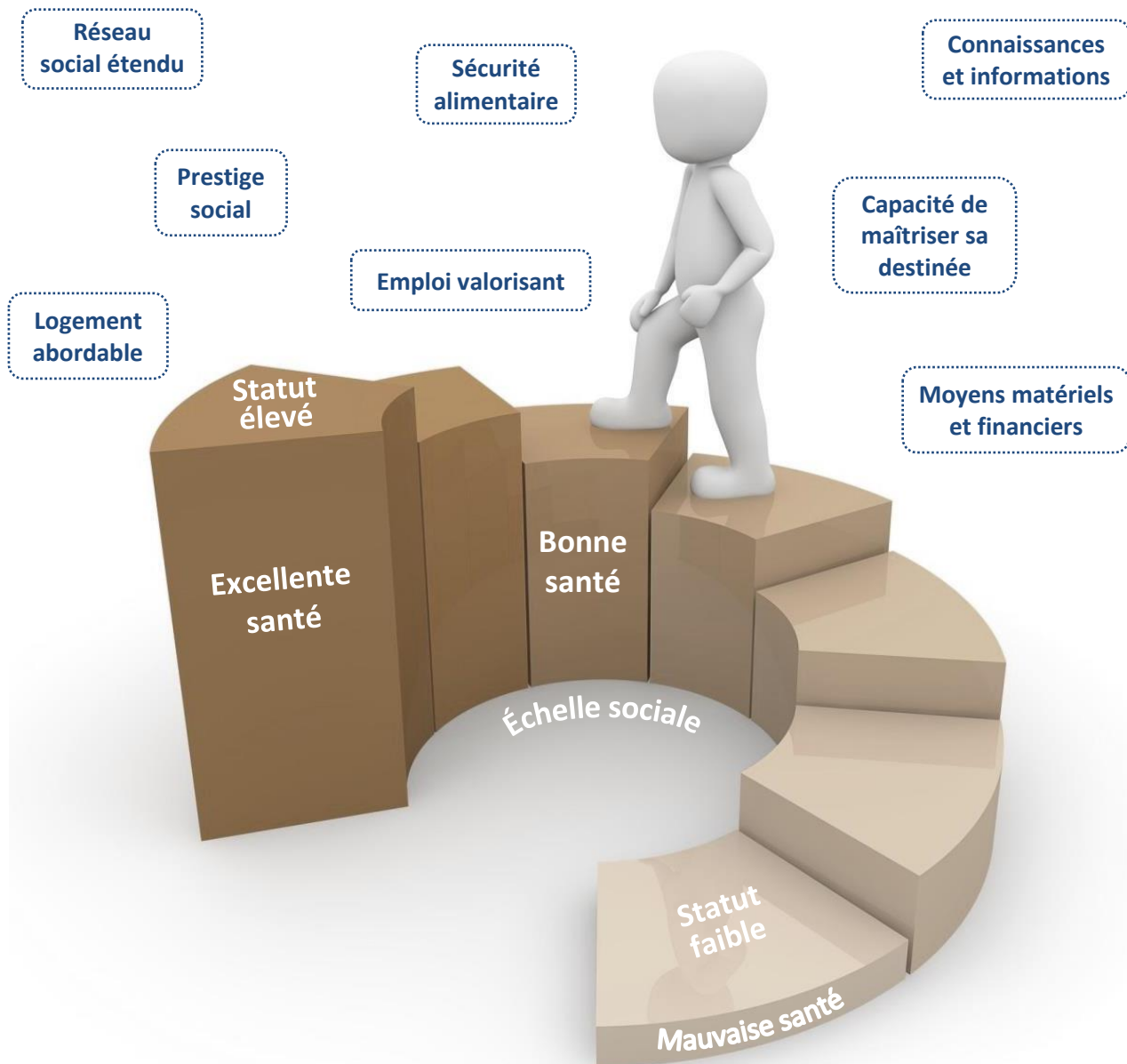


LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LANAUDIÈRE

Comment les inégalités socioéconomiques influencent la santé
Comprendre la naissance et le développement des inégalités sociales de santé



Conception, analyse et rédaction

Louise Lemire

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

Service de Surveillance, recherche et évaluation

Patrick Bellehumeur

Élizabeth Cadieux

Christine Garand

André Guillemette

Geneviève Marquis

Josée Payette

Mario Paquet

Caroline Richard

Service de promotion, de prévention et d'organisation communautaire

Claude Bégin

Chantal Sullivan

Patrick Malboeuf

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez communiquer avec :

Louise Lemire au 450 759-1157 ou sans frais au 1 800 668-9229, poste 4307 ou louise.lemire.reg14@ssss.gouv.qc.ca.

Ce document est disponible, en version électronique seulement, sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, au www.santelanaudiere.qc.ca/Sylia à l'onglet *Nos publications* sous la rubrique *Inégalités sociales de santé*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

LEMIRE, Louise. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Comment les inégalités socioéconomiques influencent la santé. Comprendre la naissance et le développement des inégalités sociales de santé*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, décembre 2016, 32 pages.

Source des images : Pixabay

Création du concept - Image couverture arrière : Micheline Clermont

© Direction de santé publique, CISSS de Lanaudière, 2016

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2016

ISBN : 978-2-550-76940-8 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : DES DÉFINITIONS UTILES À LA COMPRÉHENSION	6
Une définition des ISS	6
Des concepts et des notions associés aux ISS	7
La défavorisation, la pauvreté et la précarité	7
Le gradient social de santé	9
COMPRENDRE LA NAISSANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	10
Un modèle théorique privilégié pour expliquer les ISS	10
Les déterminants sociaux de la santé	11
Le statut socioéconomique ou la position sociale : la cause des écarts de santé	14
Un accès inégal aux ressources produisant la santé	15
La capacité de transformer en santé des ressources socialement structurées	15
L'accumulation et le renforcement des facteurs de risque et de protection durant le parcours de vie	16
COMMENT RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	19
Intervenir le plus tôt possible dans le parcours de vie	19
Des interventions qui respectent les principes de l'universalisme proportionné	21
Favoriser le développement de la capacité et du pouvoir d'agir des personnes et des communautés	22
CONCLUSION	23
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	24

INTRODUCTION

« Or, malgré l'importante amélioration de l'état de santé de la population générale, comme en attestent des indicateurs de santé publique (allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc.), force est de constater que les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable.

L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées [...]. Les inégalités sociales de santé suivent donc une distribution socialement stratifiée au sein de la population. Ce « gradient social » existe aussi tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention. » (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 1)

Contrairement aux valeurs de justice sociale, les Lanaudois, à l'instar des autres Québécois¹, ne sont pas tous égaux face aux problèmes de santé, à la maladie et, ultimement, à la mort. Même s'ils vivent dans une société riche et prospère, les individus ne profitent pas forcément d'un accès égal aux ressources qui les protègent de la maladie et qui produisent la santé. Les ressources sont aussi étroitement associées à la position qu'occupe un individu dans la hiérarchie sociale, et le fait de se situer à ce niveau du statut socioéconomique entraîne des écarts de santé. Ces inégalités sociales de santé (ISS) sont systématiques, évitables et jugées injustes par rapport aux valeurs d'équité² préconisées dans notre société.

À l'opposé des attentes et des croyances largement répandues, et malgré l'existence au Québec d'un système universel d'accessibilité aux services médicaux et de soins, des écarts de santé persistent toujours entre les individus en fonction de leur appartenance à une catégorie sociale. Malgré les efforts consentis depuis plusieurs décennies, l'importante amélioration de l'état de santé de la population observée au Québec et dans Lanaudière³ n'est pas répartie équitablement entre les groupes sociaux (Le Blanc et autres, 2011). Ainsi, il appert que les rapports sociaux génèrent des inégalités qui, à leur tour, se répercutent sur la santé de la population. Il s'agit d'un constat de première importance de l'épidémiologie sociale (Potvin, Moquet et Jones, 2010) et une des préoccupations mobilisant les autorités québécoises de santé publique (MSSS et INSPQ, 2016; MSSS, 2016).

¹ Le genre masculin utilisé dans ce fascicule désigne aussi bien les femmes que les hommes.

² Le degré d'équité d'une société est évalué en fonction de l'égalité des chances de chacun, peu importe le statut social à la naissance (Le Blanc et autres, 2011). Il s'agit d'un principe qui, en matière politique ou économique, conduit à corriger les inégalités que subissent les groupes les plus défavorisés par une répartition plus équitable des ressources. La notion d'équité en santé renvoie à la « qualification, pour chaque société, des différences qui sont socialement acceptables, compte tenu des valeurs et des conditions d'existence » (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 39). En fait, l'équité apparaît être un moyen, alors que l'égalité est le résultat (Le Blanc et autres, 2011).

³ Des indicateurs de santé comme, entre autres, la mortalité infantile, l'espérance de vie et la mortalité prématurée, permettent de mesurer les avancées en ce domaine aussi bien au Québec que dans Lanaudière (Le Blanc et autres, 2011).

C'est pourquoi le Québec s'est doté de lois, de politiques et de stratégies visant à agir sur les déterminants sociaux et à réduire les inégalités en matière de santé. L'objectif de diminuer les ISS fait partie des enjeux fondamentaux du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015), de la récente *Politique gouvernementale de prévention en santé* (MSSS, 2016) et du *Plan d'action régional (PAR) de santé publique de Lanaudière* (CISSS de Lanaudière, 2016a). Car, il importe de rappeler que réduire les ISS constitue « un défi incontournable auquel la société québécoise doit faire face avec plus de force. [...] Ce défi interpelle non seulement le gouvernement, mais aussi l'ensemble de la société » (MSSS, 2016, p.10).

Mieux connaître l'origine des écarts socioéconomiques est crucial si on veut comprendre le développement des ISS et mettre en œuvre des actions concrètes pour les diminuer. C'est d'ailleurs l'objectif principal de ce fascicule. En plus d'illustrer certains facteurs contribuant à la persistance des ISS dans Lanaudière, il veut favoriser l'émergence d'une vision et d'une compréhension communes de la problématique des ISS, ainsi que le partage d'un langage similaire sur cette question. Ce faisant, les acteurs de santé publique et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de l'intersectoriel (autres ministères, commissions scolaires, municipalités régionales de comté (MRC), municipalités, organismes de développement économique, etc.) seront mieux outillés pour contribuer à la réduction des ISS.

Ce fascicule s'inscrit dans la continuité des travaux accomplis dans ce domaine depuis presque deux décennies par le Service de Surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique (DSPublique) du CISSS de Lanaudière. Plusieurs documents du Service ont porté sur la question des ISS dans Lanaudière et sur des problématiques qui y sont reliées. Il s'agit, entre autres, des documents portant sur la persistance des inégalités de santé et de bien-être (Lemire, 2000), traitant de l'importance de la scolarité comme déterminant de la santé (Bégin et Lemire, 2005), ou sur les liens étroits entre des écarts de périnatalité, de morbidité hospitalière ou de mortalité et la défavorisation (Guillemette et Leclerc, 2008a et 2008b), ou encore de la localisation des populations vulnérables en 2006 et 2011 dans Lanaudière et ses territoires de MRC à partir de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (Guillemette, Simoneau et Payette, 2010; Guillemette, Payette et Bellehumeur, 2016).

La première partie de ce fascicule met en évidence, à la suite d'une brève revue de littérature, les définitions des termes et des concepts généralement utilisés pour comprendre le processus menant à l'apparition et au développement des ISS. La seconde partie tente d'illustrer, à partir d'un modèle théorique reconnu, les étapes de la naissance des ISS à partir des inégalités socioéconomiques et leur développement tout au long du parcours de vie. Finalement, une dernière partie est consacrée aux éléments importants à considérer dans la mise en œuvre d'actions qui pourraient aider à réduire les ISS dans Lanaudière.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : DES DÉFINITIONS UTILES À LA COMPRÉHENSION

Pour comprendre les ISS et les facteurs qui y contribuent, il faut avoir une définition commune. Il importe aussi de saisir les nuances des différents termes ou notions qui y sont souvent associés ou qui sont mis en cause dans leur origine et leur développement.

Une définition des ISS

Lorsqu'il est question des ISS dans la littérature, certaines nuances sont apportées ou précisées. De Koninck et autres (2008) font référence aux « iniquités » en matière de santé (p. 1). Potvin, Moquet et Jones (2010) précisent que les ISS concernent « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. [...Les ISS] sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps. Autrement dit, « les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau » (p. 38) ou encore, comment la position occupée dans la hiérarchie sociale exerce une influence sur le biologique.

D'autres auteurs définissent le concept comme une « différence de santé entre des individus liée à des facteurs ou des critères sociaux de différenciation (classes sociales, catégories socioprofessionnelles, catégories de revenu, niveaux d'études » (Pampalon et autres, 2013, p. 8 citant Aïach, 2000). D'autres définissent les ISS comme étant associées « aux disparités que l'on observe entre les groupes sociaux quant à l'état général de santé » (De Koninck et autres, 2008, p. 1). Lambert et autres (2014) considèrent que les écarts de santé, ou la distribution inégale de l'état de santé en fonction des déterminants sociaux, constituent les ISS. Ces dernières sont donc « plus spécifiques que les inégalités sociales dont elles découlent » (Lambert et autres, 2014, p. 3). Elles ne concernent pas les inégalités de santé reliées aux facteurs génétiques (l'hérédité) ou physiologiques (l'âge). Elles sont plutôt associées à des différences liées au statut socioéconomique et pour cette raison, elles relèvent de la justice sociale (Lambert et autres, 2014; De Koninck et autres, 2008).

Dans ce fascicule, les ISS sont définies comme étant *les différences de santé résultant des écarts sociaux existant entre les groupes socioéconomiques ou le reflet en santé de la position qu'occupe un individu dans l'échelle sociale caractérisant sa collectivité*. Ces écarts socioéconomiques ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations, y compris l'adoption d'habitudes de vie et de comportements pouvant nuire à la santé (Pampalon et autres, 2013). Les sociétés, les processus qui les caractérisent et les rapports sociaux y ayant cours produisent des différences dans la distribution des déterminants de la santé que sont l'éducation, l'emploi, le revenu, les conditions de travail, le milieu dans lequel on vit, le réseau familial et social, le logement, l'accès aux services de santé ou à d'autres ressources intimement liées à la santé. À leur tour, ces différences fragilisent les individus et se répercutent sur leur santé. Les écarts de santé ainsi produits sont ce que l'on appelle les « inégalités sociales de santé ».



Les ISS sont considérées **évitable**s, car elles peuvent être atténuées par la mise en œuvre de politiques publiques de partage de la richesse, de redistribution du revenu (par les impôts et les transferts gouvernementaux) et d'accessibilité universelle et proportionnée aux services éducatifs, de santé et de soins médicaux. Cependant, ces politiques ne suffisent pas à elles seules : elles doivent être accompagnées de programmes et d'actions visant à augmenter la participation des individus et des communautés pour développer leur plein potentiel personnel et social et leurs capacités d'agir sur leur santé (Pampalon et autres, 2013).

Les ISS sont aussi considérées **injustes**. Pourquoi une personne très défavorisée d'un point de vue socioéconomique aurait-elle une espérance de vie inférieure de huit années par rapport à une autre très favorisée? (Lambert et autres, 2014). Les inégalités proviennent, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'existence de « dynamiques inégalitaires de pouvoir et d'exclusion » [ainsi que de] certaines normes, politiques et pratiques sociales » (Lambert et autres, 2014, p. 3) qui contribuent à engendrer ou à créer les inégalités de santé.

Des concepts et des notions associés aux ISS

Comme mentionné, les ISS résultent d'inégalités socioéconomiques ou de différences liées à la scolarité, au revenu, à la catégorie sociale ou à la classe sociale d'appartenance, au métier ou à la profession. Ces écarts sociaux entraînent des écarts de santé. Cette notion d'ISS diffère toutefois des concepts de défavorisation, de pauvreté ou de précarité.

La défavorisation, la pauvreté et la précarité

En effet, la **défavorisation** fait référence à « un état observable et démontrable de désavantage relatif à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe » (Pampalon et Raymond, 2000, p.114, citant Townsend, 1987). « Des personnes sont considérées défavorisées, si pour une ou plusieurs caractéristiques socioéconomiques, elles se situent sous le niveau atteint par la majorité de la population ou sous un seuil jugé acceptable » (Guillemette, Payette et Bellehumeur, 2016, p. 4, citant Pampalon et Raymond, 2000). La défavorisation est une mesure relative d'un groupe donné par rapport à un tout ou à un ensemble qui sert de référence (Guillemette, Payette et Bellehumeur, 2016). La dimension matérielle fait référence à « l'acquisition des biens et des commodités de la vie courante » et s'apparente au concept de pauvreté et de privation, alors que la dimension sociale « se rapproche toutefois du concept de « capital social », traduisant certaines caractéristiques de l'organisation sociale telles que l'isolement ou la cohésion sociale, l'individualisme ou la coopération, l'entraide, la confiance entre personnes, etc. » (Pampalon et Raymond, 2000, p. 114). Un milieu est considéré défavorisé ou favorisé en fonction d'un territoire commun de référence. Si ce territoire de référence⁴ change, il pourrait

⁴ « Le territoire de référence correspond à l'unité géographique pour laquelle les conditions de défavorisation des aires de diffusion sont comparées » (Guillemette, Payette et Bellehumeur, 2016, p. 6). Il peut s'agir d'une région sociosanitaire, d'un territoire de MRC ou de CLSC.

aussi y avoir une identification différente de milieux défavorisés ou favorisés. C'est en ce sens qu'il s'agit d'une mesure relative d'un groupe donné.

Dans la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, le gouvernement du Québec définit, à l'article 2, la **pauvreté** comme étant « la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique ou pour favoriser son intégration et sa participation active dans la société » (CEPE, 2009, p. 17). Cette définition, assez large, met l'accent sur l'aspect multidimensionnel de la pauvreté, englobe les aspects sociaux et va « au-delà de la simple sphère économique » et du « seul manque de revenu » (Lemire et Payette, 2011, p. 2). Le fait de « vivre en situation de pauvreté implique un plus grand niveau de stress, un plus grand sentiment d'absence de contrôle de sa vie et de devoir composer avec moins d'opportunités et de ressources que les populations plus nanties matériellement ou socialement » (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 37).



Enfin, la **précarité** est reliée à l'instabilité et à la fragilité des situations de vie des personnes et « fait référence aux incertitudes et aux aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment » (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 36). La précarité est donc définie comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives » (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 36-37, citant Wresinski, 1987). Ces absences de sécurité peuvent se manifester à plusieurs niveaux et à différents moments du parcours de vie des personnes. On peut penser à diverses formes d'insécurité que peuvent vivre les personnes et les familles à certains moments de leur vie, qu'elles soient financière, alimentaire ou relative à l'accessibilité à un logement convenable et à coût abordable, etc.

Le gradient social de santé

Dans la plupart des sociétés post-industrialisées, « les écarts de santé au sein d'une population sont « gradués » en fonction de certains facteurs » (De Koninck et autres, 2008, p. 2). Les différences ou les écarts se modulent selon le statut socioéconomique des individus ou de leur position dans la hiérarchie sociale.



« Plus les individus sont désavantagés socialement, plus ils le sont sur le plan de la santé » (Pampalon et autres, 2013, p. 8). Ainsi, les individus se situant au plus haut de l'échelle sociale ont généralement un meilleur état de santé que ceux se situant juste au-dessous, eux-mêmes bénéficiant d'une meilleure santé que ceux qui leur succèdent, et ainsi de suite jusqu'aux personnes les plus démunies (Potvin, 2009). Le gradient social de santé s'apparente à « l'image d'un escalier : plus l'individu grimpe les marches du statut socioéconomique, plus les indicateurs de l'état de santé, comme la mortalité et la morbidité, lui sont favorables. Les marqueurs de l'état de santé ont tendance à se dégrader à mesure que le statut social de l'individu s'amointrit » (Lemire et Garand, 2010, p. 8). Il existe un continuum de santé entre les deux extrémités de l'échelle sociale, et c'est ce constat qui était novateur. Les ISS ne se réduisent pas seulement à l'état de santé des groupes sociaux se situant aux deux extrêmes de la hiérarchie sociale. Elles concernent aussi les autres paliers de l'échelle sociale qui se caractérisent par un état de santé qui leur est propre.

Le constat de l'existence d'un gradient social de santé est de première importance. Il a été révélé la première fois par le *Rapport Black* paru en 1980. Cette démonstration constitue l'un des résultats les plus marquants et les plus robustes en épidémiologie sociale et en santé publique (Potvin, Moquet et Jones, 2010). Ce rapport a démontré, à partir « d'un suivi longitudinal de cohortes appartenant à différents milieux sociaux en Grande-Bretagne » (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 39), qu'il existe des différences de santé importantes entre les groupes sociaux⁵ selon leur situation dans la hiérarchie sociale. Ces écarts de santé persistent malgré l'instauration d'un système d'accès universel gratuit aux soins de santé et l'amélioration générale des conditions de vie et de travail de la population observées dans ce pays dans les décennies précédentes (Potvin, Moquet et Jones, 2010).

Plus près de nous, contrairement aux croyances longtemps répandues, la création d'un système public d'accès gratuit aux soins de santé et médicaux au Québec n'a pas fait disparaître les ISS. Il subsiste toujours des écarts sociaux face à la maladie et à la mortalité et ces inégalités semblent persister, et même s'aggraver dans certains cas (Lambert et autres, 2014).

⁵ Le développement de la médecine à partir des années 1950 laissait présager que les inégalités de santé qui se manifestaient entre les plus riches et les plus pauvres s'estomperaient grâce à un accès gratuit aux services et aux soins médicaux. Les recherches en santé publique ont émis des critiques à l'égard de cette croyance. « Le développement des connaissances en santé publique est venu remettre en cause cette illusion médicale puisque les recherches sur les causes des maladies chroniques et des différents taux de mortalité entre groupes sociaux concluaient à l'existence de causes « sociales » ou de déterminants sociaux de la santé pour lesquelles la médecine se révélait impuissante » (Lambert et autres, 2014, p. 5), causes qui échappent à la seule pratique médicale et à la dispensation des soins de santé.

Le gradient social de santé est associé à la présence d'inégalités socioéconomiques dans une société ou un pays. Le Canada et le Québec n'y échappent pas. D'après Pampalon et autres, (2013), le « 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 » (p. 8). Plus les inégalités socioéconomiques sont prononcées ou que les différences entre les groupes sociaux sont marquées, plus grands seront les écarts de l'état de santé au sein de la population (Poirier et Maranda, 2007). Pampalon et autres (2013) soulignent que « 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 » (p. 10).

En somme, on peut affirmer que plus un pays met en œuvre des politiques publiques visant à réduire les inégalités entre les groupes sociaux, plus les inégalités de santé devraient s'amenuiser. À l'inverse, les pays qui accordent moins d'importance à ces politiques publiques et qui consacrent moins de ressources à atténuer l'importance des écarts socioéconomiques paient le prix en termes de performance des indicateurs de l'état de santé de leur population⁶.

COMPRENDRE LA NAISSANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Un modèle théorique privilégié pour expliquer les ISS

Plusieurs modèles théoriques plus ou moins dynamiques sont proposés dans la littérature pour comprendre la genèse, le développement et la persistance des ISS. Tous ces modèles tentent de décrire et d'expliquer les mécanismes qui conduisent à la production des ISS. Ils permettent d'expliquer comment les contextes sociaux génèrent une stratification qui influence à son tour la santé des individus. Ces modèles sont complexes et multidimensionnels. Ils prennent en compte l'interaction simultanée de plusieurs facteurs individuels, sociaux, politiques, économiques, communautaires et culturels qui exercent une influence sur la santé, à chacune des étapes de la vie.

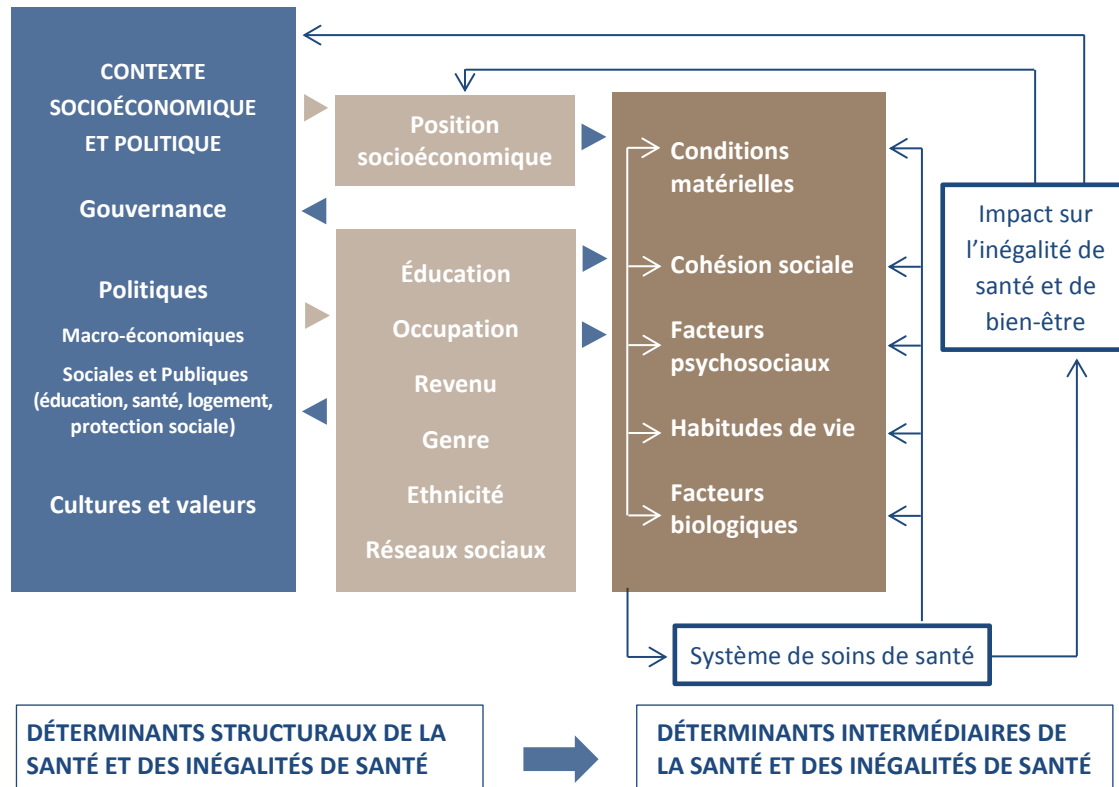
La plupart de ces cadres de référence sont basés sur des fondements conceptuels similaires ou qui s'apparentent. Toutefois, ils présentent des divergences quant à l'intégration ou non de la perspective du parcours de vie qui met l'accent sur les événements et les conditions de vie du plus jeune âge, la prise en compte ou non de l'impact de la mauvaise santé sur le statut social et économique⁷, l'importance accordée aux mécanismes biologiques, etc.

⁶ L'Indice mondial de progrès social (Social Progress Index) permet de classer les pays selon les avancées en matière d'environnement, de justice et d'équité sociales ainsi que des politiques existantes pour combler les besoins primaires de la population en matière d'alimentation, de logement et de soins de santé de leur population. En 2015, un pays riche et prospère comme les États-Unis se situe au premier rang pour la mesure du Produit intérieur brut (PIB) par habitant et au 19^e rang en ce qui a trait à l'Indice mondial de progrès social. Ce même pays arrive au 40^e rang en ce qui concerne l'accès aux études supérieures, au 37^e pour l'accès aux services médicaux de base et au 27^e pour la sécurité personnelle. En termes de santé et de mieux-être, le Pérou et le Panama devancent les États-Unis. Cet indice montre bien que la richesse d'un pays ne se mesure pas seulement par sa croissance économique, mais bien par les politiques et les mesures qu'il met en œuvre pour réduire les inégalités socioéconomiques qui caractérisent sa population et pour favoriser la qualité de vie et le bien-être de tous (Boulanger, 2016).

⁷ Cette idée consiste à mettre en évidence le fait que les personnes ayant un mauvais état de santé peuvent perdre leur travail ou vivre de la précarité économique et financière en raison de leur santé défaillante. Dans ce cas précis, c'est l'effet inversé, puisque c'est le mauvais état de santé qui influence le statut socioéconomique.

Le modèle le plus utilisé est celui de l'OMS. Il s'agit du modèle que la Commission des déterminants sociaux de la santé⁸ (CDSS) a utilisé lors de ses travaux (OMS, 2009). L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) s'en est aussi inspiré pour faire la surveillance des ISS au Québec (Pampalon et autres, 2013).

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



Source : Pampalon et autres, 2013, p. 10.

Les déterminants sociaux de la santé

Peu importe le pays, il existe des facteurs qui contribuent à la naissance des inégalités socioéconomiques au sein d'une société et qui façonnent les inégalités de santé. L'OMS définit les déterminants sociaux comme étant les caractéristiques de l'environnement social ou les circonstances dans lesquelles « les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (OMS, 2009, p. 2). « Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays » (OMS, 2009, p. 1).

⁸ Cette commission de l'OMS a été formée en 2005 et était présidée par l'épidémiologiste britannique Michael Marmot. L'objectif était « d'étudier les données disponibles pour en tirer des recommandations relatives aux interventions et aux politiques efficaces afin d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités en matière de santé » (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 44).



Les déterminants sociaux de la santé peuvent être subdivisés en deux grandes catégories : les déterminants structurels ou structuraux [selon les auteurs] et les déterminants intermédiaires. Les **déterminants structurels** font référence aux dimensions associées aux contextes socioéconomique et politique qui caractérisent un pays, à la prospérité économique qui y est vécue, et aux mécanismes de protection sociale (et de sécurité sociale) mis en place par les États. Ce sont les politiques sociales ou publiques favorisant la répartition de la richesse par les impôts, celles facilitant l'éducation et la scolarisation de la population ou l'intégration au marché du travail. Ce sont aussi les politiques de protection sociale comme celles de lutte à la pauvreté ou à l'exclusion sociale, de soutien au revenu pour les populations plus vulnérables (personnes handicapées physiques ou intellectuelles, aînés à faible revenu, etc.), ou celles favorisant l'accès à des logements de qualité, à coût abordable (politiques de logement social⁹, habitations à loyer modique (HLM) dans les municipalités), etc. Les transferts gouvernementaux¹⁰ sont souvent les moyens par lesquels ces politiques de sécurité du revenu ou de protection sociale des gouvernements s'actualisent dans la vie quotidienne.

Les **déterminants intermédiaires** englobent des facteurs qui influencent les individus dans leur choix et dans leur vie, à toutes les périodes qu'ils expérimentent au cours de leur existence. Ils comprennent un ensemble d'éléments faisant référence aux conditions matérielles associées aux milieux de vie (au travail, à la maison, dans le quartier) ainsi qu'aux caractéristiques liées à la dimension sociale relative aux communautés (solidarité, cohésion sociale, sentiment d'appartenance à la communauté et de confiance entre les individus, vie communautaire). Ce sont également les facteurs psychosociaux, comme l'exposition au stress, associés aux événements négatifs de la vie, aux difficultés financières, à l'organisation et à la précarité du travail provoquant l'insécurité financière. Ce sont aussi les stress psychosociaux conduisant à adopter des comportements à risque pour la santé, comme la consommation excessive d'alcool ou de drogues, etc. (Pampalon et autres, 2013). Ces facteurs psychosociaux comprennent également les habiletés ou les compétences personnelles et sociales comme le sentiment d'efficacité personnelle, la capacité d'agir sur sa vie et de maîtriser sa destinée, etc.

Les habitudes de vie et les comportements non favorables à la santé jouent un rôle primordial dans la naissance et le développement des inégalités de morbidité et de mortalité (Pampalon et autres, 2013). Ce sont des facteurs de risque sur lesquels il est important d'agir afin d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire les ISS (SSRE, 2016). Il importe de souligner que l'adoption de ces habitudes de vie et de ces comportements moins favorables à

⁹ Le logement, qu'il soit possédé ou loué, s'avère être un facteur déterminant de l'état de santé d'une population. L'état physique du logement, sa vétusté et sa salubrité sont des conditions associées au développement de maladies respiratoires. Le manque de ressources financières peut contraindre les individus et les familles à vivre dans des logements de piètre qualité. C'est pourquoi, les mesures publiques favorisant l'accessibilité à des logements de qualité, à prix modique ou à coût abordable, font également partie des politiques contribuant à réduire les ISS (Hamel et Talbot, 2007).

¹⁰ Les transferts gouvernementaux sont des prestations directes en argent versées aux particuliers et aux familles par les administrations gouvernementales (fédérale, provinciale ou municipale). Ils englobent tout un éventail de programmes conçus pour procurer une aide au revenu, que celle-ci soit permanente ou temporaire (Statistique Canada, 2013).

la santé par les individus ne dépendent pas seulement de leur bonne volonté, mais aussi des contextes physique, économique, politique, social et communautaire dans lequel ils vivent et ils évoluent (Hamel et Talbot, 2007).



Les facteurs biologiques comme le sexe, l'âge ou le bagage génétique des individus sont des éléments qui « peuvent interagir avec les habitudes de vie et moduler l'impact de ces habitudes de vie sur les inégalités sociales de santé » (Pampalon et autres, 2013, p. 11). Par exemple, dans Lanaudière comme au Québec, la consommation excessive d'alcool est généralement plus fréquente parmi les jeunes adultes de 18-24 ans, en particulier les jeunes hommes (Guillemette et autres, 2009; Statistique Canada, 2016).

À l'inverse, les aînés sont plus susceptibles d'être sédentaires dans leurs loisirs que les plus jeunes (Bellehumeur, 2015). Aussi, l'hérédité est reliée au fait de présenter de l'hypercholestérolémie familiale (taux élevé de cholestérol dans le sang) (Lemire et Garand, 2010).

Finalement, sont considérées dans ces déterminants sociaux intermédiaires, les différences dans l'accès aux services et aux soins de santé qui pourraient varier selon la position sociale (Le Blanc et autres, 2011). L'utilisation des services de santé et sociaux de première ligne est-elle la même, peu importe le revenu et le statut socioéconomique¹¹? L'utilisation des services médicaux et de soins de santé varie-t-elle selon la présence ou non d'assurances collectives dans le milieu de travail permettant au besoin d'avoir recours à des ressources privées? « En dépit de son caractère universel, le système de santé laisse de côté de nombreuses personnes. [...] la gratuité seule ne permet pas d'enrayer les inégalités sociales de santé. Plus encore : quand il s'agit de services peu assurés comme les soins dentaires ou la psychothérapie¹², l'accessibilité est également réduite pour de nombreux travailleurs, assistés sociaux ou retraités à faible revenu » (Le Blanc et autres, 2011, p. 14).



¹¹ Les travaux de recherche sur l'indice de défavorisation ont aussi montré que, dans un CLSC-type, l'utilisation des services psychosociaux courants, ainsi que le recours aux services de santé mentale, ont tendance à augmenter avec la défavorisation matérielle et sociale (Philibert et autres, 2002; Pampalon, Philibert et Hamel, 2004). Les personnes plus favorisées, soit parce qu'elles profitent d'un programme d'assurance ou qu'elles disposent des moyens financiers plus substantiels, pourraient avoir davantage accès à des ressources exerçant dans le privé comme les psychologues, les psychiatres en thérapies privées et les thérapeutes sociaux.

¹² Dans le rapport du Directeur de santé publique de Montréal de 2011 (Le Blanc et autres, 2011), il est mis en évidence que la « médecine dentaire et la psychothérapie s'avèrent être « deux autres domaines où la fréquentation d'un professionnel est particulièrement conditionnée par le niveau socioéconomique de la personne » (p. 13). Les coûts importants des soins offerts par le dentiste et l'absence fréquente d'assurance privée sont des facteurs qui peuvent expliquer pourquoi les travailleurs pauvres et les personnes des milieux défavorisés consultent peu à titre préventif et ne vont voir un dentiste que lorsqu'un problème ou la douleur se fait sentir (Le Blanc et autres, 2011).

Le statut socioéconomique ou la position sociale : la cause des écarts de santé

Dans le modèle théorique de l’OMS, les inégalités socioéconomiques sont considérées comme la « cause des causes » (Pampalon et autres, 2013; Potvin, Moquet et Jones, 2010; Lambert et autres, 2014). Ces écarts prennent leur origine dans l’exposition ou dans la distribution inégale des déterminants sociaux au sein d’une population (Pampalon et autres, 2013). L’accès aux ressources associées à ces déterminants sociaux est lui-même influencé par les contextes politique, social et économique existant dans un pays ou dans une province. Les politiques publiques viennent agir sur l’organisation des sociétés et cette organisation est à l’origine de la position sociale qu’occupent les individus. Ces politiques, ces programmes et ces mesures de protection ou de sécurité sociale soutenus par les États jouent un rôle majeur dans l’amélioration de l’environnement socioéconomique et des conditions de vie de la population, ce qui a un impact sur leur santé et sur la réduction des ISS.

La position sociale ou le statut socioéconomique joue donc un rôle central dans l’apparition et le développement des ISS. Cette position place un individu par rapport aux autres dans l’échelle socioéconomique, car chacun affiche un niveau de scolarité, de revenu et un statut social dans la société qui le classe relativement aux autres. D’après Pampalon et autres (2013), « là où les différences de revenu sont grandes, les distances sociales le sont également et la stratification sociale plus importante » (p. 10). Or, les gens sont sensibles à ces écarts des conditions de vie se manifestant aux différents échelons du statut socioéconomique (Pampalon et autres, 2013).

La position sociale que l’individu occupe correspond à un niveau d’accès à des ressources matérielles, comportementales et psychosociales, ainsi qu’à un degré d’exposition à des facteurs de risque ou de protection qui, en se combinant, produisent un niveau de santé (Potvin, Moquet et Jones, 2010). Dans la littérature, la position socioéconomique « est souvent présentée comme la « *cause des causes* », car elle conditionne d’autres facteurs d’importance qui agissent sur la santé » (Pampalon et autres, 2013, p. 10). On pense aux conditions matérielles dans lesquelles les individus vivent, aux facteurs psychosociaux, aux modes de vie, aux habitudes et aux comportements favorables à la santé qu’ils adoptent ou non, à la cohésion sociale et à la solidarité dont ils profitent dans leur communauté, ou dont ils sont privés, etc. Tous ces facteurs sont considérés comme des déterminants sociaux intermédiaires de santé ou des ressources qui produisent la santé.

Un accès inégal aux ressources produisant la santé



Malheureusement, les personnes ne profitent pas d'un accès égal aux ressources déterminantes pour la santé que sont une scolarité suffisante, un emploi stable, un revenu décent, un logement abordable et un réseau d'aide et d'entraide de qualité. Associées à la position sociale qu'occupe un individu, ces ressources procurent des connaissances, de l'information et des moyens intellectuels, matériels et financiers. Elles offrent un éventail de possibilités de réussite personnelle et sociale. Elles permettent de développer des compétences et des habiletés personnelles et sociales favorisant la maîtrise de sa destinée, la capacité d'agir sur sa vie, de même que l'accès à un réseau social étendu bénéfique en cas de difficultés et de problèmes. La position sociale favorise donc l'accès à des ressources comme l'argent, l'information, le pouvoir, le prestige et un réseau social étendu. Ce sont ces ressources, selon l'étude de Link et Phelan (1995)¹³ citée dans Lambert et autres (2014), qui produisent la santé parce qu'elles offrent un effet protecteur.

La capacité de transformer en santé des ressources socialement structurées

Si l'accès à ces ressources est conditionné par le statut socioéconomique, la capacité que les individus ont de les transformer en santé est aussi socialement structurée. Les personnes ne bénéficiant pas pleinement de ces ressources favorables à la santé peuvent être exposées, dès la naissance et tout au long de leur parcours de vie (de la petite enfance à la vieillesse, en passant par l'adolescence et l'âge adulte), à de plus grands risques, en raison des inégalités socioéconomiques dont elles sont victimes. Selon les auteurs ayant étudié les trajectoires de vie, « les risques sociaux et sanitaires, tout comme les facteurs protecteurs, s'accumulent et se renforcent. Ainsi, à tout moment de la vie, l'état de santé d'un individu reflète et résulte de l'ensemble de ses expériences antérieures. Ceux qui partent avec un déficit ont souvent plus de difficultés à transformer les ressources de l'environnement en santé » (Potvin, 2009, p. 2)¹⁴. Si la distribution et l'exposition aux risques sont socialement structurées, il en va de même pour la capacité des individus de transformer en santé les ressources de leur environnement (Potvin, Moquet et Jones, 2010).

¹³ Les travaux de deux sociologues américains, Link et Phelan, portant sur la « théorie des causes fondamentales » sont éclairants. Pour ces auteurs, les causes fondamentales des inégalités de santé, peu importe les maladies ou les facteurs de risque considérés, résident dans le difficile accès aux ressources qui produisent la santé qui, lui, résulte du statut socioéconomique. Pour eux, les causes fondamentales des ISS sont liées aux « différences de revenus, de richesse et de pouvoir » présentes dans une société (Lambert et autres, 2014, p. 6). Toujours selon ces auteurs, les interventions visant à réduire les ISS doivent s'attaquer en priorité à améliorer l'accès à ces ressources reliées au statut socioéconomique. Ils proposent de réduire les inégalités dans l'accès aux ressources favorables à la santé avec des mesures qui concernent la sécurité sociale, l'accès aux études, le soutien au revenu, l'accès à l'emploi, le logement social, les congés parentaux, etc. (Lambert et autres, 2014).

¹⁴ Cet auteur montre, à partir des données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ, 1998-2002) que « les bébés qui naissent prématurément dans des familles à plus faible revenu ont des probabilités plus élevées d'être en déficit de santé par rapport aux bébés nés à terme et par rapport aux bébés prématurés qui naissent dans des familles dont le revenu est suffisant » (Potvin, 2009, p. 2).



Ce constat révèle l'existence de barrières et d'obstacles dont la présence et la fréquence varient en fonction de la position dans la hiérarchie sociale. En fait, selon la place occupée dans l'échelle sociale, l'accès aux ressources qui produisent la santé, de même que la capacité à retirer le maximum de bénéfiques des interventions qui leur sont destinées¹⁵ s'en trouvent aussi affectés (Potvin, 2009). Les personnes se situant au plus bas de l'échelle sociale connaissent davantage de freins à l'accessibilité à ces ressources et à la capacité de les transformer en santé. Les barrières ou les obstacles¹⁶ peuvent être de divers ordres et concerner le manque d'argent et le coût de services, le manque d'informations ou de connaissances, l'absence de moyens de transport pour participer à une activité, l'absence ou la faiblesse du réseau social ou de contacts sociaux utiles en cas de difficultés ou de problèmes, la peur d'être jugé, les croyances et les représentations sociales liées à une classe ou à une culture différente, etc. L'accès à ces ressources produisant la santé est aussi différencié selon l'appartenance à des groupes sociaux et est influencé par les expériences du parcours de vie.

L'accumulation et le renforcement des facteurs de risque et de protection durant le parcours de vie

Tous les enfants ne viennent pas au monde dans des familles disposant d'un accès égal aux ressources affectives, matérielles, économiques, financières, sociales et communautaires (Poirier et Maranda, 2007). Force est de constater que la petite enfance s'avère une période jouant un rôle crucial dans la production des ISS et leur persistance au cours de la vie.

Dès la grossesse, les différences associées aux caractéristiques socioéconomiques viennent jouer un rôle important sur la santé de la mère et du bébé à naître. Les mères de milieux défavorisés donnent davantage naissance à des bébés prématurés, de faible poids ou ayant un retard de croissance intra-utérine. Les résultats de l'ÉLDEQ 1998-2002 démontrent aussi que la faible position sociale de la famille est reliée, chez les enfants de moins de 4 ans, à une prévalence plus élevée d'asthme, d'hyperactivité ou d'inattention, de non-consultation d'un pédiatre, ou d'un dentiste ou encore à une hospitalisation d'au moins une nuit à l'hôpital (Paquet et Hamel, 2005).



¹⁵ Potvin (2009) a montré que les taux d'abandon du tabagisme reflètent un gradient puisque « les personnes ayant une éducation universitaire ont les taux d'abandon les plus élevés, suivi par celles qui ont une formation technique avancée, et ainsi de suite jusqu'aux moins éduquées » (p. 3). Pour Potvin, ce constat illustre la capacité inégale des individus à profiter des programmes préventifs qui leur sont offerts et de transformer ces ressources en santé en raison de leur position différente dans la hiérarchie sociale (Potvin, 2009).

¹⁶ Poissant (2016) illustre quelques-unes de ces barrières. Pour les familles, le manque de temps, le stress de la vie quotidienne, le faible niveau de connaissances, le faible niveau de littératie des parents, la peur d'être dénoncées aux instances de protection de l'enfant sont des exemples d'obstacles pour participer à un programme préventif. D'autres obstacles sont reliés aux aspects interpersonnels. Il s'agit de l'attitude de jugement ou l'insensibilité de ceux qui offrent le programme, le manque de reconnaissance des enjeux culturels ou de ceux associés à la distance sociale, ou encore l'incapacité de reconnaître les forces des familles (Poissant, 2013; 2016).

La même relation a été démontrée dans Lanaudière (Guillemette et Leclerc, 2008a). Comparativement aux plus favorisés, les groupes de mères les plus défavorisées présentent des taux de fécondité plus élevés chez les plus jeunes, de même que des pourcentages supérieurs de bébés prématurés, ayant un faible poids, ou encore présentant un retard de croissance intra-utérine. En outre, on remarque que les taux de morbidité hospitalière chez les bébés de milieux plus défavorisés ont tendance à s'accroître avec la défavorisation matérielle, alors que les taux de mortalité infantile semblent plutôt croître avec la défavorisation sociale (Guillemette et Leclerc, 2008a).

Les résultats québécois de l'ÉLDEQ montrent aussi que l'allaitement des bébés, de même que l'implication et le soutien des grands-parents, pourraient avoir des effets protecteurs sur les jeunes enfants, atténuant les impacts négatifs de la faible position sociale (Paquet et Hamel, 1995; Le Blanc et autres, 2011). En outre, les résultats d'une étude longitudinale britannique révèlent que « les enfants ayant un certain retard cognitif avant deux ans ont tendance à rattraper ce retard dans les années subséquentes lorsqu'ils proviennent de familles favorisées, alors que ce retard est plus difficile à rattraper lorsque l'enfant provient d'une famille à faible revenu » (Poissant et Gamache, 2016, p. 3). Et « les enfants qui vivaient en bas âge dans ces milieux défavorisés sont 2,3 fois plus susceptibles d'avoir des difficultés dans leur parcours scolaire à l'âge de 15-16 ans (Poissant et Gamache, 2016, p. 3 citant Chittleborough et autres, 2014). Ces difficultés sont elles-mêmes reliées à des échecs scolaires plus fréquents et à un taux de décrochage au secondaire plus élevé.

Ces données démontrent bien toute l'importance d'un bon départ dans la vie. D'autres résultats de l'ÉLDEQ illustrent comment des premières expériences de vie peuvent être déterminantes pour l'adaptation et la réussite future des enfants. Ainsi, « près de la moitié des enfants (46 %) considérés comme vulnérables dans au moins un domaine de leur développement à l'entrée à l'école présentaient un rendement scolaire sous la moyenne en quatrième année du primaire, selon leur enseignante, alors que cette situation concerne seulement 14 % des enfants non vulnérables. Dans le domaine du développement cognitif et langagier, ces proportions se situent à 62 % comparativement à 16 % » (Desrosiers, Tétreault et Boivin, 2012, p. 4).



Dans Lanaudière comme au Québec, dès l'arrivée à la maternelle, une proportion appréciable d'enfants manifeste déjà un retard de développement dans au moins un domaine de développement associé à la maturité scolaire¹⁷. C'est le cas de près du quart des élèves lanaudois lors de leur entrée à la maternelle. Cette proportion est plus élevée en milieux défavorisés et parmi ceux qui n'ont pas fréquenté régulièrement un service de garde, peu importe le type, avant d'entrer à la maternelle (Bellehumeur, Marquis et Desjardins, 2014).

¹⁷ La proportion d'enfants affichant une vulnérabilité dans un seul domaine est de 12 % et la moitié des enfants vulnérables le sont dans un domaine (12 % sur 23 %) (Bellehumeur, Marquis et Desjardins, 2014).



D'autres résultats de l'ÉLDEQ mettent aussi en évidence le fait que les jeunes qui vivent dans une famille ayant un revenu familial plus faible présentent, à 7 ans comme à 12 ans, un profil de risque de décrochage scolaire moins favorable. Les enfants à risque de décrochage « sont plus susceptibles de provenir de milieux économiques défavorisés et ont plus souvent des parents qui peinent à fournir un encadrement et un soutien optimal en matière de scolarisation ou d'apprentissage. Une priorité doit donc être accordée aux enfants de milieux défavorisés et à leurs parents » (Janosz et autres, 2013, p. 15). Or, dans Lanaudière, le taux de décrochage, bien qu'ayant connu une baisse appréciable ces dernières années, se situe malgré tout à un niveau élevé principalement dans le Nord de Lanaudière¹⁸ (SSRE, 2016).

Les résultats lanaudois de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* illustrent également l'importance du statut socioéconomique favorable de la famille des élèves du secondaire. Il s'agit d'un facteur important de protection pour un ensemble d'habitudes de vie, de comportements néfastes à la santé, de problèmes sociaux et de santé qui les affectent (CISSS de Lanaudière, 2016b).

Il est connu que des risques pour la santé varient en fonction des différents milieux de travail et de vie dans lesquels les personnes évoluent. On pense à celles ayant un travail épuisant, caractérisé par des gestes répétitifs, aux travailleurs exposés à des produits chimiques, à ceux qui sont en position debout de longues périodes ou qui doivent manipuler de lourdes charges ou encore qui travaillent dans des milieux présentant des risques accrus de blessures et d'accidents. Des travailleurs doivent aussi exercer leurs activités dans des conditions très stressantes. Il en va de même pour des différences reliées aux environnements physiques. Plusieurs personnes moins bien nanties doivent vivre dans des environnements moins sécuritaires, plus détériorés, présentant des risques pour la santé (moins d'accessibilité économique à des aliments sains de qualité, des logements vétustes et délabrés, etc.) (Pampalon et autres, 2013). La qualité sociale des milieux de vie peut aussi avoir un impact important sur la santé. Ce sont les facteurs de cohésion et de solidarité sociales, le degré de confiance que les individus établissent entre eux, l'entraide qui se manifeste au sein d'une communauté ou encore les caractéristiques favorables de la vie communautaire qui sont alors mis en cause.



Les déterminants sociaux sont aussi reliés à l'adoption de modes de vie et de comportements défavorables à la santé. Dans Lanaudière, des différences importantes sont observées selon le statut socioéconomique des personnes en lien avec l'adoption de plusieurs habitudes de vie et comportements moins favorables à la santé. Les personnes moins scolarisées et celles ayant les plus faibles revenus sont plus nombreuses, en proportion, à fumer et à être exposées à la fumée de cigarette, à ne pas pratiquer suffisamment d'activités physiques de loisir, à ne pas

¹⁸ L'analyse des données socioéconomiques révèle que le Nord de Lanaudière est défavorisé à bien des égards, entre autres, en ce qui concerne les niveaux de scolarité et de revenu (SSRE, 2016). Les travaux de Guillemette, Payette et Bellehumeur (2016) sur l'indice de défavorisation matérielle et sociale permettent de localiser sur le territoire les populations les plus défavorisées.

consommer assez fréquemment des fruits et des légumes et à faire partie des personnes déclarant présenter de l'hypertension artérielle (SSRE, 2016; Lemire et Garand, 2010).

En outre, la combinaison de plusieurs habitudes de vie et de comportements néfastes à la santé a un effet multiplicateur sur le risque général de développer une maladie chronique (Guillemette 2016a; 2016b). Dans Lanaudière, environ les trois quarts des adultes présentent au moins un de ces facteurs de risque associés aux maladies chroniques, ce qui montre que certaines personnes pourraient être plus susceptibles que d'autres d'être atteintes de maladies chroniques parce qu'elles cumulent plusieurs habitudes et comportements néfastes à la santé (SSRE, 2016; Guillemette 2016b; Lemire et Garand, 2010). Cet ensemble de facteurs de risque et de comportements moins favorables à la santé, tout comme les effets protecteurs de certains autres, interagissent et s'additionnent tout au long d'une vie et se traduisent par plus ou moins de problèmes de santé, et par une mortalité plus ou moins prématurée.

Finalement, des travaux portant sur l'indice de défavorisation dans Lanaudière montrent que les inégalités sociales sont associées aux risques accrus d'être hospitalisés ou de décéder pour les 15 à 74 ans. En effet, les taux de morbidité hospitalière et de mortalité sont significativement plus élevés parmi les plus démunis matériellement et les plus isolés socialement, comparativement aux mieux nantis. Cette relation est vérifiée aussi bien chez les femmes que chez les hommes, et pour plusieurs causes de morbidité et de mortalité. On fait référence aux cancers, et plus particulièrement à celui du poumon, aux maladies respiratoires, aux maladies cardiovasculaires, au diabète, au suicide et aux accidents (Guillemette et Leclerc, 2008b).

COMMENT RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Intervenir le plus tôt possible dans le parcours de vie



Comprendre la genèse et le développement des ISS permet de saisir toute l'importance de prendre en considération des éléments du modèle théorique afin de réduire les écarts sociaux de santé. Des actions sont possibles si un certain nombre de critères sont pris en compte. L'objectif de réduction des ISS rejoint les préoccupations de plusieurs acteurs de la société, dont les autorités de santé publique du Québec.

« Comme l'écrivait Sir Michael Marmot dans son rapport pour la *Commission des déterminants sociaux de la santé*, on peut combler le fossé des inégalités sociales de santé en une génération en s'attaquant aux inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources et en améliorant les conditions de la vie quotidienne des plus démunis. Tous les paliers de gouvernement sont concernés par la réduction des inégalités sociales. Ils ont le pouvoir d'énoncer et de faire appliquer des politiques qui favorisent l'augmentation du revenu, la démocratisation de l'éducation, la construction et la rénovation des logements sociaux, ainsi que la prestation de services sociaux et de santé, aussi bien préventifs que curatifs » (Le Blanc et autres, 2012, p. 23).

Déjà, en 2005, le *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* (Poirier et Maranda, 2005) rappelait l'importance de la lutte à la pauvreté et aux inégalités sociales qui devait « se dérouler sur plusieurs fronts, en particulier ceux du revenu, de l'emploi et de la scolarité » (Poirier et Maranda, 2005, p. 10). Le rapport spécifiait que « tous les ministères et organismes publics ainsi que l'ensemble des acteurs sociaux », [devaient] se mobiliser pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales » (Poirier et Maranda, 2005, p. 10). Le *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* réaffirmait également toute l'importance de s'attaquer aux inégalités sociales qui affectent les jeunes de moins de 18 ans, car la pauvreté et ses conséquences sur les jeunes en développement sont très lourdes.

[...] La pauvreté et ses conséquences chez les jeunes interpellent au plus haut point les responsables de la santé publique dans la mesure où les conditions du développement de l'enfant et de l'adolescent déterminent généralement leur santé à l'âge adulte. Lorsqu'elle touche les enfants et les adolescents, la pauvreté est souvent très tôt associée à des problèmes de santé et à des retards dans le développement, à des problèmes émotionnels et de comportement, et à des performances scolaires moins bonnes. Ils sont, à l'âge adulte, davantage exposés à des problèmes de santé et à une mort précoce. Bref, parce que la pauvreté hypothèque lourdement leur vie présente et future, la réduction des inégalités sociales face à la santé, chez les jeunes, représente un enjeu majeur dans une perspective de prévention ». (Poirier et Maranda, 2007, p. 115)

Ainsi, il est clair qu'il faut intervenir en tenant compte des conséquences durables de la pauvreté sur les jeunes enfants jusqu'à l'âge adulte, tout en insistant sur l'importance d'agir le plus tôt possible dans leur parcours de vie. « Des preuves solides démontrent que les interventions lors de la petite enfance constituent un investissement plus rentable [...] et plus efficace que les interventions visant à réduire les problèmes plus tard dans la vie [...] » (Poissant et Gamache, 2016, p. 4). Ces auteurs précisent, en citant Irwin et autres (2007, qu' « à l'échelle mondiale, les sociétés qui investissent dans la petite enfance et la famille sont les sociétés dont l'état de santé est le meilleur et dont les niveaux d'inégalités en matière de santé sont les plus faibles du monde » (Poissant et Gamache, 2016, p. 4).

Les objectifs de réduire les ISS et d'agir le plus tôt possible dans le parcours de vie font d'ailleurs partie intégrante du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015), de la récente *Politique gouvernementale de prévention en santé* (MSSS, 2016) et du *Plan d'action régional (PAR) de santé publique de Lanaudière* (CISSS de Lanaudière, 2016a).

Des interventions qui respectent les principes de l'universalisme proportionné

Les travaux sur la défavorisation dans les familles de jeunes enfants, de même que les recherches sur l'importance du gradient social de santé¹⁹ dans la compréhension de la genèse des ISS ont bien montré que les interventions doivent respecter le principe de l'universalisme proportionné. Introduit par Sir Michael Marmot, ce principe est également retenu et priorisé par le *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) pour réduire les ISS (p. 59). L'universalisme proportionné est défini comme étant « [...] des programmes, des services et des politiques qui sont universels, mais selon une échelle et une intensité proportionnelles au degré de défavorisation » (HELP, 2013, p. 1). Il est démontré qu'il y a « des enfants vulnérables à tous les niveaux du SSE [statut socioéconomique] de notre société. Il est vrai que si l'on regarde les plus bas niveaux du SSE, on trouve dans ces groupes une plus grande **proportion** d'enfants vulnérables, mais c'est dans les catégories de la classe moyenne que l'on trouve le plus grand **nombre** d'enfants vulnérables » (HELP, 2013, p. 2).

Selon les spécialistes de l'intervention dans les premières années de vie des jeunes enfants, il est particulièrement utile de maintenir un ensemble de services universels s'adressant à tous les enfants, peu importe le statut socioéconomique des parents. On doit simultanément offrir des interventions de forte intensité auprès des populations plus défavorisées pour éliminer les obstacles, plus nombreux qui empêchent celles qui en ont le plus besoin, d'avoir accès à des ressources qui, on l'a vu, sont productrices de santé²⁰ (HELP, 2013). Bon nombre de travaux de recherche ont aussi démontré que des interventions peuvent modifier le parcours de vie des enfants nés dans des familles défavorisées ou qui n'ont pas les mêmes chances que les enfants plus favorisés (Poissant et Gamache, 2016). « Il est d'ailleurs reconnu que les enfants les plus à risque sur le plan de leur développement sont les plus réceptifs aux interventions ou aux influences bénéfiques des environnements favorables et stimulants [...], mais requièrent des investissements plus importants en ressources humaines et financières pour atteindre des gains similaires aux autres » (Poissant et Gamache, 2016, p. 5).

Cette approche de l'universalisme proportionné doit être considérée pour l'ensemble de la population, peu importe l'âge. Il est en effet nécessaire de prévoir des interventions s'adressant à toutes les catégories sociales (approche universelle), puisque ces dernières présentent un état de santé variable en fonction de leur position dans l'échelle sociale. Il faut aussi offrir des interventions qui portent une attention particulière pour les groupes les plus défavorisés pour réduire ou faire disparaître les obstacles plus manifestes. À l'instar des recommandations de la *Commission sur les déterminants sociaux de la santé*, les interventions en prévention et en promotion de la santé



¹⁹ On se rappelle que le gradient social de santé est plus important dans certains pays que dans d'autres. L'importance du gradient est influencée par les politiques et les programmes qui tentent de réduire les inégalités sociales (HELP, 2013).

²⁰ Comme on l'a mentionné, l'accès aux ressources produisant la santé comme l'information, les connaissances, les moyens intellectuels, les ressources matérielles et financières, le réseau social, les compétences personnelles et sociales, le sentiment d'efficacité personnelle et sociale, la capacité d'agir sur sa vie et de maîtriser sa destinée est aussi socialement structuré. L'accès à ces ressources est donc modulé en fonction de la position sociale.

doivent toujours « jumeler l'objectif d'augmentation de la santé d'une population avec un objectif explicite de diminution des ISS. L'un ne devrait pas aller sans l'autre et ni l'un ni l'autre de ces objectifs ne devrait avoir prédominance » (Potvin, 2009, p. 3). Selon cet auteur, c'est à cette condition que les ISS peuvent être réduites tout en améliorant la santé pour tous.

Favoriser le développement de la capacité et du pouvoir d'agir des personnes et des communautés

Pour réduire les ISS, il importe de reconnaître l'importance du potentiel des personnes et des communautés à agir et à participer à leur propre développement. Il a été mis en évidence dans ce fascicule que la position dans l'échelle sociale est responsable de la création d'inégalités dans l'accès aux ressources produisant la santé et dans la capacité à les transformer en santé. Pour faciliter l'accès de tous à ces ressources déterminantes pour la santé, il faut reconnaître que « chaque personne a le potentiel pour réussir sa vie personnelle, vivre en santé et devenir un membre essentiel de sa collectivité » (Bergeron et autres, 2016, p. 7), même si elle évolue dans des contextes sociaux offrant des « possibilités variables » de se développer » (ibid.). Il faut donc mettre sur pied des actions structurantes qui façonnent les environnements physique, socioculturel, politique et économique, de manière à renforcer les capacités d'agir des personnes et des communautés sur les conditions des milieux de vie dans lesquels elles évoluent. C'est ce que l'on nomme le « pouvoir d'agir » (*empowerment*) des individus et des communautés.

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), il importe de développer une approche positive du développement des individus et des communautés en misant sur les facteurs de protection. Car, « agir en amont des problèmes implique [...] d'adopter une perspective positive du développement des individus en se concentrant sur le renforcement de leurs capacités et celles de leur milieu de vie afin de réduire les inégalités sociales. Par conséquent, les actions ne doivent pas reposer uniquement sur les objectifs visant à « contrer les problèmes ». Chaque individu a un potentiel de développement sur lequel on peut miser afin qu'il s'accomplisse » (ibid.), et ce, tout au long de son parcours de vie.

CONCLUSION

Les ISS sont évitables et injustes. Elles résultent d'inégalités socioéconomiques sur lesquelles il est possible d'agir. Malgré des avancées significatives, notamment au chapitre de la scolarité et du décrochage scolaire au secondaire dans Lanaudière, il subsiste néanmoins des inégalités socioéconomiques importantes sur le territoire. Ces écarts de scolarité, de revenu et de conditions de vie sont bien présents, sont parfois assez prononcés et ont des conséquences sur la santé de la population (SSRE, 2016).

Compte tenu de l'importance cruciale des différences socioéconomiques dans la naissance et le développement des ISS, la Direction de santé publique de Lanaudière a mis la réduction des ISS au cœur de ses préoccupations. En effet, cet objectif constitue un enjeu de son *Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2015-2020* (CISSS de Lanaudière, 2016a). Il fait également partie du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et de la récente *Politique gouvernementale de prévention en santé* (MSSS, 2016). Tous les acteurs de la scène nationale, régionale et locale conviennent qu'il faut se mobiliser autour de cette question cruciale pour améliorer la santé et la qualité de vie pour tous.

Ce fascicule a montré que la problématique des ISS est complexe. Elle fait référence à plusieurs facteurs qui, en interagissant entre eux, créent des inégalités socioéconomiques. Celles-ci se transforment en inégalités de santé au cours de la vie si des actions concrètes pour les réduire ne sont pas mises en œuvre. C'est pourquoi, le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique du CISSS de Lanaudière s'est intéressé à la question des ISS et lui consacre une série intitulée *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière*, dont fait partie ce fascicule.

Plusieurs autres documents produits dans le cadre de cette série devraient permettre, non seulement de localiser les inégalités socioéconomiques dans Lanaudière (Bellehumeur, à paraître), mais de mieux comprendre les liens étroits existant entre le faible statut socioéconomique et le cumul des habitudes vie néfastes à la santé, la multimorbidité et le recours aux services de santé (Guillemette, 2016ab, à paraître). Ces documents devraient améliorer les connaissances des ISS dans Lanaudière. Ils constituent aussi des outils pour soutenir les interventions des acteurs de santé publique et du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les partenaires de l'intersectoriel (autres ministères, commissions scolaires, municipalités régionales de comté (MRC), municipalités, organismes de développement économique, etc.).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AÏACH, Pierre. De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques dans LECLERC, Annette, Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI et Thierry LANG. *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Editions La Découverte/INSERM, 2000, p.81-91.

BÉGIN, Claude, et Louise LEMIRE. *Investir dans l'éducation et la formation, c'est l'affaire de tous! : Des constats et des enjeux en perspective*, Joliette, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2005, 36 p.

BELLEHUMEUR, Patrick. Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière *Indicateurs économiques et sociaux à la carte*, Joliette, Centre intégré santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, à paraître.

BELLEHUMEUR, Patrick. *Viellir dans Lanaudière – Les habitudes de vie des aînés de Lanaudière*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2015, 8 p.

BELLEHUMEUR, Patrick, Geneviève MARQUIS (coll.) et Louise DESJARDINS (coll.) *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012 - Regard sur les résultats lanaudois*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2014, 24 p.

BERGERON, Pierre, Maude CHAPADOS, Geneviève LAPOINTE, Lucie LEMIEUX, Julie POISSANT, Marie-Claude ROBERGE, Caroline TESSIER, André TOURIGNY et Jean TREMBLAY. *Améliorer les interventions en faveur de la solidarité, l'inclusion et la santé. – Mémoire déposé dans le cadre de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et pour l'inclusion sociale au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 66 p.

BOULANGER, Luc. Le modèle canadien, *La Presse +*, 3 juillet 2016.

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en*, Antigonish, Université St-Francis-Xavier (Nouvelle-Écosse), 2013, 6 p.

CENTRE D'ÉTUDES SUR LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION (CEPE). *Prendre la mesure de la pauvreté. Proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec*, Avis au ministre, Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2009, 75 p.

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2020. La santé publique dans Lanaudière : Faire mieux, ensemble!* (sous la direction de Muriel Lafarge, directrice de santé publique), Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2016a, 76 p.

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (CISSSL). SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA). *Résultats de l'EQSJS 2010-2011*, Joliette, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation. (site Web consulté en juin 2016b au www.santelanaudiere.qc.ca)

CHITTLEBOROUGH, Catherine R., Murthy N. MITTINTY, Debbie A. LAWLOR et John W. LYNCH. Effects of simulated interventions to improve school entry academic skills on socioeconomic inequalities in educational achievement, *Child development*, volume 85, numéro 6, 2014, p. 2247-2262.

DE KONINCK, Maria, Robert PAMPALON, Ginette PAQUET, Michèle CLÉMENT, Anne-Marie HAMELIN, Marie-Jeanne DISANT, Geneviève TRUDEL et Alexandre LEBEL et Hervé ANCTIL. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale et Université Laval, 2008, 95 p.

DESROSIERS, Hélène, Karine TÉTREAUULT et Michel BOIVIN. Caractéristiques démographiques, socioéconomiques et résidentielles des enfants vulnérables à l'entrée à l'école, *Portraits et trajectoires*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Série *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec - ÉLDEQ*, 2012, 12 p.

GUILLEMETTE, André. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Statut socioéconomique et recours aux services de santé*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, à paraître.

GUILLEMETTE, André. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Statut socioéconomique et cumul d'habitudes de vie*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016a, 36 p.

GUILLEMETTE, André. *Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière. Statut socioéconomique et multimorbidité*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016b, 28 p.

GUILLEMETTE, André, et Bernard-Simon LECLERC. *Naître égaux et en santé? Effets des inégalités sociales sur la fécondité et la santé périnatale*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Joliette, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008a, 12 p.

GUILLEMETTE, André, et Bernard-Simon LECLERC. *Vivre égaux et en santé? Effets des inégalités sociales sur la morbidité hospitalière et la mortalité dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008b, 16 p.

GUILLEMETTE, André, Claude BÉGIN (coll.), Robert PETERSON (coll.) et Sébastien TRUDEL (coll.). *Un profil de la consommation excessive d'alcool dans Lanaudière. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2009, 20 p.

GUILLEMETTE, André, Marie-Eve SIMONEAU et Josée PAYETTE. *Localiser la défavorisation. Mieux connaître son milieu. Territoire de référence - Région de Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 28 p. et Atlas cartographique.

GUILLEMETTE, André, Josée PAYETTE et Patrick BELLEHUMEUR. *Localiser la défavorisation. Mieux connaître son milieu. Indice de défavorisation matérielle et sociale de 2011. Territoire de référence - Région de Lanaudière*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016, 20 p.

HAMEL, Geneviève, et David TALBOT. *La santé. Autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction du programme de santé publique, Services des orientations en santé publique, 2007, 21 p.

HUMAN EARLY LEARNING PARTNERSHIP (HELP). *Universalisme proportionné : une définition. Synthèse*, Vancouver, Université de Colombie-Britannique, document traduit par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière avec la permission de Human Early Learning Partnership, 2013, 4 p.

IRWIN, Lori G., Arjumand SIDDIQI et Clyde HERTZMAN. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur, Rapport final*, Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, 2007, 76 p.

JANOSZ, Michel, Sophie PASCAL, Luc BELLEAU, Isabelle ARCHAMBAULT, Sophie PARENT et Linda PAGANI. Les élèves du primaire à risque de décrocher au secondaire : caractéristiques à 12 ans et prédicteurs à 7 ans, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010)-de la naissance à 12 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 7, fascicule 2, 2013, 24 p.

LAMBERT, Roseline, Julie ST-PIERRE, Lucie LEMIEUX, Maude CHAPADOS, Geneviève LAPOINTE, Pierre BERGERON, Robert CHOINIÈRE, Marie-France LEBLANC et Geneviève TRUDEL. *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 95 p.

LE BLANC, Marie-France, Marie-France RAYNAULT et Richard LESSARD. *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru. Rapport-synthèse*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2011, 31 p.

LEMIRE, Louise. *La persistance des inégalités sociales de santé et de bien-être : un défi pour l'action*, Joliette, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, Service de connaissance/surveillance/recherche et évaluation, 2000, 32 p.

LEMIRE, Louise, et Christine GARAND (coll.). *Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 40 p.

LEMIRE, Louise, et Josée PAYETTE (coll.). *Vivre avec un faible revenu dans Lanaudière. Portrait des populations les plus vulnérables en 2006*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, 28 p.

LINK, Bruce G., et Jo PHELAN. Social conditions as fundamental causes of disease, *Journal of health and Social Behavior*, 1995, p. 80-94.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) avec la collaboration de l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). La santé de la population : *Portrait d'une richesse collective. Sixième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique, 2016, 86 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2016, 100 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, MSSS, Direction des communications, 2015, 84 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS)*, Genève, OMS, 2009, 231 p.

PAMPALON, Robert, et Guy RAYMOND. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, numéro 3, 2000, p.113-122.

PAMPALON, Robert, Mathieu PHILIBERT et Denis HAMEL. *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de la planification, recherche et innovation, 2004, 41 p.

PAMPALON, Robert, Denis HAMEL, Caroline ALYX et Maude LANDRY. *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 81 p.

PAQUET, Ginette, et Denis HAMEL. Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - De la naissance à 4 ans*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 3, fascicule 4, 2005, 16 p.

PHILIBERT, Mathieu, Robert PAMPALON, Jean-Pierre THOUÉZ, Carmen LOISELLE et Denis HAMEL. *Les services locaux rejoignent-ils les groupes défavorisés du Québec?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Département de géographie de l'Université de Montréal et École des sciences infirmières de l'Université McGill, 2002, 8 p.

POIRIER, Alain, et Marc-André MARANDA (sous la direction de). *Produire la santé. Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 120 p.

POIRIER, Alain, et Marc-André MARANDA (sous la direction de). *Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 162 p.

POISSANT, Julie. *L'intégration de l'approche universelle et ciblée : L'universalisme proportionné pour soutenir le développement des enfants*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 15 p.

POISSANT, Julie. *Réduire les inégalités sociales de santé lors de la petite enfance*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 24 p.

POISSANT, Julie, et Léa GAMACHE. *Analyse contextualisée sur le développement des enfants à la maternelle*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 8 p.

POTVIN, Louise. *Pour éviter d'accroître les inégalités sociales de santé : Mettre leur réduction au premier plan des objectifs de prévention*, Montréal, Université de Montréal, Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, 2009 (site Web consulté en juin 2016: www.webdepot.umontreal.ca)

POTVIN, Louise, Marie-José MOQUET et Catherine M. JONES (sous la direction de). *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, INPES édition, collection Santé en action, 2010, 380 p.

SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION (SSRE). *La région de Lanaudière et sa population. État des lieux et perspectives*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, juillet 2015, mise à jour en octobre 2016, 36 p.

STATISTIQUE CANADA. *Dictionnaire de l'Enquête nationale auprès des ménages*, 2011, Ottawa, ministre de l'Industrie, numéro 99-000-X2011001 au catalogue, 2013, 406 p.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2013-2014)*, FMGD. Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec, novembre 2016. Mise à jour le 31 mars 2016.

TOWNSEND, Peter. Deprivation, *Journal of Social Policy*, volume 16, numéro 2, 1987, p. 125-146.

WRESINSKI, Joseph. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social, *Journal officiel de la République française*, numéro 6, 1987, 14 p.



Dans la même série
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ
(en date de décembre 2016)

Statut socioéconomique et cumul d'habitudes de vie.
(André Guillemette, 2016).

Statut socioéconomique et multimorbidité.
(André Guillemette, 2016).

Ressources conduisant à la santé pour tous



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 