déterminant des milieux de vie*. Rapport déposé au Fonds québécois de la Recherche sur la société et la culture (FQRSC). Québec: Université Laval, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Institut national de santé publique du Québec.
- Exworthy, M., Bindman, A., Davies, H., & Washington, A. E. (2006). *Evidence into policy and practice? Measuring the progress of U.S. and U.K. policies to tackle disparities and inequalities in U.S. and U.K. health and health care*. *Milbank Q*, 84, 75-109.
- Flowerdew, R., Manley, D. J., & Sabel, C. E. (2008). *Neighbourhood effects on health: does it matter where you draw the boundaries?* *Soc.Sci.Med*, 66, 1241-1255.
- Frank, J. & Haw, S. (2011). *Best practice guidelines for monitoring socioeconomic inequalities in health status: lessons from Scotland*. *Milbank Q*, 89, 658-693.
- Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., Bernard, P., & (Eds) (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Gagne, M. & Hamel, D. (2009). *Deprivation and unintentional injury hospitalization in Quebec children*. *Chronic Dis Can*, 29, 56-69.
- Genereux, M., Auger, N., Goneau, M., & Daniel, M. (2008). *Neighbourhood socioeconomic status, maternal education and adverse birth outcomes among mothers living near highways*. *J Epidemiol Community Health*, 62, 695-700.
- Glazier, R. H., Vahabi, M., Damba, C., Patychuk, D., Ardal, S., Johnson, I. *et al.* (2005). *Defining needs-based urban health planning areas is feasible and desirable: a population-based approach in Toronto, Ontario*. *Can.J Public Health*, 96, 380-384.
- Gordon, D. (2003). Area-Based Deprivation Measures: A U.K. Perspective. In I.Kawachi & L. Berkman (Eds.), *Neighborhoods and Health* (pp. 179-210). Oxford University Press.
- Gouvernement du Québec. (2011a). *Loi sur la santé publique*. L.R.Q., chapitre S-2.2. Ref Type: Bill/Resolution.
- Gouvernement du Québec. (2011b). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q., chapitre S-4.2. Ref Type: Bill/Resolution.
- Gouvernement du Québec. (2011c). *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L.R.Q., chapitre L-7. Ref Type: Bill/Resolution.
- Government of Ireland - Social, C. a. F. A. (2002). *Building an Inclusive Society*. [http://www.socialinclusion.ie/publications/building\\_an\\_inclusive\\_society.pdf](http://www.socialinclusion.ie/publications/building_an_inclusive_society.pdf) [En ligne].
- Graham, H. & Kelly, P. K. (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London: London: Health Development Agency, National Health Service.
- Groupe de travail sur la démarche de caractérisation et de mobilisation des communautés de la TCNS (2011). *Grille comparative des initiatives en développement des communautés*.



- Hamel, D. & Pampalon, R. (2002). *Traumatismes et défavorisation au Québec*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Havard, S., Deguen, S., Bodin, J., Louis, K., Laurent, O., & Bard, D. (2008). *A small-area index of socioeconomic deprivation to capture health inequalities in France*. *Soc Sci Med*, 67, 2007-2016.
- Haynes, R., Daras, K., Reading, R., & Jones, A. (2007). *Modifiable neighbourhood units, zone design and residents' perceptions*. *Health Place.*, 13, 812-825.
- Hayward, K., Colman, R., & Pannoza, L. (2008). *Health Disparities Indicators. Background Report for Developing Health Disparities Indicators in Canada*. Halifax, Nova Scotia: GPIAtlantic.
- Henripin, J. (1961). *L'inégalité sociale devant la mort. La mortinatalité et la mortalité infantile à Montréal*. *Recherches sociographiques*, 3-34.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (2008). *Réduction des écarts en matière de santé. Un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. Ottawa (Ontario): ICIS.
- Institut de la statistique du Québec (2012). *Zoom Santé. Divers rapports*. Institut de la statistique du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec (2012a). *Publications de l'INSPQ reliées à l'indice de défavorisation matérielle et sociale*. <http://www.inspq.qc.ca/santescope/liens.asp?comp=9&nav=M> [En ligne].
- Institut national de santé publique du Québec (2012b). *Site web de Santéscope*. <http://www.inspq.qc.ca/santescope> [En ligne].
- Institut national de santé publique du Québec (2012c). *Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, sexes réunis, Québec, 2000-2004*. <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=749> [En ligne].
- Institut national de santé publique du Québec (2012d). *Taux ajusté de prévalence du diabète, pour la population âgée de 20 ans et plus, selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, sexes réunis, Québec, 2000-2004*. <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=848> [En ligne].
- Institut national de santé publique du Québec (2012e). *Taux de fécondité des femmes de 15-19 ans selon le niveau de défavorisation matérielle et sociale, Québec, 2000-2004*. <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=732> [En ligne].
- Jarman, B., Townsend, P., & Carstairs, V. (1991). *Deprivation indices*. *BMJ*, 303, 523.
- Judge, k., Platt, S., Costongs, C., & Jurczak, k. (2006). *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. UK Presidency of the EU 2005.

- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Meida-Filho, N. (2002). *A glossary for health inequalities*. *J Epidemiol Community Health*, 56, 647-652.
- Koolman, X. & Van Doorslaer E. (2004). *On the interpretation of a concentration index of inequality*. *Health Econ*, 13, 649-656.
- Krieger, N., Chen, J. T., Waterman, P. D., Soobader, M. J., Subramanian, S. V., & Carson, R. (2003). *Choosing area based socioeconomic measures to monitor social inequalities in low birth weight and childhood lead poisoning: The Public Health Disparities Geocoding Project (US)*. *J Epidemiol Community Health*, 57, 186-199.
- Kunst, A. E., Bos, V., & Mackenbach, J. P. (2001). *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission. Final report*. Rotterdam, The Netherlands: Department of Public Health.Erasmus University.
- Kunst, A. E. & Mackenbach, J. P. (1994). *Measuring socioeconomic inequalities in health*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Lamontagne, P. & Hamel, D. (2009). *Le poids corporel chez les enfants et les adolescents du Québec : de 1978 à 2005*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Lamontagne, P. & Hamel, D. (2012). *Poids corporel de la population adulte québécoise: Mise à jour 2005. Exploitation des données de l'ESCC 3.1*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Lasnier, B., Leclerc, B. S., & Hamel, D. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lebel, A., Pampalon, R., & Villeneuve, P. Y. (2007). A multi-perspective approach for defining neighbourhood units in the context of a study on health inequalities in the Quebec City region. *Int J Health Geogr*, 6, 27.
- Lévesque, J. F., Pineault, R., Robert, L., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, B. et al. (2007). *Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne? Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*.
- London Health Observatory (2012). *Basket of Indicators*. [http://www.lho.org.uk/LHO\\_Topics/National\\_Lead\\_Areas/Basket\\_Of\\_Indicators/BasketOfIndicators.aspx](http://www.lho.org.uk/LHO_Topics/National_Lead_Areas/Basket_Of_Indicators/BasketOfIndicators.aspx) [En ligne].
- Loslier, L. (1976). *La mortalité dans les aires sociales de la région métropolitaine de Montréal*. Québec: Ministère des Affaires Sociales.
- Loslier, L. (1977). *La différenciation spatiale et sociale de la mortalité dans la région métropolitaine de Québec*. Montréal: Département de Géographie. Université du Québec à Montréal.

- Luo, Z. C., Wilkins, R., & Kramer, M. S. (2006). *Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study*. CMAJ, 174, 1415-1420.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). *Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?* Soc Sci Med, 55, 125-139.
- Mackenbach, J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU*. Rotterdam: Department of Public Health. Erasmus MC.
- Mackenbach, J. P. & Kunst, A. (1997). *Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe*. Social Science & Medicine, 44, 757-771.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A., & et al. (2007). *Tackling Health Inequalities In Europe: An Integrated Approach. EUROTHINE. Final report*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Marmot, M., Allen, J., & et al. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*. London, UK: Department of Health.
- Martens, P. & et al. (2010). *Health Inequities in Manitoba: Is the Socioeconomic Gap in Health Widening or Narrowing over Time?* Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy.
- McAll, C. (2008). *Transfert des temps de vie et perte de raison : l'inégalité sociale comme rapport d'appropriation*. In K.L.Frohlich, M. De Koninck, P. Bernard, & A. Demers (Eds.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (pp. 87-110). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Minder, C. E. (1993). *Socio-economic factors and mortality in Switzerland*. Soz Praventivmed, 38, 313-328.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2012). *Indices de défavorisation*. [http://www.mels.gouv.qc.ca/stat/Indice\\_defav/Index\\_ind\\_def\\_cs2006.htm](http://www.mels.gouv.qc.ca/stat/Indice_defav/Index_ind_def_cs2006.htm) [En ligne].
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2010). *Profils statistiques régionaux*. <http://www.mess.gouv.qc.ca/statistiques/profils/index.asp> [En ligne].
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Ministère de la santé et du bien-être.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*. Québec : Direction de la santé publique, MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008a). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Québec : Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique, & Institut de la statistique du Québec (2011). *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut national de santé publique du Québec (2005). *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut national de santé publique du Québec (2008a). *Plan de surveillance multithématique. Cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux & Institut national de santé publique du Québec (2008b). *Plan de surveillance multithématique. Thème 6 : Déterminants socio-économiques et état de santé globale*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants*. Québec : Directions des communications, MSSS.
- Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire (2010). *Des communautés à revitaliser, un défi collectif pour le Québec*. Québec.
- Morris, R. & Carstairs, V. (1991). *Which deprivation? A comparison of selected deprivation indexes*. *J Public Health Med*, 13, 318-326.
- Munoz-Arroyo, R. & Sutton, M. (2007). *Measuring Socio-Economic Inequalities in Health: A Practical Guide*. Glasgow, Scotland: Scottish Public Health Observatory.
- Noble, M., McLennan, D., Wilkinson, K., Whitworth, A., & Barnes, H. (2008). *The English Indices of Deprivation 2007*. London: Department for Communities and Local Government.
- Nolin, B., Blanchet, C., & Kuzmina, E. (2008). *Enquête de santé auprès des Cris, 2003. Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel*. Institut national de santé publique du Québec.
- Norwegian Ministry of health and Care Services (2007). *National Strategy to Reduce social Inequalities in Health. Report no. 20*. <http://healthinequalities.thehealthwell.info/search-results/national-strategy-reduce-social-inequalities-health-norwegian-ministry-health-and-car> [En ligne].
- Organisation mondiale de la Santé (2011). *Comblent le fossé : De la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé : Document de travail*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

- Ouhoummane, N., Abdous, B., Emond, V., & Poirier, P. (2009). *Impact of diabetes and gender on survival after acute myocardial infarction in the Province of Quebec, Canada--a population-based study*. *Diabet.Med*, 26, 609-616.
- Pampalon, R. (2002). *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2011). *Residential mobility, deprivation and health in Québec*. 14<sup>th</sup> International Medical Geography Symposium. 14<sup>th</sup> International Medical Geography Symposium. Durham, UK.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2008a). *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?* Institut national de santé publique du Québec. Les Publications de l'Institut.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., & Raymond, G. (2009a). *Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada*. *Maladies chroniques au Canada*, 29, 199-213.
- Pampalon, R. & Raymond, G. (2000a). *Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec*. *Maladies chroniques au Canada*, 21, 113-122.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2008b). *Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale*. In K.Frohlich, M. De Koninck, P. Bernard, & A. Demers (Eds.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., & Raymond, G. (2009b). *A deprivation index for health planning in Canada*. *Chronic Dis Can*, 29, 178-191.
- Pampalon, R. & Raymond, G. (2000b). *A deprivation index for health and welfare planning in Quebec*. *Chronic Dis Can*, 21, 104-113.
- Pampalon, R. & Raymond, G. (2003). *Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être*. *Santé, Société et Solidarité*, 191-208.
- Population Health Promotion Expert Group & Healthy Living Issue Group (2009). *Indicators of health Inequalities*. Ottawa: Pan-Canadian Public Health Network.
- Rehkopf, D. H., Houghton, L. T., Chen, J. T., Waterman, P. D., Subramanian, S. V., & Krieger, N. (2006). *Monitoring socioeconomic disparities in death: comparing individual-level education and area-based socioeconomic measures*. *Am J Public Health*, 96, 2135-2138.
- Richard, P. (2011). *Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations. Initiative sur la santé de la population canadienne*. Sherbrooke.
- Riva, M., Apparicio, P., Gauvin, L., & Brodeur, J. M. (2008). *Establishing the soundness of administrative spatial units for operationalising the active living potential of residential environments: an exemplar for designing optimal zones*. *Int.J Health Geogr.*, 7, 43.

- Ross, C. E., Reynolds, J. R., & Geis, K. G. (2000). *The Contingent Meaning of Neighborhood Stability for Resident's Psychological Well-Being*. *American Sociological Review*, 65, 581-597.
- Ross, N. A., Tremblay, S. S., & Graham, K. (2004). *Neighbourhood influences on health in Montreal, Canada*. *Soc.Sci.Med*, 59, 1485-1494.
- Salmond, C., Crampton, P., & Sutton, F. (1998). *NZDep91: A New Zealand index of deprivation*. *Aust N Z.J Public Health*, 22, 835-837.
- Santé Canada (1999). *Pour un avenir en santé. Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa: Santé Canada.
- Santé Canada (2004). *Engagements en matière de santé autochtone*. [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if\\_abor-auto-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_abor-auto-fra.php) [En ligne].
- Schmitz, N., Nitka, D., Garipey, G., Malla, A., Wang, J., Boyer, R. et al. (2009). *Association between neighborhood-level deprivation and disability in a community sample of people with diabetes*. *Diabetes Care*, 32, 1998-2004.
- Schuurman, N., Bell, N., Dunn, J. R., & Oliver, L. (2007). *Deprivation indices, population health and geography: an evaluation of the spatial effectiveness of indices at multiple scales*. *J Urban Health*, 84, 591-603.
- Scottish Executive (2003). *Improving health in Scotland*. The Challenge.
- Shaw, M., Galobardes, B., Lawlor, D. A., Lynch, J., Wheeler, B., & Davey Smith, G. (2007). *The handbook of inequality and socioeconomic position*. Bristol, UK: The Policy Press.
- Solar, O. & Irwin, A. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: Commission on social determinants of health, WHO.
- Stafford, M., Duke-Williams, O., & Shelton, N. (2008). *Small area inequalities in health: are we underestimating them?* *Soc Sci Med*, 67, 891-899.
- Statistique Canada & Institut Canadien d'Information sur la Santé (2004). *À propos des indicateurs de la santé*. Indicateurs de la santé, 2004.
- Tatalovich, Z., Wilson, J. P., Milam, J. E., Jerrett, M. L., & McConnell, R. (2006). *Competing definitions of contextual environments*. *Int.J Health Geogr.*, 5, 55.
- Tello, J. E., Jones, J., Bonizzato, P., Mazzi, M., Amaddeo, F., & Tansella, M. (2005). *A census-based socio-economic status (SES) index as a tool to examine the relationship between mental health services use and deprivation*. *Soc Sci Med*, 61, 2096-2105.
- The World Bank (2011). *Quantitative Techniques for Equity Analysis - Technical note # 7*. The World Bank.
- Townsend, P. (1987). *Deprivation*. *Journal of Social Policy*, 16, 125-146.

- Unité Études et analyses de l'état de santé de la population (2012). *Données sur le logement et la scolarité selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, recensement 2006*.
- United States Department of Health and Human Services (2011). *Healthy People 2020*. <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx> [En ligne].
- Vallin, J., Meslé, F., & Valkonen, T. (2001). *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle*.
- Weiss, L., Ompad, D., Galea, S., & Vlahov, D. (2007). *Defining neighborhood boundaries for urban health research*. *Am.J Prev.Med*, 32, S154-S159.
- Welsh Assembly Government (2005). *Inequalities in Health: The Welsh Dimension 2002-2005*. <http://wales.gov.uk/topics/health/publications/health/reports/inequalitieshealth?lang=en> [En ligne].
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social health inequities in health: Levelling up Part 1*. WHO Regional Office for Europe.
- Wilkins, R. (1980). *L'inégalité sociale face à la mortalité à Montréal, 1975-1977*. *Cahiers Québécois de Démographie*, 9, 159-184.
- Wilkinson, R. & Pickette, K. (2010). *The spirit level. Why equality is better for everyone*. London, UK: Penguin books.
- World Health Organization - Regional Office for Europe (1985). *Targets for health for all*. Copenhagen, Denmark: WHO, Europe.
- World Health Organization - Regional Office for Europe (1999). *Health21 The health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen.



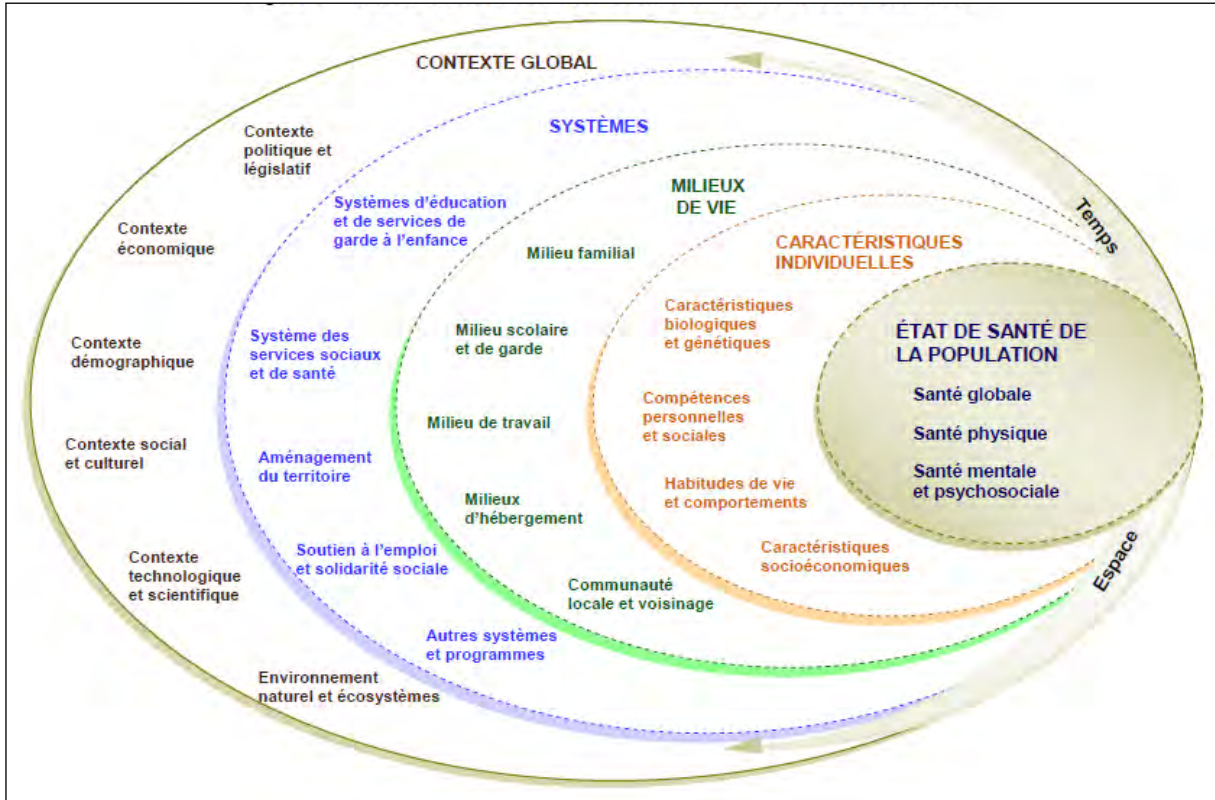


## **ANNEXE 1**

# **CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS**



## CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS





## **ANNEXE 2**

### **REGROUPEMENTS ET TYPOLOGIES D'UNITÉS DE VOISINAGE**



Regroupements et typologies d'unités de voisinage				
Article	Regroupements	Précisions	Typologie	Précisions
Shaw 2000	non		non	
Shaw 2004	non		non	
Shaw 2005	non		non	
Hayes 2002	non		non	
Pearce 2006	non		non	
Boisvert 2007	non		oui	Corrélation entre les variables de l'indice de défavorisation matérielle et sociale et « l'indice socio-sanitaire
Choinière 1991	non		non	
Courteau 1996	non		non	
Goulet 2009	non		non	
Henripin 1961	non		non	
Lebel 2007	non		non	
Loslier 1976	oui	De 384 unités (284 SR et 100 mun.) à 19 aires sociales	oui	Classification socio-économique
Loslier 1977	oui	De 37 municipalités à 5 classes	oui	Classification socio-économique
Wilkins 1980	oui	De 13 municipalités à 5 classes	oui	Selon niveau d'espérance de vie
Stafford 2008	non		non	
Riva 2008	non		non	
Gauvin 2007	non		non	
Cockings 2005	non		non	
Flowerdew 2008	non		non	
Weiss 2007	non		non	
Cutchin 2011	non		non	
Drakley 2011	non		non	
Haynes 2007	non		non	
Talalovich 2006	non		non	
Glazier 2011	oui	De cinq grandes zones à 15 plus petites régions	oui	Selon homogénéité du revenu (prop. sous SFR)
Ross 2004	non		non	
GTCD 2011	oui	CL parfois regroupées en catégories ou zones (entre 5 et 7)	oui	Classification socio-économique et consultation d'acteurs
région 02	nd		nd	
région 04	oui	Rarement	oui	voir Boisvert 2010
région 05	oui	Très souvent	oui	voir Richard 2012
région 07	oui	Toujours en rural	oui	voir ASSS Outaouais
région 08	oui	nd	oui	Classement des communautés sur l'échelle vitalité-vulnérabilité
région 09	nd		nd	
région 12	oui	voir Garant 2009	oui	voir Garant 2009
région 16	oui	voir Dallaire 2012	non	
CSSS Vieille-Capitale	non		non	
Boisvert 2010	voir ci-dessus	voir ci-dessus	oui	Typologie en 7 catégories de communautés locales : 1) communautés problématiques, 2) vulnérables, 3) avantagées, 4) aisées, 5) moyennes, 6) à surveiller ou en émergence, 7) résilientes
Richard 2012	voir ci-dessus	voir ci-dessus	oui	Typologie utilisant des éléments quantitatifs et qualitatifs Travaux en cours (réalisation prévue pour printemps 2012)
DSP Montréal 2011	non		non	
ASSS Outaouais	voir ci-dessus	voir ci-dessus	oui	Typologie en 5 catégories de communautés locales : 1) communautés vulnérables, 2) avantagées, 3) en équilibre, 4) résilientes, 5) atypiques
Garant 2009	oui	Exceptions pour validité statistique	oui	Typologie exploratoire : 1) communautés locales considérées comme très avantagées , 2) communautés locales considérées comme vivant des problématiques
Dallaire 2012	oui	Pôles de service et secteurs ruraux	non	





### **ANNEXE 3**

## **LES INDICATEURS PROPOSÉS EN REGARD D'EXPÉRIENCES VENANT DU CANADA, DE L'OMS ET DE L'ANGLETERRE**



**Les indicateurs proposés en regard d'expériences venant du Canada, de l'OMS et de l'Angleterre**

INDICATEUR	GPIAtlantic Headline indicators	Pan-Canadian Public Health Network	Manitoba Centre for Health Policy	OMS Commission déterminants sociaux	England DH Status report Marmot review Headline indicators	London Health Observatory Local basket of inequality indicators
	2008	2009	2010	2008	2008 & 2010	2012
1 <b>Espérance de vie en bonne santé à la naissance</b>	X non priorisé	Espérance de vie et perception de la santé, séparément			X proposé	X
2 <b>Mortalité prématurée</b>			X	X adulte		X
3 <b>Mortalité par suicide</b>	X	X	X	X cause spécifique		X
4 <b>Mortalité par accident de la route</b>		X		X cause spécifique	X	X
5 <b>Traumatisme sévère chez les jeunes</b>	X Tous âges					X Tous âges
6 <b>Prévalence du diabète</b>		X	X	X		X
7 <b>Incidence du cancer du poumon</b>		X				Décès chez les < 75 ans
8 <b>Naissances prématurées</b>		X				
9 <b>Fécondité chez les adolescentes</b>	Grossesses chez les ados		Grossesses chez les ados		Conceptions chez les ados	Conceptions chez les ados
10 <b>Prises en charge en protection de la jeunesse</b>						
11 <b>Obésité</b>	X	X		X		X les jeunes
12 <b>Insécurité alimentaire</b>	X	X				
13 <b>Tabagisme (fumeurs réguliers)</b>		X		X	X	Abandon sur 4 semaines
14 <b>Consommation excessive d'alcool</b>		X		Alcool, sans précision		
15 <b>Logement en piètre état</b>	X non priorisé	X		X conditions de logement	Logement non décent	
16 <b>Logement abordable</b>	X	X		X conditions de logement		X
17 <b>Mobilité résidentielle</b>	X				X Migrations sélectives	
18 <b>Jeunes sans certificat ou diplôme</b>	20-24 ans sans DES		DES en 6 ans (grade 9 à 12)		Certif. d'études secondaires	Diverses mesures

NOTE: Les rapports du *GPIAtlantic*, du *Pan-Canadian Public Health Network* et de la *Commission sur les déterminants sociaux* de l'OMS font état de propositions d'indicateurs. Le Manitoba ainsi que l'Angleterre font un suivi systématique de ces indicateurs. Les indicateurs peuvent être stratifiés selon un découpage administratif et/ou une variable de position sociale, qui peut varier.



## **ANNEXE 4**

### **LES INDICATEURS PROPOSÉS EN REGARD DE POLITIQUES, PROGRAMMES ET PLANS D'INTERVENTION AU QUÉBEC**



**Les indicateurs proposés en regard de politiques, programmes et plans d'intervention au Québec**

INDICATEUR	Politiques, programmes et plans	Sites internet	
1 <b>Espérance de vie en bonne santé à la naissance</b>	Loi sur la santé publique, Programme national de santé publique	<a href="http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&amp;file=/S_2_2/S2_2.htm">http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&amp;file=/S_2_2/S2_2.htm</a>	<a href="http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf">http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf</a>
2 <b>Mortalité prématurée</b>	Loi sur la santé publique, Programme national de santé publique	<a href="http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&amp;file=/S_4_2/S4_2.htm">http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&amp;file=/S_4_2/S4_2.htm</a>	<a href="http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf">http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf</a>
3 <b>Mortalité par suicide</b>	Centre de prévention du suicide. Plan d'action en santé mentale, MSSS, 2005	<a href="http://www.aqps.info/">http://www.aqps.info/</a> <a href="http://www.cpsquebec.ca/comment-aider/">http://www.cpsquebec.ca/comment-aider/</a>	<a href="http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPOF/Mai2011/09/c2395.html">http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPOF/Mai2011/09/c2395.html</a>
4 <b>Mortalité par accident de la route</b>	Politique de sécurité en transport, Ministère des transports, SAAQ	<a href="http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/grand_public/vehicules_promenade/securite_routiere/politique_securite_transport#cadreinter">http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/grand_public/vehicules_promenade/securite_routiere/politique_securite_transport#cadreinter</a>	<a href="http://www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/index.php">http://www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/index.php</a>
5 <b>Traumatisme sévère chez les jeunes</b>	Trousse de prévention des traumatismes à domicile survenant à de jeunes	<a href="http://www.pp01.msss.gouv.qc.ca/app/c25/C25resultats.asp?ref=PSSP-976&amp;nb=999&amp;aff=D">http://www.pp01.msss.gouv.qc.ca/app/c25/C25resultats.asp?ref=PSSP-976&amp;nb=999&amp;aff=D</a>	
6 <b>Prévalence du diabète</b>	Politique ministérielle en nutrition, MSSS (en révision)	<a href="http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf">http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf</a>	<a href="http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/prevenir.html">http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/prevenir.html</a>
7 <b>Incidence du cancer du poumon</b>	Plan de lutte au tabagisme	<a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/suijets/santepub/tabac/index.php?actions-gouvernementales-lutte-tabagisme">http://www.msss.gouv.qc.ca/suijets/santepub/tabac/index.php?actions-gouvernementales-lutte-tabagisme</a>	
8 <b>Naissances prématurées</b>	Politique de périnatalité (Prog. SIPPE)	<a href="http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf">http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf</a>	
9 <b>Fécondité chez les adolescentes</b>	Politique de périnatalité (Prog. SIPPE)	<a href="http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf">http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf</a>	
10 <b>Prises en charge en protection de la jeunesse</b>	Centres de protection de la jeunesse, Services des CSSS	<a href="http://www.acjq.qc.ca/">http://www.acjq.qc.ca/</a>	<a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/suijets/prob_sociaux/jeunesdifficulte.php">http://www.msss.gouv.qc.ca/suijets/prob_sociaux/jeunesdifficulte.php</a>
11 <b>Obésité</b>	Politique ministérielle en nutrition, MSSS (en révision)	<a href="http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf">http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf</a>	
12 <b>Insécurité alimentaire</b>	Politique ministérielle en nutrition, MSSS (en révision)	<a href="http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf">http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-208-01.pdf</a>	
13 <b>Tabagisme (fumeurs réguliers)</b>	Plan de lutte au tabagisme	<a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/suijets/santepub/tabac/index.php?actions-gouvernementales-lutte-tabagisme">http://www.msss.gouv.qc.ca/suijets/santepub/tabac/index.php?actions-gouvernementales-lutte-tabagisme</a>	
14 <b>Consommation excessive d'alcool</b>	Centres et programmes de prévention des problèmes liés à l'alcool	<a href="http://educalcoool.qc.ca/">http://educalcoool.qc.ca/</a>	<a href="http://www.cqld.ca/">http://www.cqld.ca/</a> <a href="http://www.acrdq.qc.ca/">http://www.acrdq.qc.ca/</a>
15 <b>Logement en piètre état</b>	Programmes d'aide à l'amélioration de l'habitat (SHQ)	<a href="http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupement_s/programmes/les_programmes_de_la_shq.html">http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupement_s/programmes/les_programmes_de_la_shq.html</a>	
16 <b>Logement abordable</b>	Programmes d'aide au logement social, communautaire et abordable (SHQ)	<a href="http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupement_s/programmes/les_programmes_de_la_shq.html">http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupement_s/programmes/les_programmes_de_la_shq.html</a>	
17 <b>Mobilité résidentielle</b>	Programmes d'aide au logement social, communautaire et abordable (SHQ)	<a href="http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupement_s/programmes/les_programmes_de_la_shq.html">http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupement_s/programmes/les_programmes_de_la_shq.html</a>	
18 <b>Jeunes sans certificat ou diplôme</b>	Programme de lutte au décrochage	<a href="http://www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/defi-education-emploi/decrochage-scolaire.asp">http://www.jeunes.gouv.qc.ca/strategie/defi-education-emploi/decrochage-scolaire.asp</a>	<a href="http://www.fondationlds.qc.ca/fondation.htm">http://www.fondationlds.qc.ca/fondation.htm</a>





**ANNEXE 5**

**LES INDICATEURS PROPOSÉS ET  
LES PLANS DE SURVEILLANCE AU QUÉBEC**



**Les indicateurs proposés et les plans de surveillance au Québec**

INDICATEUR	Plan	Objet, mesure ou indicateur	Ligne
1 <b>Espérance de vie en bonne santé à la naissance</b>	PCS	Espérance de vie	40
	PCS	Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé	12
	PMSM-6	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé	5
2 <b>Mortalité prématurée</b>	PCS	Mortalité prématurée	49
3 <b>Mortalité par suicide</b>	PCS	Taux de mortalité selon la cause, suicide	177
	PMSM-3	Taux de mortalité par suicide	1
4 <b>Mortalité par accident de la route</b>	PCS	Accidents de la route, taux de mortalité selon la cause	291
5 <b>Traumatisme sévère chez les jeunes</b>	PCS	Blessures à domicile, chutes non-intentionnelles, traumatismes récréatifs ou sportifs	300-301-305-303-307-308
6 <b>Prévalence du diabète</b>	PCS	Diabète, prévalence du diabète	233
	PMSM-1	Prévalence, incidence, mesures de mortalité, d'hospitalisation et d'utilisation des services de santé	
7 <b>Incidence du cancer du poumon</b>	PCS	Tumeurs, taux d'incidence de selon le siège et/ou le type de cancer	39
	PMSM-1	Siège du cancer, prévalence et survie	
8 <b>Naissances prématurées</b>	PCS	Prématurité, proportion des naissances vivantes prématurées	122, 140
9 <b>Fécondité chez les adolescentes</b>	PCS	Grossesse à l'adolescence, taux de fécondité	133
	PMSM-3	Grossesse à l'adolescence	
10 <b>Prises en charge en protection de la jeunesse</b>	PCS	Abus physiques et psychologiques, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants et adolescents, taux d'incidence des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.	160
11 <b>Obésité</b>	PCS	Poids corporel, proportion de la population se déclarant faire de l'embonpoint	52
12 <b>Insécurité alimentaire</b>	PCS	Insécurité alimentaire, proportion de la population vivant en situation d'insécurité alimentaire	103, 277
13 <b>Tabagisme (fumeurs réguliers)</b>	PCS	Tabagisme, proportion de fumeurs actuels	107 268
	PMSM-1	Proportion de fumeurs actuels (variable de croisement)	14
14 <b>Consommation excessive d'alcool</b>	PCS	Consommation d'alcool, proportion de la population présentant une consommation élevée (5 verres ou plus) d'alcool 12 fois et plus au cours d'une année	112 170
15 <b>Logement en piètre état</b>	PCS	Qualité du logement, proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures.	81
16 <b>Logement abordable</b>	PCS	Accessibilité financière du logement, répartition des ménages selon la proportion du revenu consacrée aux dépenses de propriété	106
17 <b>Mobilité résidentielle</b>	PCS	Population de 5 ans ou plus ayant déménagé 5 ans auparavant	68
	PMSM-6	Mobilité résidentielle et caractéristiques socioéconomiques	1
18 <b>Jeunes sans certificat ou diplôme</b>	PCS	Scolarité, proportion de la population sans diplôme d'études secondaires	83

PCS: Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007, MSSS, 2005

PMSM-1: Plan ministériel de surveillance multithématique. Thème 1: Habitudes de vie, comportements et maladies chroniques, MSSS, 2008

PMSM-3: Plan ministériel de surveillance multithématique. Thème 3: Environnement social et état de santé mentale et psychosociale, MSSS, 2008

PMSM-6: Plan ministériel de surveillance multithématique. Thème 6: Déterminants socioéconomiques et état de santé globale, MSSS, 2008





EXPERTISE  
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)



RECHERCHE  
ÉVALUATION  
ET INNOVATION



COLLABORATION  
INTERNATIONALE



LABORATOIRES  
ET DÉPISTAGE

Institut national  
de santé publique

Québec

