



Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

La mesure des inégalités sociales de santé: au-delà de la description, le soutien à l'intervention

Chercheur principal

Marie-France Raynault, U. de Montréal

Co-chercheur(s)

Louise Fournier, Richard Massé, Jean-Frédéric Levesque, Jean-Michel Cousineau, Lise Gauvin, Sylvana Côté et Paul Bernard (aujourd'hui décédé), U. de Montréal

Alex Battaglini, CAU Bordeaux-Cartierville

Robert Choinière (aujourd'hui retraité), Institut national de santé publique du Québec

Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec

Michel Rossignol, Université McGill

Autre(s) membre(s) de l'équipe

Marco De Nicolini, Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale

Michèle Stanton-Jean, UNESCO

Dominique Côté, agente de recherche

Étudiants et chercheur postdoctoral

Florence Déplanche, Jacynthe Dupuis, Jane Cunha Oliveira Moraes,

Barry Mamadou Saidou et Anélie-Sarah Anesttin, Maîtrise, Université de Montréal

Alexandra Rouquette, Doctorat, Université de Montréal

Jean-Baptiste Pingault, Postdoctorat, Université de Montréal

Établissement gestionnaire de la subvention

U. de Montréal

Numéro du projet de recherche

2010-IG-136972

Titre de l'Action concertée

Inégalités sociales de santé

Partenaire(s) de l'Action concertée

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux
et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

TABLE DES MATIÈRES

Rapport scientifique intégral	
Informations de base	5
PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE	7
1. Problématique	7
2. Principales hypothèses	10
3. Objectifs poursuivis.....	10
PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DES TRAVAUX	11
1. Auditoire visé.....	11
2. Conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants	12
3. Retombées prévues sur les plans social, économique, politique, culturel ou technologique	13
4. Limites du travail	14
5. Messages clés	15
6. Principales pistes de solution	16
PARTIE C – MÉTHODOLOGIE	16
PARTIE D – RÉSULTATS.....	17
1. Principaux résultats	17
a. Développement des enfants	17
b. Santé mentale	18
c. Santé au travail	19
d. Maladies infectieuses	20
e. Ethnicité et migration	21
f. Prévention et maladies chroniques	23
g. Services de santé.....	24
2. Principales conclusions	26
3. Principales contributions en termes d’avancement des connaissances	26
PARTIE E –PISTES DE RECHERCHE	26
PARTIE F – BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES.....	27

ANNEXES

- A. Cadre conceptuel
- B. Principes de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme
- C. Tableau de bord des indicateurs proposés en fonction du cadre conceptuel et de la correspondance avec les indicateurs de la Stratégie de surveillance des inégalités sociales de santé de l'INSPQ
- D. Développement des enfants
- E. Santé mentale
- F. Santé au travail
- G. Maladies infectieuses
- H. Ethnicité et migration
- I. Prévention et maladies chroniques
- J. Services de santé

Rapport de l'Action concertée du FRQ-SC
sur la surveillance des inégalités sociales de santé

Rapport scientifique intégral

Marie-France Raynault, chercheur principal, Université de Montréal

Pour l'équipe composée des chercheurs

Richard Massé, co-chercheur, Université de Montréal, et partenaire DSP de Montréal

Robert Choinière (aujourd'hui retraité), co-chercheur et partenaire, INSPQ

Paul Bernard, (aujourd'hui décédé), co-chercheur Université de Montréal

Jérôme Martinez, (en remplacement de Robert Choinière), partenaire, INSPQ

Michel Rossignol, co-chercheur, Université McGill

Lise Gauvin, co-chercheur, Université de Montréal

Louise Fournier, co-chercheur, Université de Montréal

Sylvana Côté, co-chercheur, Université de Montréal

Jean-Michel Cousineau, co-chercheur, Université de Montréal

Alex Battaglini, co-chercheur et partenaire, CAU Bordeaux-Cartierville

Jean-Frédéric Lévesque, co-chercheur, Université de Montréal

Michèle Stanton-Jean, collaborateur, UNESCO

Marco de Nicolini, collaborateur, MESS

Avec le soutien de

Dominique Côté, agente de recherche

Et des étudiants à la maîtrise

Florence Déplanche, Université de Montréal

Jacynthe Dupuis, Université de Montréal

Jane Cunha Oliveira Morales, Université de Montréal

Barry Mamadou Saidou, Université de Montréal

Anélie-Sarah Annestin Université de Montréal

Au doctorat

Alexandra Rouquette, Université de Montréal

Et du chercheur post-doctoral

Jean-Baptiste Pingault, Université de Montréal

Établissement gestionnaire : Université de Montréal

Titre du projet : La mesure des inégalités sociales de santé : au-delà de la description, le soutien à l'intervention

Numéro du projet : 136972

Titre de l'action concertée : Les inégalités sociales de santé. Axe 1 : mieux mesurer les inégalités sociales de santé

Partenaires de l'action concertée : Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Mars 2014

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

L'intérêt pour les inégalités sociales de santé (ISS) s'est considérablement accru récemment au Québec. La relation dynamique entre la santé et les inégalités sociales (IS), faite de cercles vicieux et de cycles vertueuxⁱ, est maintenant largement reconnue par les responsables de la santé des populations. Ainsi en est-il de la Direction de la santé publique de Montréal (DSP), qui lui a consacré son rapport annuel dès 1998ⁱⁱ et de nouveau en 2011ⁱⁱⁱ, de l'Agence de santé publique du Canada qui a fait de même^{iv}, tout comme de la Direction de la santé publique du MSSS du Québec qui s'est penchée en 2007 sur les ISS chez les jeunes^v. Dernièrement, plusieurs Directions régionales de santé publique ont fait de même. L'OMS a publié en 2008 le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé^{vi} présidée par Sir Michael Marmot, qui fait déjà époque. Le site Web de l'OMS le résume ainsi : « Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde. »

En matière de surveillance, les récents travaux sur le monitoring des ISS ont connu une avancée importante, avec notamment la proposition de l'indice de défavorisation, et le Québec est en voie d'implanter une stratégie visant l'appréciation continue des disparités de santé de la population et de leurs déterminants. En effet, bien que le lien entre les IS et l'état de santé ait des assises scientifiques solides, les décideurs et intervenants en santé publique demeurent encore peu outillés dans ce domaine. Le niveau local pose d'ailleurs des problèmes encore plus critiques que les autres, puisque les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) assument de lourdes responsabilités quant à la santé des populations sans que les données disponibles permettent toujours de tracer un portrait à géographie fine de la situation sur le terrain.

Une panoplie de données de surveillance et d'évaluation est nécessaire pour détecter les disparités de santé, déterminer leur nature, les groupes particulièrement atteints et comment ces disparités évoluent dans le temps. Les données d'agences gouvernementales sont habituellement disponibles et couramment utilisées. Les écrits nous donnent un aperçu des données principalement utilisées ainsi que de leurs lacunes^{vii}. Au-delà des limites méthodologiques ou conceptuelles propres aux différentes mesures, plusieurs difficultés concernant le recours aux données administratives pour effectuer la surveillance des ISS ont été identifiées par différents auteurs^{viii,ix,x,xi}:

- a) Les données sont limitées: les données actuelles ne permettent pas de couvrir les principaux facteurs connus pour influencer les ISS, notamment les conditions de vie et de travail, l'insécurité financière, l'environnement physique et bâti.
- b) Les données au niveau de la communauté ou du quartier sont restreintes.

- c) L'insistance sur les facteurs individuels met l'accent sur le risque personnel et la responsabilité individuelle, décontextualise les comportements à risque et fait fi des évidences concernant la façon dont les comportements de santé sont culturellement générés et structurellement maintenus, notamment dans l'environnement de travail.
- d) Les mesures socioéconomiques longitudinales sont rares.

Dans la foulée de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, on a produit un guide à l'intention des praticiens intéressés au développement de politiques et programmes visant les ISS^{xii}. Entre autres recommandations, le rapport de ces experts souligne le besoin de mettre en place des systèmes de surveillance multiniveaux qui collectent de façon routinière des informations sur les déterminants sociaux et les résultats de santé en tenant compte de la nature stratifiée et interreliée des déterminants. Parmi les initiatives prometteuses, la création de 12 observatoires de santé publique au Royaume-Uni est soulignée. L'observatoire de Londres exerce un rôle de leader national en ce qui concerne les ISS; il a développé plusieurs outils dont le très intéressant "London Basket of Inequalities"^{xiii}. Cet ensemble d'indicateurs a été pensé de façon à fournir les informations nécessaires au suivi des cibles et des priorités nationales mais sert aussi à outiller les milieux locaux en indicateurs valides et disponibles à l'échelle locale.

Il existe une abondante littérature sur les exigences de qualité pour les systèmes de surveillance, résumée dans une publication relativement récente des Centers for Disease Control américains^{xiv}. Un système devrait avoir les attributs suivants : simplicité, flexibilité, qualité des données, acceptabilité (incluant les

aspects éthiques et économiques), sensibilité aux changements, valeur prédictive, représentativité, actualité (« timeliness ») et stabilité.

2. Principales hypothèses

Nous élaborons une stratégie de surveillance en considérant trois perspectives. La première met de l'avant qu'il faut agir de préférence sur les structures à l'origine des inégalités sociales. La seconde concerne l'intervention précoce sur les conditions de vie et les facteurs de risque et ce, dès la petite enfance. La troisième postule que l'accès équitable aux ressources locales est une condition nécessaire pour le maintien de la santé.

3. Objectifs poursuivis

Notre stratégie doit s'harmoniser avec le système de surveillance général de l'état de santé de la population, être résolument tournée vers l'action, être intéressante pour les intervenants qui sont souvent victimes de « surcharge numérique » au contact d'ambitieux tableaux de bord, favoriser l'action intersectorielle et le développement des connaissances. Elle doit fonder les interventions locales et sociétales efficaces pour réduire les ISS et permettre de faire le suivi des effets de ces interventions.

Objectif 1 : définir un cadre conceptuel qui spécifie ce que sont les ISS, qui permette d'identifier les processus qui les produisent et les interventions qui peuvent modifier ces processus.

Objectif 2 : pour chaque domaine, faire état des liens entre les inégalités sociales et la santé et identifier les champs d'action pertinents au niveau local.

Objectif 3 : identifier les indicateurs pertinents en tenant compte du cadre conceptuel et des attributs de la stratégie.

Objectif 4 : produire, en lien avec les intervenants, des prototypes de tableaux de bords.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DES TRAVAUX

1. Auditoire visé

Les connaissances générées par ce projet seront partagées en trois cercles de diffusion. Le premier cercle réfère aux chercheurs et collaborateurs du projet qui seront à même d'intégrer directement les résultats de leur recherche dans leur travail quotidien. On pense ici aux responsables de la surveillance de la DSP du MSSS et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de même qu'au directeur du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE); les chercheurs des domaines particuliers pourront générer d'autres projets de recherche à partir de la réflexion qui aura été faite sur les meilleurs indicateurs d'ISS; enfin les étudiants seront précocement sensibilisés aux différents impacts des ISS ainsi qu'aux meilleures méthodologies pour les détecter. Le deuxième cercle sera constitué par les partenaires de l'action concertée et les différents partenaires des chercheurs. Enfin le troisième cercle est l'audience académique rejointe par les publications (comme *Social Science & Medicine, American Journal of Public Health, Population Health Metrics, Journal of Epidemiology and Community Health*), colloques scientifiques dans tous les domaines concernés (par exemple la

Conférence de l'association canadienne de recherche sur les services de santé) ainsi que les étudiants des chercheurs qui intégreront les nouvelles connaissances à leur enseignement régulier ainsi qu'à l'encadrement des étudiants aux cycles supérieurs. Nous avons aussi tenu aux Journées Annuelles de Santé Publique (JASP) qui réunissent chaque année au-delà de 1000 intervenants de santé publique provenant de toutes les régions du Québec un colloque thématique dans le domaine de la surveillance (voir le résumé en annexe) et nous avons proposé à la Revue canadienne de santé publique, un numéro spécial sur la surveillance des ISS.

2. Conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants

Les décideurs de la Direction de la santé publique du MSSS sont amenés à évaluer la pertinence d'enrichir la stratégie de surveillance des ISS (SSISS) présentée à l'automne (*Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*)^{xv} avec les indicateurs que nous proposons et qui sont déjà disponibles. Ils pourront aussi financer éventuellement des développements de recherche pour valider les autres indicateurs dans un contexte québécois. Les décideurs des CSSS pourraient utiliser les indicateurs comme éléments de monitoring et d'évaluation de leurs actions en réduction des ISS.

Les décideurs des directions régionales de santé publiques pourraient aussi en faire le même usage et s'en servir pour enrichir leurs activités de plaidoyer pour de meilleures politiques publiques.

Quant aux intervenants, nous espérons que les données générées par les tableaux de bord de surveillance pourront les aider à moduler leurs interventions et les amener, le cas échéant, à réorienter leur travail vers les déterminants

structurels et précoces des problèmes de santé, de même que sur les ressources locales pour aider les personnes à améliorer leur santé.

3. Retombées prévues sur les plans social, économique, politique, culturel ou technologique

Plusieurs forums d'échange sont prévus au delà des réunions régulières mises en place par le FRQ-SC. Nous référons ici aux différents forums du Centre Léa Roback, à la Table de concertation nationale en surveillance (TCNS), au *Urban Public Health Network*, au Centre collaborateur national sur les déterminants de la santé de l'Agence de la santé publique du Canada, aux tables de CSSS qui ont été mises à contribution pour l'exercice. Pensons aussi au réseau Qualaxia en santé mentale populationnelle dont un axe est dédié au développement d'indicateurs et qui rejoint la plupart des CSSS du Québec via son site internet et son bulletin mensuel.

A plus long terme, le travail pourrait permettre aux intervenants de modifier leur pratique et de mieux les outiller pour l'action sur les politiques publiques. Nous croyons aussi que le système de surveillance constituera une base de données riche pour l'avancement des connaissances sur les pratiques. Nous avons soumis une demande fonds pour la création d'un outil semblable au *London Basket of Inequalities*^{xvi} à l'usage des CSSS.

Bien que le thème des ISS ait intéressé nombre de chercheurs ces dernières années, il est intéressant de noter qu'une première recension des écrits sur les systèmes de surveillance dans le domaine n'avait mené qu'à 32 références, la plupart portant sur des thématiques de santé spécifiques (par exemple, la

surveillance des ISS et le cancer du poumon). Et bien que des recensions intéressantes aient noté les lacunes des systèmes existants, nous n'avons pas identifié de publications proposant un système de surveillance qui répondraient à ces aléas. Nous avons enfin souligné plus haut le défi d'intégrer les mesures d'inégalités qui permettent une réelle prise en compte de la complexité des situations sociales et du temps. C'est un besoin méthodologique que le présent projet a tenté de combler.

4. Limites du travail

La force de la stratégie de surveillance présentée est qu'elle est basée sur des assises scientifiques solides, qu'elle a été validée subséquemment par les futurs utilisateurs et qu'elle est résolument axée sur l'intervention en amont des problèmes. Les limites du travail portent sur les stades différents de développement, de collecte, de disponibilité dans le temps et à une petite échelle des indicateurs proposés. Il faut donc entrevoir la possibilité de réaliser des travaux de validation dans le contexte québécois de certains indicateurs importants pour l'intervention. Par ailleurs, pour ce qui est de la fréquence ou de l'échelle géographique, il est certain que l'amélioration passera par l'ajout de ressources financières. Si le contexte budgétaire est difficile actuellement, une politique des « petits pas » pourrait être adoptée, qui prévoirait la disponibilité progressive des indicateurs dans le temps.

5. Messages clés

Aux gestionnaires : tout ce qui se mesure s'améliore.

Il importe que les gestionnaires accordent une grande importance à la disponibilité de données locales pour les intervenants. C'est un ingrédient essentiel d'une pratique réflexive et efficiente.

Aux intervenants : développez des interventions qui visent les causes structurelles des inégalités sociales de santé, qui mettent l'accent sur la petite enfance et sur la disponibilité des ressources au niveau local.

Cette réorientation des pratiques doit être soutenue par les décideurs pour permettre une certaine latitude d'intervention au-delà de la prestation de programmes normés.

Aux organismes subventionnaires de recherche : plusieurs indicateurs incontournables pour l'action en santé publique ne sont pas validés dans un contexte québécois populationnel.

Ce sont autant d'avenues de recherche non seulement socialement rentables mais aussi susceptibles de mener à des découvertes de nature plus fondamentale.

Au grand public : les problèmes de santé sont bien souvent engendrés par les conditions de vie et le plus tôt on intervient, le mieux c'est.

Les données de la science sont robustes : les inégalités sociales coûtent cher aux individus en termes de souffrances et à la société en soins de santé.

6. Principales pistes de solution

A court terme, les cadres supérieurs du MSSS et de l'INSPQ pourraient convenir de l'intégration des indicateurs disponibles dans la stratégie de surveillance (SSISS) annoncée et pourraient vouloir lancer une ou des actions concertées avec le FRQ concernant le développement de certains indicateurs prometteurs et réclamés par le milieu de l'intervention. Nous pensons ici à l'outil de mesure du développement de l'enfant avant trois ans ou la mesure de la stigmatisation pour des problèmes de santé mentale par exemple.

PARTIE C - MÉTHODOLOGIE

Une première étape a été d'opérationnaliser le cadre conceptuel en regard des dernières données de la littérature scientifique et ce dans 7 domaines principaux : maladies chroniques et habitudes de vie, santé mentale, santé au travail, développement des enfants, immigration, maladies infectieuses et accès aux services de première ligne.

Dans un deuxième temps, nous avons fait état des méthodes pour la mesure et la comparaison par une revue des systèmes de surveillance existants et des ensembles d'indicateurs disponibles dans les pays développés et par le bilan des difficultés méthodologiques, avantages et inconvénients des mesures des ISS. Nous avons préparé des critères explicites de choix d'indicateurs en tenant compte des meilleures pratiques dans la construction des systèmes de surveillance^{xvii}.

Dans une troisième étape, nous avons élaboré une stratégie de surveillance en choisissant les indicateurs, les sources de données et nous avons identifié les

indicateurs à obtenir ou à créer. Si l'approche cycle de vie est très intéressante dans une perspective d'ISS, elle pose néanmoins un défi méthodologique de taille par la complexité qu'elle entraîne, les indicateurs proximaux et distaux étant liés dans le temps mais avec des délais d'apparition qui varient en fonction des liens d'associations mesurés. Comme avenue de développement méthodologique, nous avons utilisé certains indicateurs particulièrement révélateurs d'inégalités (indicateurs traceurs). Finalement, cette stratégie a été présentée à un échantillon de CSSS où des entrevues semi-structurées ont été réalisées pour recueillir les commentaires sur l'utilité des mesures proposées et bonifier le modèle.

PARTIE D - RÉSULTATS

1. Principaux résultats

a) cadre conceptuel : le cadre conceptuel est décrit à l'annexe A. La Déclaration universelle de bioéthique de l'UNESCO qui a servi de base à la réflexion éthique sur les indicateurs de même qu'une articulation avec nos indicateurs sont à l'annexe B.

b) Résultats des différents domaines: le tableau synthétique est présenté à l'annexe C et les documents plus élaborés sont présentés dans les annexes subséquentes.

Développement des enfants

Il est crucial de prévenir les effets des inégalités sociales (IS) chez l'enfant. Celles-ci ont un impact qui se fait sentir même à l'âge adulte. Le développement du cerveau dépend des expériences faites durant l'enfance. En outre, plus les interventions sont précoces, meilleure est leur efficacité. On sait que les enfants de familles défavorisées sont moins stimulés, ne serait-ce qu'en termes du nombre de

mots qui sont adressés à l'enfant, et l'écart de développement avec les autres enfants tend à s'accroître avec le temps. Des services de garde de qualité sont susceptibles de réduire considérablement les écarts de développement entre les classes sociales.

Cinq indicateurs sont considérés comme incontournables : l'indice de maturité scolaire, le niveau de développement à 2 ans, le taux d'enfant vivant dans des familles en situation de pauvreté, le taux d'allaitement pendant les 6 premiers mois et l'accès aux services de garde de qualité (les enfants défavorisés, qui seraient les plus susceptibles de bénéficier de la fréquentation d'un CPE, sont souvent ceux qui les fréquentent beaucoup moins). L'indicateur «niveau de développement à 2 ans» pourrait être très utile aux intervenants des CLSC, et les données pourraient être recueillies au téléphone par les CLSC à l'aide de questionnaires.

Santé mentale

Une grande part de la population (20 %), souffrira un jour ou l'autre d'un problème de santé mentale, et les inégalités sociales jouent souvent un rôle dans l'apparition de ce type de problèmes, à cause du stress que la pauvreté fait vivre. Agir en amont est donc important, en réduisant les IS et leurs impacts sur la santé mentale. On peut accroître les facteurs de protection, comme le soutien social et les habiletés psychosociales, ou agir sur des facteurs sociaux comme l'exclusion sociale et la stigmatisation en les réduisant.

Les 3 indicateurs d'ISS jugés incontournables en santé mentale sont l'indice de détresse psychologique, l'accès à la psychothérapie et l'expérience de santé mentale (le sentiment d'avoir été traité injustement à cause d'un problème de santé

mentale). Ces trois indicateurs ont été retenus en fonction de leur spécificité à la santé mentale et de la possibilité d'agir pour réduire les écarts, comme augmenter l'accès à la psychothérapie et lutter contre la stigmatisation (cf annexe). Il est intéressant de rappeler qu'en ce qui concerne le 2^e indicateur, le coût d'une psychothérapie est très prohibitif pour les personnes défavorisées. Par contre, les antidépresseurs, remboursés par la RAMQ, sont très utilisés (le Canada est le 3^e pays de l'OCDE pour le nombre de ces prescriptions et le tiers des prescriptions au Canada sont faites au Québec), malgré le fait que la psychothérapie soit le traitement recommandé par les guides de pratique. En ce qui concerne le 3^e indicateur, il faut savoir que la stigmatisation peut être plus souffrante que la maladie elle-même.

Santé au travail

Historiquement, avec le logement et les maladies infectieuses, les conditions de travail ont été, identifiées parmi les principaux déterminants de la santé (pensons aux rapports d'Edwin Chadwick et de Rudolph Virchow sur les conditions de vie des mineurs). L'annexe E présente le cadre conceptuel des ISS dans le domaine de la santé au travail. Ce cadre a permis de structurer une revue de littérature ciblée, de proposer un plan de classification des indicateurs, de développer une méthodologie d'extraction de l'information ainsi que de spécifier les conditions d'utilisation des indicateurs. Dans une première étape, six indicateurs ont été identifiés comme pertinents selon des critères généraux tels qu'une définition claire, l'incitation à l'action, l'applicabilité dans le contexte du Québec, la disponibilité des données ainsi que la capacité à refléter les changements socio-

économiques, écologiques ou dans les politiques publiques. Dans une deuxième étape, quatre indicateurs sont finalement proposés parce qu'ils répondent également aux critères correspondant à l'approche structurelle de Mackenbach. Ces indicateurs concernent les maladies et cancers pulmonaires professionnels, les entreprises hors norme pour les contaminants industriels sur un territoire, les absences du travail de plus de quatre-vingt-dix jours pour une lombalgie ou un trouble musculosquelettique (TMS) et le syndrome du canal carpien.

Maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont un vaste domaine et plusieurs dimensions des inégalités sociales peuvent devenir des facteurs de ces maladies (voir le cadre conceptuel présenté à l'annexe des maladies infectieuses). Pour sélectionner des indicateurs, nous avons répondu aux questions suivantes : «Quelles maladies infectieuses sont les plus sensibles aux inégalités sociales ?»; «Quels indicateurs permettraient de suivre les effets des inégalités sociales sur ces maladies ? »; « Comment peut-on mesurer ces effets ? »; et « Quelles interventions pourraient diminuer l'incidence, la prévalence ou la gravité des maladies infectieuses? ».

Nous avons constitué un tableau de bord suivant la triade « environnement - hôte - agent » et nous avons, en plus de la recension, consulté des professionnels experts. Les trois indicateurs retenus correspondent à des interventions déjà effectuées par les CSSS et à des maladies infectieuses sensibles aux ISS : 1. La couverture vaccinale contre l'influenza, le pneumocoque et certaines maladies évitables par la vaccination chez l'enfant; 2. Les milieux de vie à risque accru de maladies infectieuses: Habitation surpeuplée et Faible soutien social;

3. Les populations vulnérables. De plus, ils permettent des interventions de prévention ayant un rapport bénéfices/coûts élevé.

Chacun de ces indicateurs permet d'agir en amont des maladies, en transmettant aux décideurs une information utile sur le risque de maladies infectieuses. Les indicateurs de couverture permettent aux gestionnaires d'ajuster leurs interventions. Une habitation surpeuplée correspond à la proportion de ménages sur un territoire donné où le nombre de personnes occupant une maison est supérieur à la norme nationale d'occupation de 1,1 pièce par personne. Cet indicateur, comme celui du soutien social, est nettement corrélé aux maladies infectieuses. Enfin, les populations vulnérables pour les maladies infectieuses sont les suivantes : populations constituées d'immigrants récents, de réfugiés, d'anciens prisonniers et d'itinérants; les populations autochtones vivant hors communauté et les jeunes nouvellement sortis des centres de jeunesse. Les données sur les anciens prisonniers peuvent être obtenues via les libérations conditionnelles auprès du ministère de la Justice.

Ethnicité et migration

Plusieurs déterminants de santé sont identifiés dans les écrits sur le sujet : la précarisation, la déqualification professionnelle, l'accès aux services de santé, le parcours migratoire (parcours de vie), l'isolement, la discrimination et l'acculturation, chacun apportant son lot différent d'effets sur la santé, mais qui sont interreliés.

Quelques indicateurs semblent essentiels. Premièrement, la connaissance des langues d'usage est un indicateur pertinent car des obstacles linguistiques peuvent nuire à l'accès aux services de santé de base ainsi qu'aux services de prévention et

de dépistage. Cette information est disponible à travers les données de recensement. L'indicateur de déqualification sociale cible spécifiquement la population immigrante compte tenu des difficultés liées à la reconnaissance des diplômes et de l'expérience hors Canada (les experts sont partagés sur la faisabilité à court terme de développer cet indicateur et il faudrait envisager des travaux de recherche supplémentaires pour sa création). Cette situation a un impact à la fois sur la santé mentale (dépression, détresse, anxiété, stress, etc.) et la santé physique (maladies cardiovasculaires, musculo-squelettiques liées aux mauvaises conditions de travail, etc.). Cette information est aussi facile à obtenir à travers les données de recensement, mais demanderait la création d'un « indice de déqualification » qui calculerait l'écart entre le plus haut certificat, diplôme ou grade atteint et la catégorie professionnelle actuelle. Le statut d'immigration se situe dans une optique de parcours de vie : les réfugiés ayant vécu dans des camps n'auront pas eu les mêmes conditions de vie préalablement à l'immigration qu'un immigrant économique provenant d'un pays industrialisé. Ce facteur, en amont des problèmes de santé, a un effet même après l'immigration au Canada puisque, selon leur statut à l'arrivée, les immigrants ou réfugiés n'auront pas accès aux services de santé selon les mêmes modalités et dans les mêmes temps (délai de carence pour les personnes immigrantes). Cette information existe déjà dans les banques de données sur les admissions permanentes du Ministère de l'immigration et des communautés culturelles. La durée de résidence est incontournable puisque l'effet de l'immigrant en bonne santé est central selon plusieurs travaux sur la santé des populations immigrantes. Enfin, l'effet de l'origine ethnique sur la santé des immigrants, mais également des minorités visibles, est moins facile à appréhender

puisque'il est plutôt question de discrimination et d'isolement que d'effets directs. Néanmoins, à la lumière de travaux portant sur l'impact de la discrimination raciale, il semble important de le prendre en considération.

Prévention et maladies chroniques

Rappelons d'abord ce que sont les maladies chroniques ou non transmissibles : elles sont non guérissables par médicaments, non prévenues par des vaccins et ne peuvent disparaître d'elles-mêmes. Dans le contexte des ISS, il faut savoir que les maladies chroniques sont plus présentes chez les personnes défavorisées.

La recherche a identifié les indicateurs de maladies chroniques qui sont influencés par les IS. Les trois incontournables retenus sont : le taux de tabagisme, le taux de diabétiques selon l'hémoglobine glyquée et les traumatismes routiers des piétons, cyclistes et automobilistes. La réduction des taux de tabagisme au cours des ans a laissé derrière les personnes défavorisées; il faut maintenant réduire ces écarts « iatrogéniques ». Le diabète, quant à lui, est sous-dépiaté chez les personnes défavorisées, qui tardent à être diagnostiquées et à consulter. Enfin, beaucoup de traumatismes routiers sont liés à l'utilisation de la marche ou du vélo comme moyen de transport, combinée à une piètre qualité de l'environnement bâti (zones résidentielles et de circulation non sécuritaires, etc.) : or, ces moyens de transport et un environnement bâti non sécuritaire sont deux réalités associées aux milieux défavorisés où l'activité physique utilitaire comme le transport actif est souvent la seule pratiquée par comparaison aux milieux mieux nantis où se pratique une activité physique de loisir. Les deux premiers indicateurs ont été retenus en

2013 par l'OMS pour faire partie d'un ensemble de 25 indicateurs de maladies chroniques. Le troisième correspond à des inégalités de santé qui sont souvent oubliées mais néanmoins bien engendrées par des facteurs sociaux.

Services de santé

Si on avait à identifier seulement trois indicateurs parmi les dix sélectionnés qui sont incontournables, notre choix s'arrêterait sur les suivants : 1. Affiliation au médecin de famille ; 2. Besoins non comblés de services de santé; 3. Services de santé évités à cause des coûts.

Nous avons utilisé les critères suivants pour guider notre choix^{xviii} : les données pour l'indicateur sont disponibles; les données peuvent facilement être recueillies; le degré de pertinence de l'indicateur pour mesurer l'accès aux soins est élevé; l'indicateur est facile à interpréter et il est lié à la notion d'équité. Les indicateurs qui répondaient à tous ces critères sont les trois identifiés. Les autres indicateurs devraient être développés pour le futur.

c) rapport des rencontres avec les CSSS

Suite à l'établissement d'une typologie des CSSS au Québec, nous avons rencontré en personne ou via des visioconférences les responsables et intervenants identifiés par la direction des CSSS suivants :

- le CSSS Jeanne-Mance situé au centre-ville de Montréal dont la population est composée de personnes au profil socio-économique très varié, allant des plus pauvres de notre société, les sans-abri qui utilisent les refuges du territoire ou qui couchent dans des endroits précaires, aux personnes des classes sociales

plus favorisées en termes d'éducation et de richesse, les habitants des quartiers du Plateau Mont-Royal et du Vieux-Montréal;

- Le CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent qui offre des services à la population la plus multiethnique du Québec;
- Le CSSS de Sept-îles, situé en région éloignée, en développement économique, et qui dessert une grande population autochtone;
- Le CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle qui dessert une population semi-urbaine;
- Le CSSS de la Matapédia situé en région éloignée, rurale et pauvre.

Plusieurs constats se dégagent de ces rencontres. Premièrement, la stratégie axée sur les déterminants sociaux et les ressources locales correspond aux valeurs et aux désirs d'intervention en CSSS. Deuxièmement, la très grande majorité des indicateurs proposés répondent à un besoin d'information. Les CSSS insistent sur le développement d'indicateurs en santé mentale et souhaiteraient une plus grande emphase sur la santé mentale au travail. Les indicateurs économiques sont aussi les bienvenus mais les intervenants en milieu urbain ne voient pas l'utilité du taux d'effort de 30 ou de 50% en habitation puisque 50% de taux d'effort d'un loyer à 700\$ par mois n'équivaut pas à un investissement de 50% des revenus dans un condo luxueux. Enfin, les indicateurs en santé au travail de même que ceux en ethnicité/immigration ne concernent que certains CSSS. Notons qu'on assiste à un retour des responsabilités en santé au travail au niveau régional. En conclusion, la stratégie est bienvenue, attendue et devrait être utilisée pour bonifier les interventions.

2. Principales conclusions

Les conclusions sont présentées dans le tableau de bord annexé.

Si plusieurs indicateurs proposés demandent un travail supplémentaire de recherche avant leur intégration dans la SSISS, certains peuvent l'être dès maintenant. D'ailleurs, la proposition que fait l'INSPQ leur fait une place explicite^{xix} : la disponibilité des services de garde, l'allaitement, etc.

D'autres indicateurs sont déjà colligés et disponibles. Il y aurait cependant avantage à les présenter dans le cadre de SSISS et à expliciter leur rôle dans la réduction des ISS (par exemple, l'affiliation à un médecin de famille).

3. Principales contributions en termes d'avancement des connaissances

Au delà de la proposition d'un système basé sur un modèle conceptuel solide théoriquement et susceptible d'être mis en opération, les données générées par la suite permettront à des chercheurs de différents domaines (nous proposons ici 7 domaines prioritaires) d'explorer davantage la nature des liens entre IS et santé, leur force, leurs mécanismes d'action, etc. et de faire le devis d'interventions préventives ou remédiatrices prometteuses et de les évaluer éventuellement.

PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE

Plusieurs indicateurs dont la pertinence a été validée avec les futurs utilisateurs n'existent actuellement qu'à l'état expérimental ou n'ont jamais été mesurés au Canada. On pense ici par exemple à des indicateurs de santé mentale comme la stigmatisation ou l'accès à une psychothérapie minimalement adéquate. La surveillance dans ce domaine met uniquement de l'avant des indicateurs de

mortalité ou d'hospitalisation pour des pathologies lourdes (mortalité par suicide, données hospitalières sur les psychoses) qui sont peu utiles aux intervenants de première ligne. Dans le même ordre d'idées, il est incontestable que l'indicateur de maturité scolaire actuellement disponible via l'EQDEMxx est précieux mais il faut tout de même constater qu'à cinq ou six ans, il est déjà tard pour intervenir. Il y aurait lieu de lancer un appel de propositions pour le développement et la validation des indicateurs que nous proposons dans le contexte québécois (par exemple, un indicateur populationnel du développement de l'enfant à deux ans).

Certains indicateurs ne sont plus disponibles suite au retrait du formulaire long du recensement (habitation surpeuplée) et le Québec devrait intégrer ces questions dans sa programmation d'enquêtes ou faire le devis de questions qui répondent encore mieux aux besoins de connaissance dans le domaine de l'habitation.

Enfin, quand les indicateurs auront été rendus disponibles aux intervenants, il serait intéressant d'interroger l'utilisation qu'ils en feront et d'évaluer l'impact des indicateurs sur les changements de pratique.

PARTIE F – BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

BERNARD, P. (2007). «The Interconnected Dynamics of Population Change and Life-Course Processes», *Horizons*, 9(4), p. 13-16.

BERNARD, P., *et coll.* (2007). «Health Inequalities and Place: A Theoretical Conception of Neighbourhood», *Soc Sci Med*, 65(9), p. 1839-1852.

BORNSTEIN M. H. et R. H. Bradley (2003). *Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development*, New York, Lawrence Erlbaum Associates.

CHOINIÈRE, R. (2003). *La mortalité au Québec : une comparaison internationale*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

DUHOUX, A. *et coll.* (2009). «Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada», *Soc Psych Psych Epid*, 44 (5), p. 385-392.

GAZIANO, T. A. *et coll.* (2007). «Scaling up interventions for chronic disease prevention the evidence», *The Lancet*, 370, p. 1939-46.

HARPER, S. *et al.* (2008). «An Overview of Methods for Monitoring Social Disparities in Cancer with an Example Using Trends in Lung Cancer Incidence by Area-Socioeconomic Position and Race-Ethnicity, 1992–2004», *Am J Epidemiol*, no 167.

HORTON, R. *et coll.* (2008). «A new initiative an invitation for health monitoring, tracking, and evaluation», *The Lancet*, 371: 1191-1192.

KUNST A. E. et J. P. Mackenbach (1994). *Measuring socioeconomic inequalities in health*, Copenhagen, Organisation mondiale de la santé.

LI, W. *et coll.* (2009). «Small-Area Estimation and Prioritizing Communities for Obesity Control in Massachusetts», *Am J Public Health*, 99: 511–519.

MACKENBACH, J. P. et K. Stronks (2002). "A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands", *British Medical Journal*, 325, p. 1029-1032.

MARMOT, M. G. *et coll.* (1987). «Social/economic status and disease», *Annual Review of Public Health*, 8, p. 117-137.

MOKDAD, A. H. (2009). «The Behavioral Risk Factors Surveillance System: Past, Present, and Future», *Annual Review of Public Health*, 30, p. 43–54.

MURRAY, C. J. L. et J. Frenk (2008). «Health metrics and evaluation: strengthening the science», *The Lancet*, 371, p. 1191–99.

PLOTNIKOFF, R. C. *et coll.* (2008). «A Framework for Addressing the Global Obesity Epidemic Locally: The Child Health Ecological Surveillance System (CHESS)», *Preventing Chronic Disease*, 5(3), p. 1-6.

POWE, N.R. *et coll.* (2009). «Public Health Surveillance of CKD: Principles, Steps, and Challenges», *Am J Kidney Diseases*, 53(3), suppl. 3, p. S37-S45.

POWER C. *et coll.* (2007). «Life-course influences on health in British adults: effects of socio-economic position in childhood and adulthood», *Int J Epidemiol*, 36, 532-9.

SCARBOROUGH, P. *et coll.* (2009). «Validation of model-based estimates (synthetic estimates) of the prevalence of risk factors for coronary heart disease for wards in England», *Health & Place*, 15, p. 596–605.

STAFFORD, M. *et coll.* (2008). «Small area inequalities in health: Are we underestimating them?», *Social Science & Medicine*, 67, p. 891–899.

VIGNALLY, P. *et coll.* (2008). «Using the Italian Surveillance System (PASSI) as a model to track health conditions and risk behaviors in Corsica», *Preventing Chronic Disease*, 5(3), p. 1-2.

WILLSON, A. (2009). «"Fundamental Causes" of health disparities: A comparative analysis of Canada and the Unites States, *Int Sociol*, 24 (1), p. 93-113.

ⁱ BERNARD, P. et M.-F. Raynault (2004). «Inégalités sociales de santé : Feux, contre-feux et piliers de bien-être», *Santé, société et solidarité*, 2, p. 49.

ⁱⁱ Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal. 1998. *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Les inégalités sociales de la santé.*

[http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/2-89494-122-6.pdf]

ⁱⁱⁱ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2011. *Rapport du directeur de santé publique 2011 – Les inégalités sociales de santé à Montréal: le chemin parcouru.*

[http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-133-6.pdf]

^{iv} Administrateur en chef de la santé publique du Canada (2009). *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada; Grandir sainement - priorités pour un avenir en santé*, disponible au <http://santepublique.gc.ca/rapportdeACSP>

^v Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2007. *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.* Gouvernement du Québec.

[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>]

^{vi} OMS (2008). *Comblé 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*, 32 pages (256 en anglais).

^{vii} CARR-HILL, R. et P. Chalmers-Dixon (2005). *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*, SouthEast England Public Health Observatory

^{viii} GRIFFITH D.M. *et coll.* (2006). «National Data for Monitoring and Evaluating Racial and Ethnic Health Inequities: Where Do We Go From Here?» *Health Educ Behav*, 33, p. 470-487.

^{ix} SMITH, P. *et coll.* (2008). «The monitoring and surveillance of the psychosocial work environment in Canada : a forgotten determinant of health», *Revue Canadienne de Santé Publique*, 99 (6), p. 475-7.

^x SANTÉ CANADA (1999). *La surveillance de la santé des femmes. Un plan d'action pour Santé Canada*, Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes.

^{xi} CHITTLEBOROUGH, C. R. *et coll.* (2009). «Monitoring Inequities in Self-Rated Health Over the Life Course in Population Surveillance Systems», *Am J Public Health*, vol. 99, no 4, p. 680-689.

^{xii} BONNEFOY, J. *et coll.* (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health : a guide*. NICE(UK) et Universidad del Desarrollo (Chili).

^{xiii}[http://www.lho.org.uk/LHO_Topics/Analytic_Tools/BasketOfIndicatorsDataTool.aspx]

^{xiv} CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2001). «Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group», *Mortality Morbidity Weekly Report*, 50(No RR-13).

^{xv} Institut national de santé publique du Québec (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*. Rapport de recherche, 81 p. [<http://www.inspq.qc.ca/Default.aspx?pageid=61&sujet=72>]

^{xvi} opus cité

^{xvii} opus cité

^{xviii} LEVESQUE, JF et coll. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013 Mar 11;12:18.

^{xix} opus cité

^{xx} [<http://www.eqdem.stat.gouv.qc.ca/enquete.htm>]